

PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE IN VALLE D'AOSTA

2022/2025



PRESENTAZIONE

Dal marzo 2023 coordiniamo pro-tempore l'assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali.

L'obiettivo principale da perseguire è la ripartenza a pieno regime dell'attività sanitaria ordinaria, affrontando le criticità e le ferite inflitte in questi ultimi tre anni al nostro servizio sanitario regionale dalla pandemia.

Sostenendo da sempre la centralità del sistema sanitario pubblico, in particolar modo in un contesto territoriale quale quello valdostano, crediamo nel supporto di tutti i soggetti che, a vario titolo, operano nel mondo sanitario affinché insieme, in un rapporto di franca collaborazione, venga garantita l'assistenza sanitaria necessaria al benessere della comunità valdostana.

Rivolgiamo un sincero ringraziamento a chi in Assessorato ha elaborato questo documento programmatico, condiviso anche con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari. In tal senso riteniamo corretto aggiornare brevemente alcuni dati di contesto, che alleghiamo, perché ci permettono di cogliere l'aspetto andamentale prospettico che un documento come il PSBS deve avere e sta già avendo a partire dalla sua presentazione:

Aggiornamento ai dati di contesto al PSBS 2022 - 2025

L'analisi del contesto allegata al PSBS ha scelto di concentrarsi sui principali indicatori demografici, di salute e di attività dei servizi, sia sanitari sia inerenti le politiche sociali, riportando i valori assunti dalla nostra regione che sono tratti, principalmente, dalle fonti statistiche ufficiali nazionali. L'utilizzo di una fonte statistica nazionale certifica la qualità dei dati (essendo dati ufficialmente inviati dalle regioni al livello centrale) e consente confronti spaziali e temporali coerenti e omogenei.

L'aggiornamento dei dati del contesto all'ultimo dato disponibile al momento dell'approvazione del documento di PSBS in Consiglio, stante gli indicatori utilizzati per l'analisi, non modifica significativamente l'immagine statistica regionale già descritta, specie quando questa è posta a confronto con il valore medio nazionale che è stato l'obiettivo principale dell'analisi regionale.

Si riportano, tuttavia, di seguito alcuni aggiornamenti di interesse per la lettura, il primo dei quali è quello che conferma la diminuzione della popolazione per il nono anno consecutivo, con una perdita complessiva nel periodo di circa 5.000 residenti.

Demografia: dal 2019 al 2020 l'indice di vecchiaia regionale è aumentato da 188,2 ultra 65enni ogni 100 bambini fino a 14 anni a 192. In ulteriore riduzione anche il tasso di natalità che da 7,28 nati ogni 1000 abitanti del 2020 è sceso a 6 ogni 1000 abitanti. Analoghe le variazioni a livello medio nazionale.

Percentualmente si sono ridotte in Valle d'Aosta le famiglie mono genitoriali: dal 45% sul totale dei nuclei a 41%; mentre a livello nazionale – con valori di molto inferiori a quelli regionali – sono rimaste costanti al 33%.

Stili di vita: dal 2018 al 2020 si riduce la percentuale di valdostani che complessivamente assume abitualmente alcool, seppur rimanendo su valori molto superiori a quelli medi nazionali, dal 74,5% al 70% a fronte del 66,8% e 66,4% medio nazionale. La fine della pandemia ha inciso, positivamente, sul desiderio della popolazione (con più di 3 anni) di riprendere l'attività fisica a diversa intensità che in Valle d'Aosta è aumentata in misura maggiore di quanto è avvenuto a livello medio nazionale, dal 71,9% al 74,9% contro valori nazionali passati dal 63,8% a 64,7%.

Cronicità: dal 2019 al 2022 in Valle d'Aosta le persone che hanno dichiarato (campionate

dall'indagine Istat) almeno 1 malattia cronica diagnosticata si sono ridotte da 42,7% a 40,6%. Anche quelle con 2 malattie croniche sono scese dal 20,5% degli intervistati nel 2019 al 19,5% nel 2022. Peggiora invece, tra questi, la condizione di salute percepita che nel 2019 era buona per il 49,3% di essi mentre è del 48% nel 2022.

Nel dettaglio, le persone in Valle d'Aosta (campionate dall'indagine Istat) hanno dichiarato percentuali inferiori tra il 2019 e il 2022 per la maggior parte delle malattie croniche diagnosticate loro da un medico, a differenza di quanto registrato a livello nazionale. Ovviamente ciò non è detto corrisponda ad una minore incidenza reale di malattia. I valdostani intervistati hanno dichiarato percentuali più basse specie per le malattie cardiologiche (da 5,3% a 3,8%), allergie (da 13,1% a 11,7%) ipertensione (da 16% a 15%) e diabete (da 5,2% a 4,8%). Risultano in aumento, seppure lieve, solo i disturbi del sistema nervoso centrale: da 4,6% a 4,8%.

Ospedalizzazione: il tasso aggiornato di ospedalizzazione ogni 100.000 abitanti in regime di ricovero ordinario in Valle d'Aosta permane inferiore a quello medio nazionale per le malattie cardiache, come le forme acute e subacute di ischemia cardiaca e infarto acuto del miocardio, e rimane invece più alto del valore medio nazionale per le malattie cerebrovascolari complessive, ictus ischemico (incluso TIA).

Il tasso aggiornato di ospedalizzazione ogni 100.000 abitanti per disturbi psichici si riduce in un anno nella fascia di età dai 65 ai 74 anni mentre rimane costante, pari a 7,2 ogni 100.000 abitanti a livello complessivo. Per entrambi i generi, complessivamente, i valori regionali aggiornati eccedono ancora quelli medi nazionali (maschi 7,10 vs 4,77 e femmine 7,42 vs 4,34 ogni 100.000 abitanti).

Mortalità: l'aggiornamento all'anno 2020, rispetto al 2018, mostra un aumento del tasso standardizzato di mortalità nei maschi valdostani da 115,7 ogni 10.000 abitanti a 131,44, indipendentemente dalla causa anche se l'effetto del Covid ha certamente influito su tale innalzamento, specie a svantaggio delle persone più fragili. Analogamente il tasso di mortalità tra le femmine è aumentato da 68,15 ogni 10.000 abitanti a 87,42. Aumenti si sono verificati anche a livello medio nazionale dettati sempre dalla pandemia da Covid 19.

Anche se la mortalità in generale è aumentata, specie per gli effetti diretti e indiretti causati dal Covid, le prime cause di decesso per frequenza di accadimento riportano in Valle d'Aosta valori inferiori dal 2018 al 2020 (calcolati ogni 10.000 abitanti) per le malattie del sistema circolatorio (da 28,77 a 27,2) incluse le cerebrovascolari (da 9 a 7,38) e i tumori (da 24 a 23,1) inclusi i maligni (da 22,98 a 22,45).

La mortalità evitabile dal 2017 al 2018 (ultimo anno disponibile) in Valle d'Aosta migliora nel calcolo generale di giorni di vita persi che si riducono da 20,39 a 18,3 mentre mantiene invariata la differenza tra cause prevenibili e trattabili con migliori esiti delle seconde sulle prime. Nel 2018 i giorni persi per cause prevenibili erano 16,58 e quelli trattabili 9,7, mentre nel 2020 per le cause prevenibili sono 12,8 e 5,5 per quelle trattabili. Valori quindi in miglioramento ma sempre con grande diversità di esito nei due ambiti: meno efficace quello che riguarda la prevenzione attraverso stili di vita corretti e adesione agli screening rispetto a quello determinato dalla qualità dei percorsi di assistenza e cura del servizio sanitario regionale.

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ,
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Carlo Marzi

Giugno 2023



PRESENTAZIONE

Il contesto entro il quale si colloca la stesura del presente documento di programmazione sanitaria e sociale è stato fortemente condizionato dalla pandemia da Covid 19 e dagli effetti che questa ha prodotto e sta ancora producendo, non solamente sullo stato di salute dei cittadini e sui servizi sanitari, ma sull'intero tessuto sociale, economico e produttivo.

Abbiamo affrontato la prima grave crisi sanitaria che ha colpito su larga scala il mondo dopo quella causata dall'influenza spagnola nel primo dopoguerra e che ha arrecato danni ancora più ingenti, sia in termini di vite umane, sia in termini di assetto economico mondiale per l'elevata capacità di mobilità dei cittadini, oggi presente, e per la consolidata globalizzazione assunta ormai dai mercati e dalle merci. Tutto ciò, all'interno di una cultura sanitaria e della salvaguardia della salute che aveva, erroneamente, abbandonato ogni forma di investimento e attenzione verso le malattie infettive trasmissibili, considerate quasi scomparse, o comunque poco impattanti sulla salute pubblica generale, e di un modello organizzativo e funzionale del servizio sanitario poco sviluppato ed evoluto nei servizi extra ospedalieri, territoriali e, più in generale, di prossimità verso il cittadino.

L'eccezionalità e la gravità dell'emergenza sanitaria ha determinato una frattura netta e percepibile rispetto alle analisi e alle valutazioni condotte sui periodi precedenti, nonostante la loro propedeuticità alla stesura dei documenti di programmazione regionale quali quello qui presentato. Volutamente un'ampia sezione dell'analisi del contesto, propedeutica alla stesura del presente Piano regionale per la salute e il benessere sociale, e all'individuazione delle priorità strategiche in esso contenute, descrive la situazione che caratterizzava la Valle d'Aosta in termini demografici, epidemiologici, sanitari e sociali prima dell'impatto della pandemia poiché riteniamo che, nonostante gli eventi successivi che ne sono derivati, questi dati forniscano, comunque, degli elementi importanti non solo per contestualizzare, ma anche per meglio comprendere quanto accaduto successivamente, sia in termini di esito sullo stato di salute della popolazione, sia in termini di effetti sul sistema sanitario e sociale regionale.

Una ulteriore parte dell'analisi del contesto rende evidenza di alcuni indicatori già disponibili sugli effetti che la pandemia ha prodotto a livello regionale e di come questi abbiano trovato, nel periodo precedente, elementi protettivi e di contrasto o, al contrario, elementi favorevoli e aggravanti. Su questi ora siamo tutti chiamati a intervenire per trovare fattori di rinnovamento e di sviluppo regionale a livello individuale e collettivo, così come in ambito sanitario e sociale.

L'inattesa sfida che impegna ora i decisori politici a tutti i livelli istituzionali è quella di non permettere a questa pandemia, dalla quale oggi sembriamo allontanarci, di lasciare sul terreno solo effetti negativi soprattutto sulle nuove generazioni, ma di trasformare la crisi sanitaria, che è diventata ormai crisi sistemica e sociale, in un'opportunità.

Innanzitutto l'emergenza sanitaria ha messo in luce la necessità di riorganizzare e sostenere con maggiori risorse il ruolo del territorio e dei suoi attori principali, e tale esigenza, che è stata colta dalla politica a livello nazionale e che troverà un primo atto di riferimento nel prossimo decreto sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", vedrà anche a livello regionale la definizione di una nuova assistenza socio-sanitaria territoriale che, superando la logica puramente erogativa, pone la tutela dell'individuo nella sua complessità quale fine, attraverso l'integrazione socio-sanitaria.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), anche grazie alle ingenti risorse economiche assegnate, potrà aiutarci molto in questa sfida. Occorre rivalutare il bene salute nelle sue accezioni complessive e non solo in quella di assenza di malattia; ripensare il rapporto con la malattia e i fattori di rischio che la determinano maturando una maggiore consapevolezza del concetto di rischio e di protezione ad esso; valorizzare gli operatori e le strutture adeguandone la capacità e l'efficacia delle risposte istituzionali; acquisire e diffondere informazioni corrette e imparare a veicolarle adeguatamente e in maniera appropriata nei diversi ambiti di cui è composta la società civile, sviluppando maggiore empowerment e capacità di discernimento nella popolazione; sostenere i giovani nei loro percorsi di crescita umana e professionale; creare reti tra professionisti e strutture regionali ed extra regionali ma, soprattutto, abbandonare il concetto in base al quale la salute e la sanità sono solo un costo e non, al contrario, un investimento per ogni individuo e per ogni società che ambisca definirsi a sviluppo avanzato.

Al termine di questa presentazione del Piano vorrei ringraziare i dirigenti e i funzionari del Dipartimento sanità e salute e del Dipartimento politiche sociali che, pur fortemente impegnati nella gestione amministrativa della pandemia, mi hanno consentito con il loro impegno di elaborare un documento programmatico di alto livello, ma anche di grande concretezza.

Coniugare sviluppo economico e salute è possibile. Occorre ritornare ai valori portanti e solidaristici della convivenza civile. La sfida è aperta e siamo tutti tenuti a raccoglierla.

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ,
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Roberto Alessandro Barmasse

Aprile 2022



INDICE

INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO AREE DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025	8
 MACRO AREA 1 LA PREVENZIONE AL CENTRO DELLE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE	 10
QUALE PREVENZIONE	11
GLOBALIZZAZIONE, PANDEMIE E RISCHI PER LA SALUTE	13
PROMOZIONE DELLA SALUTE, DIAGNOSI PRECOCE E CONTRASTO ALL'AGGRAVAMENTO IN MALATTIA	16
SALUTE E AMBIENTE	20
LUOGHI DI LAVORO E PROMOZIONE DELLA SALUTE	23
SANITÀ ANIMALE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI	25
REALIZZAZIONE DEL REGISTRO TUMORI ANIMALE	26
LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI E L'EQUITÀ	27
IL CONTRASTO ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	30
IL SISTEMA REGIONALE DELLA PREVENZIONE	32
MITIGARE GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA	34
LA COMUNICAZIONE DEI RISCHI E L'EMPOWERMENT	35
OBIETTIVI	36
 MACRO AREA 2 UNA NUOVA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI COME RISPOSTA INTEGRATA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOOCIALE DEI CITTADINI	 39
UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE	40
IL DISTRETTO	41
DAI POLIAMBULATORI ALLE CASE DELLA COMUNITÀ	44
LE UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)	50
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DI COMUNITÀ	52
IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA	52
LA TELEMEDICINA	54

IL PIANO CRONICITÀ E LA MEDICINA DI INIZIATIVA	57
L'INFERMIERE DI COMUNITÀ	60
I CONSULTORI E L'ASSISTENZA MATERNO INFANTILE	62
LA DOMICILIARITÀ E L'INTEGRAZIONE DELLE CURE	64
LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE	66
LE CURE INTERMEDIE E LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE	67
L'OSPEDALE DI COMUNITÀ	73
LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)	76
IL RIORDINO DELL'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE, PER DISTURBI PSICHICI, PER DISABILITÀ E PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	77
LA RETE INTEGRATA PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ	78
LA RETE INTEGRATA PER UNA PRESA IN CARICO DI COMUNITÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	85
LA RETE INTEGRATA PER UNA PRESA IN CARICO DI COMUNITÀ DELLE PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE	85
LA SANITÀ PENITENZIARIA	87
LA MEDICINA DI GENERE	88
LA FARMACIA DEI SERVIZI	89
LA RETE EMERGENZA URGENZA	90
OBIETTIVI	95
 MACRO AREA 3 L'ASSISTENZA SANITARIA OSPEDALIERA IN UNA NUOVA LOGICA PRODUTTIVA E FUNZIONALE DI RETE	 98
L' ASSISTENZA OSPEDALIERA PRIMA E DOPO LA PANDEMIA	99
L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA REGIONALE	101
LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERCORSO CHIRURGICO E DEI TEMPI DI ATTESA PER IL RICOVERO	104
UMANIZZAZIONE E GESTIONE DEL PAZIENTE DISABILE IN OSPEDALE	106
IL RUOLO DELL'OSPEDALE NELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	108
DETERMINAZIONE DEL PROGETTO DI OSPEDALE REGIONALE	110

IL NUOVO OSPEDALE PER ACUTI	111
GESTIRE LA TRANSIZIONE	116
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN UNA LOGICA DI RETE INTRA ED EXTRA REGIONALE	117
IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA	121
OBIETTIVI	123
MACRO AREA 4	
LA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI IN UNA LOGICA DI WELFARE INTEGRATIVO E GENERATIVO	125
UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE	126
LA CREAZIONE DI UN ENTE STRUMENTALE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI	128
TERZO SETTORE E VOLONTARIATO	129
IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	130
SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI	131
IL SISTEMA INFORMATIVO SIUSS	131
LE AZIONI PROGRAMMATICHE PRIORITARIE NELLO SVILUPPO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI	132
PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA)	137
DIMISSIONI PROTETTE	139
PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO FAMILIARE	140
POLITICHE E SERVIZI PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA	144
POLITICHE PER LA FAMIGLIA E LA NATALITÀ	147
SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	149
AZIONI PROGRAMMATICHE PRIORITARIE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE	150
RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI PER L'ATTUAZIONE DEL REDDITO DI CITTADINANZA E DEI SERVIZI PER IL REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO	152
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, PROGETTO PERSONALIZZATO E ATTIVAZIONE DEI SOSTEGNI	152
PRONTO INTERVENTO SOCIALE	153
SERVIZI PER LA POVERTÀ E LA MARGINALITÀ ESTREMA	155
OBIETTIVI	163

MACRO AREA 5	
LA GOVERNANCE DEL SISTEMA REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE	165
LA GOVERNANCE REGIONALE DEI SERVIZI PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE	166
PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E ADEGUAMENTO NORMATIVO REGIONALE	169
UNA NUOVA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI	172
LA REVISIONE DELLE FUNZIONI DEL PIANO DI ZONA	172
INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	175
RIORDINO DELL'OFFERTA RESIDENZIALE TERRITORIALE E GESTIONE DELLE STRUTTURE A VALENZA SOCIO ASSISTENZIALE	177
LE POLITICHE DEL PERSONALE E LA VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO	178
LE RETI PER L'ASSISTENZA E LE RETI DI COLLABORAZIONE	185
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	188
LA GOVERNANCE DELLE INFORMAZIONI PER IL CITTADINO	191
VALUTARE PER DECIDERE	192
LA COMUNICAZIONE SCIENTIFICA ISTITUZIONALE	195
IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SALUTE E BENESSERE SOCIALE	197
IL PNRR COME OCCASIONE UNICA DI SVILUPPO REGIONALE SOSTENIBILE	204
GOVERNANCE E ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE SALUTE E BENESSERE SOCIALE	207
VALUTAZIONE DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE	209
OBIETTIVI	210
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025	212
TABELLA DEGLI ACRONIMI	215
ALLEGATI	219
ANALISI DELLO STATO DI SALUTE E DELLA SANITÀ	221
SALUTE E AMBIENTE	251
ANALISI DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SOCIALI, SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO-EDUCATIVE	256

INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO AREE DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025

Lo stato di salute e il benessere sociale di una comunità costituiscono gli ambiti strategici di un buon governo in quanto i costi che debbono essere sostenuti per garantirli alla popolazione rappresentano la principale forma di investimento per una comunità capace di crescere, di svilupparsi, di produrre ed evolvere socialmente.

La pandemia da Sars Cov 2 ha mostrato in tutto il nostro Paese le conseguenze di una politica sanitaria incentrata quasi esclusivamente sulle ragioni della sostenibilità economico finanziaria e sui tagli trasversali, al posto di investimenti mirati. Non si tratta, ovviamente, solo di garantire diritti di accesso a cure efficaci, sicure e tempestive, si tratta anche di costruire cultura e consapevolezza collettiva, conoscenze, competenze e senso di responsabilità a tutti i livelli, sia in quello politico e degli amministratori, sia in chi riceve i servizi e sia in chi li eroga, avendo sempre attenzione alla centralità e al rispetto della persona in stato di bisogno, così come alla persona che presta la sua opera al servizio della collettività, nei vincoli e nelle garanzie che un sistema pubblico deve assumersi per poter essere sostenibile, equo e duraturo nel tempo.

Dopo anni di riduzione e di tagli alla spesa, la pandemia ha messo a disposizione, attraverso le finanze statali ed europee, un quantitativo di risorse economiche mai visto prima per fronteggiarla. Il "sistema" però, per utilizzarle al meglio, generando un cambiamento e uno sviluppo anche oltre la pandemia stessa, deve imparare a ripensare e riorganizzare se stesso, rivedendo priorità e standard funzionali e, per farlo, deve poter contare sia su amministratori esperti e competenti, sia su una popolazione consapevole, responsabile e attiva, partecipe delle nuove sfide e della protezione della propria salute; non quindi una popolazione assistenzialista e passiva, ma partecipe e responsabile nei percorsi di prevenzione e cura, collaborante con il sistema pubblico e con i suoi operatori, nel rispetto reciproco delle persone e dei ruoli a tutela effettiva della salute di tutti.

Al pari è richiesto agli operatori, a vario titolo impegnati nel servizio sanitario pubblico, che nell'emergenza hanno dato prova di incondizionato impegno, di collaborare e partecipare responsabilmente e con competenza alle scelte future di programmazione, affinché le priorità di azione e le linee di investimento, che conducono inevitabilmente ad un nuovo modello di cure, possano essere condivise, sostenute e perseguite con successo in ogni ambito.

Il medesimo atteggiamento è richiesto, infine, nei riguardi del bisogno sociale, resosi più drammatico nelle conseguenze economiche della pandemia, dove spesso, i determinanti che lo hanno generato hanno origine in contesti sociali distanti e lontani da quelli su cui può agire direttamente il Piano per la salute e il benessere sociale. Come noto, in ambito sociale i livelli essenziali sono appena stati normati al fine di garantire un diritto esigibile che deve essere portato al livello della consapevolezza collettiva e della richiesta di interventi e servizi ad un sistema che, per mantenersi solidale ed equo, deve rendere trasparenti i criteri di accesso ai servizi e alle prestazioni, uguali su tutto il territorio regionale e deve stabilire standard di servizio e protocolli di presa in carico esplicitando le modalità di contribuzione a parità di bisogno.

A tutti gli operatori è richiesta la dedizione di chi liberamente ha scelto il sistema pubblico dei servizi, rinunciando a privilegiare le sole logiche di mercato, mentre, da parte sua, il governo regionale deve adoperarsi per garantire ad essi la migliore condizione professionale possibile, stante le peculiarità

che il sistema pubblico detiene. Tutto ciò al solo fine di ristabilire quali valori e quali principi etici devono caratterizzare un sistema pubblico di servizi, finanziato cioè attraverso il prelievo fiscale della collettività.

Fronteggiare una pandemia ancora in corso, che lascerà conseguenze sulle persone e sul sistema e ripensare al sistema di offerta organizzata alla luce dell'esperienza fatta con il Covid 19 è possibile e doveroso.

La salute e il benessere sociale devono costituire attenzione e impegno dell'agire di tutto il governo regionale poiché ogni decisione e ogni azione che in esso si compie, ha conseguenze dirette o indirette sullo stato di salute e sul benessere sociale delle persone, come ormai dimostrano gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile), usati da tutti gli enti e le agenzie di programmazione nazionali e internazionali per valutare il potenziale di sviluppo di una società.

Questi principi e assunti del Piano 2022-2025 conducono a due finalità evidenti per le quali un Piano pluriennale strategico viene predisposto, che sono:

1) *il miglioramento della condizione di salute e di benessere delle persone* (in assenza e in presenza di malattia, perché riferito al benessere fisico e mentale), indipendentemente dalla loro età, genere o condizione sociale;

2) *il miglioramento del complesso sistema di offerta organizzata e integrata di servizi, pubblici e privati convenzionati*, predisposta, nelle fasi ordinarie, ad assicurare la migliore condizione di salute e benessere sociale assicurando qualità e sostenibilità nel tempo al sistema regionale, ma predisposta anche a riorganizzarsi nelle emergenze, quando a governare il sistema sono condizioni diverse e drammatiche per intensità e rapidità delle risposte.

A queste due finalità corrispondono le 5 Macro Aree che seguono, da declinare all'interno di specifici ambiti di intervento e obiettivi a cui faranno seguito, attraverso degli appositi atti della Giunta regionale, delle azioni collegate, da realizzare nell'arco del periodo di riferimento del Piano.

Sono state individuate 4 Macro Aree tematiche e 1 Macro Area a valenza trasversale

1. La PREVENZIONE al centro delle politiche per la salute e il benessere sociale (*Tematica*)
2. Una nuova RETE TERRITORIALE dei servizi come risposta integrata per la salute e il benessere dei cittadini (*Tematica*)
3. L'assistenza sanitaria OSPEDALIERA in una nuova logica produttiva e funzionale di rete (*Tematica*)
4. La PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI in una logica di welfare integrativo e generativo (*Tematica*)
5. La GOVERNANCE del sistema regionale per la salute e il benessere (*Trasversale*)

MACRO AREA 1

LA PREVENZIONE AL CENTRO DELLE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

L'impatto che la pandemia da Sars Cov 2 ha avuto su tutti i sistemi sanitari regionali, richiedendo per essa la priorità assoluta a tutti i servizi e a tutto il personale in essi operante, ha messo a dura prova i percorsi di prevenzione già in essere; gli stessi Dipartimenti di Prevenzione sono stati interamente occupati a potenziare le strategie di sanità pubblica volte al contenimento dell'epidemia da Covid 19. Oltre a ciò, nel 2020, il Ministero della Salute, per garantire il contenimento del contagio e salvaguardare la salute dei cittadini e degli operatori nella fase di massima diffusione pandemica ha disposto la modifica delle modalità di offerta assistenziale, per cui, tutte le attività sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono state distinte in "non procrastinabili" e, dunque, da erogare in sicurezza e con le tempistiche previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, e "procrastinabili", quindi sospese e da riprogrammare successivamente in accordo con l'attenuarsi della pandemia.

L'effetto di questa disposizione nazionale, non solo ha comportato l'aggravamento di molte condizioni croniche pre-esistenti all'epidemia, ma causerà effetti futuri che si ripercuoteranno sia sulla gestione dei percorsi della cronicità, sia sulla qualità stessa di vita dei pazienti, con un conseguente aumento generale dei costi per l'assistenza a molte patologie, in particolare quelle metaboliche, oncologiche, cardio e cerebro vascolari e della salute mentale, alle quali si aggiungerà quella già definita "long Covid 19", dovuta agli effetti duraturi lasciati dal virus in alcune persone.

Le ragioni che hanno costretto il SSN all'interruzione dei percorsi di prevenzione non legati al Covid 19 vanno ricercate nel modello organizzativo e funzionale delle cure di cui la pandemia ha solo reso più evidenti le criticità e che ora devono trovare occasione di profondo ripensamento e di un nuovo sviluppo sia nei servizi territoriali integrati, sia nella cultura della prevenzione e nella programmazione sanitaria. Ciò che è mancato, oltre al potenziamento dei servizi territoriali, che avrebbe reso possibile il mantenimento dei percorsi Covid 19 congiuntamente a quelli per le altre patologie pre esistenti, è stata la mancanza di modelli organizzativi trasversali, cioè organizzati per percorsi di cura ed *équipe* multi professionali e multidisciplinari, al posto di quelli operanti per "silos" (prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, assistenza sociale).

Il bisogno di salute della popolazione non si esaurirà con la sola prevenzione del contagio delle malattie trasmissibili, per altro fino a poco tempo fa ritenute quasi scomparse, ma sarà dettato ancora di più da altri problemi di salute, che risultano particolarmente gravi se non governati e, questo, attiene tanto alla prevenzione primaria, con la riduzione di fattori e comportamenti a rischio, quanto alla prevenzione secondaria, con la necessità di diagnosi precoci e programmi attivi di screening, quanto, infine, a modalità di comunicazione del rischio più efficaci, un *vulnus* culturale nella società attuale che la pandemia ha reso molto evidente.

Dal concetto di educazione alla salute a quello di prevenzione attiva, fino anche alle modalità di comunicazione del rischio è necessario un profondo ripensamento culturale che risulta inutile se non lo si accompagna alla progettazione di un nuovo modello organizzativo-funzionale dei servizi sanitari e di quelli della prevenzione, diverso da quello attuale, ai quali anche il Piano Nazionale Cronicità ha riconosciuto un ruolo centrale.

Ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, la promozione e la prevenzione assumono un valore imprescindibile in tutti i contesti di vita e lungo tutto il corso della vita, con attenzione agli effetti delle disuguaglianze sociali nelle varie forme di disagio e di dipendenza patologica, nella promozione della salute e del benessere sociale, nella prevenzione, nella diagnosi precoce delle patologie e, più in generale, delle forme di disagio e di devianza.

QUALE PREVENZIONE

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, che ha definito e aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha tra le principali caratteristiche e novità la nuova denominazione del livello della Prevenzione: da "Assistenza sanitaria collettiva" a "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". La nuova denominazione non solo ne ha rafforzato il mandato, estendendolo alla salute della collettività nel contrasto all'insorgenza delle malattie, ma ne ha rinnovato radicalmente il modello concettuale. L'obiettivo è stato infatti quello di evidenziare e rendere coerente ciò che caratterizza gli interventi di prevenzione e di sanità pubblica da quelli assistenziali.

La prevenzione ha quale obiettivo primario il promuovere e conservare lo stato di salute e contrastare l'insorgere delle malattie, ma poiché lo stato di salute, dalla sua definizione del 1998 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non è costituito solo dall'assenza di malattia, ma da un completo benessere psico fisico, è evidente che tra le azioni da porre in essere nella prevenzione non vi sono solo quelle di competenza sanitaria ma vi sono, più in generale, quelle di tipo sociale, ambientale, economico, educativo ecc.

Per contrastare efficacemente i problemi di salute è necessario, quindi, investire in maniera integrata e intersettoriale su politiche e interventi che affrontino i determinanti socio-economici, culturali e di contesto della vita e del lavoro, nonché quelli legati alla qualità delle reti comunitarie e sociali, agli stili di vita e all'assistenza socio sanitaria. Interventi di sostegno alla popolazione che, a partire dalla gravidanza e lungo l'intero corso della vita, abbiano l'obiettivo di rafforzare i fattori protettivi e di migliorare gli aspetti assistenziali, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Per quanto riguarda i determinanti sociali che incidono sulla salute vanno evidenziati alcuni aspetti da tenere in considerazione e sui quali intervenire per mantenere gli individui in buona salute, come l'accesso a livelli elevati di istruzione, la qualità delle relazioni sociali, la condizione economica, l'integrazione interculturale, lo status sociale ecc. Alcuni di questi interventi riguardano:

- la promozione di progetti che favoriscano la socializzazione dei giovani e la realizzazione di attività autopromosse, oltre a percorsi di cittadinanza attiva ponendo attenzione anche agli immigrati di seconda generazione;
- il sostegno di iniziative di prevenzione e promozione sociale, in particolare quelle relative a percorsi di formazione tra pari, in rete tra i diversi enti/servizi, responsabilizzando gli adolescenti a essere protagonisti della propria crescita;
- la promozione di una maggiore educazione emotiva e relazionale degli adolescenti (*life skills*) attraverso una progettazione comune tra servizi socio sanitari, educativi e le organizzazioni di terzo e quarto settore;

- lo sviluppo della responsabilità e della solidarietà, individuale, collettiva e intergenerazionale attraverso l'attivazione delle risorse presenti sul territorio, valorizzando, in particolare, le esperienze di vita e di lavoro degli anziani;
- la promozione dell'invecchiamento attivo concepito nell'ambito di un'unica cornice che comprenda interventi relativi a tutti e tre i cardini dell'invecchiamento attivo medesimo (salute, partecipazione, sicurezza).

Per una maggiore efficacia delle iniziative rivolte alle nuove generazioni è necessario considerare il punto di vista degli adolescenti e dei giovani adulti sui temi della salute e del benessere nella programmazione degli interventi nell'ambito dei servizi a loro dedicati, utilizzando linguaggi e strumenti loro prossimi quali, ad esempio, i *social network*. Al pari, è necessario promuovere iniziative di informazione, formazione e ascolto su questioni specifiche e di interesse per gli adolescenti, anche in coordinamento con le scuole e le associazioni, su temi quali l'orientamento sessuale e l'identità di genere, la fragilità e il disagio percepiti, il bullismo, le difficoltà nelle relazioni tra pari e l'utilizzo corretto e responsabile dei *social network*.

Definito quindi l'ambito d'azione, assai vasto, è opportuno cogliere la natura stessa del termine prevenzione in quanto "pre-venire" significa "arrivare prima", evoca quindi un atteggiamento "pro-attivo" verso qualcosa di indesiderato e che si intende evitare, come una condizione morbosa o un aggravamento della stessa, ma anche una condizione sociale di forte disagio e di deprivazione che spesso risultano anche essere correlate alla presenza di malattia.

La prevenzione, quindi, non è solo un insieme di interventi da ricevere ma è, *in primis*, un impegno e un'attività da assumere verso se stessi, nel rispetto della propria persona e delle persone che accompagnano il nostro percorso di vita ed è tanto più efficace, quanto più accompagna l'intero corso della vita: dalla primissima infanzia alla senilità.

Per potersi diffondere, il principio del valore della salute deve essere presente in tutte le politiche e in tutti gli ambienti (*setting*) di vita (dalla famiglia, alla scuola, all'ambiente naturale, al luogo di residenza e al lavoro) perché una popolazione in buona salute contribuisce al benessere economico e civile della società a cui appartiene e ne qualifica tutti i processi culturali.

L'analisi del contesto ha evidenziato come in Valle d'Aosta siano andati perduti, negli anni, alcuni antichi privilegi di salute e di benessere caratterizzanti le popolazioni di montagna (per alimentazione, stili di vita, rapporto con l'ambiente) e si assista, invece, a una lenta ma inesorabile acquisizione di stili di vita maggiormente diffusi nei contesti metropolitani, unitamente a una propensione a pratiche e esami preventivi non sempre rispondente ad appropriatezza ed efficacia.

La prevenzione quindi, nel promuovere corretti stili di vita (prevenzione primaria) e favorire l'adesione ai programmi vaccinali e agli screening oncologici per la diagnosi precoce (prevenzione secondaria), deve rendersi attiva anche nelle situazioni in cui una o più malattie sono già presenti - come indicato dal nuovo DPCM dei LEA del 2017 - per contrastarne l'aggravamento e favorire la corretta aderenza terapeutica e ai percorsi assistenziali, oltre che per perseguire uno stile di vita conforme alla tutela della

propria condizione clinica, al fine di evitare aggravamenti e disabilità permanenti che peggiorerebbero la qualità di vita e aggraverebbero il carico assistenziale per la famiglia e la comunità.

In sintesi, la prevenzione richiede il diffondersi di una cultura responsabile nella popolazione e partecipe in tutti gli operatori socio sanitari in forma pro-attiva, ma rimane poco efficace se non si accompagna ad un rinnovato modello organizzativo funzionale territoriale che ha il suo fulcro nel Dipartimento di prevenzione e nel Distretto il suo legame più efficace. Il riferimento alla relazione tra Distretto e Dipartimento di prevenzione deve qui leggersi alla luce dell'evoluzione del modello organizzativo territoriale delineato nella Macro Area 2.

Infine, ma non da ultima, la conoscenza e l'implementazione continua di dati a rilevanza epidemiologica regionale, siano essi derivanti dai sistemi informativi istituzionali, dai sistemi di sorveglianza o da registri locali di patologia, disposta dal presente Piano come attività istituzionale e soggetta a costante osservazione analitica, dovranno garantire qualità e aggiornamento continui all'analisi dei bisogni di salute della popolazione. Solo attraverso una corretta ed efficace manutenzione dei sistemi informativi e degli archivi di dati è possibile attivare e rendere utile al supporto decisionale la valorizzazione degli stessi in termini di analisi epidemiologica territoriale ad opera della Rete regionale per l'epidemiologia. Solo attraverso una disponibilità costante e qualificata di dati, di competenze specifiche e di risorse strumentali, la Rete epidemiologica regionale sarà in grado di mettere a disposizione dei decisori, ai vari livelli del governo e della gestione della salute regionale, una base conoscitiva indispensabile per l'individuazione di interventi e azioni di prevenzione attiva, di dimostrata efficacia, pertinenti al bisogno di salute della popolazione regionale, anche con attenzione alle disuguaglianze (di genere, di cittadinanza, di istruzione).

GLOBALIZZAZIONE, PANDEMIE E RISCHI PER LA SALUTE

L'ambiente, nella sua accezione più ampia, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e per la salute delle popolazioni; sono molti, infatti, i processi patologici che trovano la loro eziopatogenesi in fattori ambientali e sociali. Come la pandemia da Sars Cov 2 ha dimostrato, viviamo in un mondo iper-connesso dove anche i rischi per la salute sono condivisi. Nella Costituzione dell'OMS, nell'affermare la salute come diritto fondamentale di ogni essere umano, si riconosce che essa è di tutti ed è condizione indispensabile per la pace e la sicurezza del mondo e che dipende dalla piena cooperazione tra gli Stati nella lotta alle disuguaglianze in salute e nel controllo delle malattie che costituiscono un pericolo comune. I virus si diffondono rapidamente e, come abbiamo sperimentato a partire dal 2019, in tempi moderni, in poco più di un mese, possono generare una pandemia globale.

Le epidemie sono sempre esistite. Dalla peste, alla pandemia di influenza "spagnola" fino alle più recenti, come quella da HIV/Aids che dal 1980 ha ucciso 33 milioni di persone e ne contagia ogni anno molte di più, alla prima SARS del 2003, l'influenza "suina" del 2009, le epidemie hanno accompagnato l'evolversi delle società, ma ciò che stiamo imparando attraverso il Sars Cov 2 è che è aumentata la rapidità con cui il contagio si diffonde, certamente anche in virtù della straordinaria accelerazione dei processi di integrazione e di interconnessione tra le società umane che si sono registrati oltre i confini geografici e politici dal secondo dopoguerra fino ad oggi. Con il drammatico

aumento della velocità non sono solo le epidemie delle malattie infettive a diffondersi fino a divenire planetarie; già prima della pandemia alcune politiche di marketing aggressivo verso consumi non salutari e persino nocivi alla salute si sono diffuse rapidamente insieme a stili di vita propri della società globalizzata, generando una “pandemia”, solo apparentemente meno pericolosa, di malattie croniche e degenerative nelle società a sviluppo cosiddetto avanzato (obesità, diabete, malattie cardiovascolari, respiratorie, neurodegenerative, cancro, malattie mentali...), con un impatto notevole anche sulla capacità dei sistemi sanitari di farvi fronte.

Inoltre, il consumo crescente di antimicrobici in medicina e nell'industria zootecnica per permettere allevamenti intensivi è all'origine della crescita esponenziale di ceppi di microrganismi (virus, batteri, parassiti) resistenti agli antimicrobici per cui, una filiera “corta”, come può essere quella regionale, deve trovare valore e sostegno negli interventi e nei messaggi che vengono veicolati alla popolazione che da questi possa trarre beneficio sulla qualità degli alimenti da preferire e assumere e, quindi, sulla salute in generale.

A tutti questi determinanti sociali, con cui le politiche di prevenzione si rapportano, deve aggiungersi il fenomeno dell'interconnessione globale di idee e opinioni presenti sulle reti sociali informatiche che assume una doppia valenza: se da un lato veicola la mobilitazione globale di molte persone nella difesa della salute, facilitando anche l'accesso alle conoscenze e favorendo la collaborazione scientifica e l'interazione tra sistemi sanitari nazionali, come si è verificato in risposta alle allerte epidemiologiche; dall'altro è evidente che rende disponibili a milioni di persone una grande quantità di informazioni, spesso non validate, cui gli stessi fruitori non possiedono la competenza necessaria per la loro verifica, contribuendo, paradossalmente, a una pericolosa disinformazione, anche sanitaria. La disinformazione che molte campagne di prevenzione hanno dovuto contrastare, prima tra tutte quella sull'efficacia e sui rischi dei vaccini nei bambini, successivamente quella riguardante la pandemia da Sars Cov 2 con le relative misure disposte a contrasto, progressivamente, nelle diverse fasi pandemiche, ne sono un evidente esempio.

Le crisi, però, devono trasformarsi in occasioni di ripensamento e crescita culturale per affrontare le sfide e le insidie di una salute sempre più globalizzata e, in questo, anche l'epidemia di Covid 19, in merito alla quale la comunità scientifica già avverte sul pericolo che non resti isolata, può offrire all'umanità, e a ciascuno di noi, un'opportunità di cambiamento.

Il presente Piano invita, quindi, tutti gli attori, e non solo quelli con responsabilità dirette sulla tutela e sul ripristino della salute, a rigenerare nel profondo il modo in cui si affronta il tema della salute, su cui, come si è dimostrato, tutte le politiche agiscono, anche indirettamente, in una prospettiva valoriale più consona alla costruzione di una società in buona salute, solidale, in armonia con la natura e con l'ambiente e costruita su diritti umani irrinunciabili.

In questo senso il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, approvato con un'intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome il 6 agosto 2020 e recepito a livello regionale con la deliberazione della Giunta regionale n.1343/2020, rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente secondo l'approccio “One Health” che, riconoscendo la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi

come interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti – come quello del virus Sars Cov 2 - che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali ed ecosistemi.

Oltre quindi a sottolineare, in accordo con il Piano della Cronicità, la flessibilità dei sistemi, nelle emergenze come nel tempo ordinario, in quanto modalità idonea a rispondere con rapidità ai bisogni dei cittadini garantendo il funzionamento della prevenzione nel suo complesso (dalle vaccinazioni agli screening oncologici, dalla tutela della popolazione fragile, alla presa in carico della cronicità), il Piano Nazionale della Prevenzione indica come principio guida, recepito anche dal presente Piano, quello della “Salute in tutte le Politiche” con una concezione della sanità interdipendente e intersettoriale anche con fattori socio-economici e, come si è detto, ambientali.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha inteso consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health Literacy* ossia il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment*) e di interagire con il sistema sanitario (*engagement*) attraverso relazioni basate sulla fiducia.

Le due figure professionali destinate a riportare l'attenzione sulle persone e sulla loro necessità di costruire con il sistema sanitario una relazione di fiducia, consapevolezza e responsabilità sono i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Da sempre figure strategiche e di raccordo tra l'individuo e il sistema sanitario, sono ora chiamati a questo compito anche attraverso la diffusione dell'*Health Literacy*, quell'alfabetizzazione sanitaria che coinvolge il paziente fornendogli nozioni e informazioni accessibili e differenziate secondo la persona, senza lasciarlo ai margini delle azioni di promozione e prevenzione della salute.

Il Piano della Prevenzione ha individuato sei macro-obiettivi che rappresenteranno altrettanti ambiti di azioni specifiche nel periodo di validità del presente Piano, e che riguardano:

- *Le malattie croniche non trasmissibili*, un ambito questo che racchiude interventi e azioni atte a ridurre nella popolazione gli stili di vita contrari al mantenimento della salute e che con l'invecchiamento della popolazione sono la causa della crescente cronicità in ampi strati di popolazione. Tra queste, l'alimentazione scorretta, l'inattività, il fumo e l'alcol come cause di morte premature, l'inquinamento e l'insorgenza di demenze sempre più frequenti;
- *Le dipendenze e i problemi correlati*, intendendo con esse quelle che l'OMS definisce dipendenze patologiche: alcol, tabacco, sostanze psicotrope illegali e sostanze legali, a cui si aggiunga la dipendenza da gioco d'azzardo e quella da internet, che colpisce maggiormente le generazioni più giovani. L'approccio prescelto è quello di contrastare l'offerta per ridurre, progressivamente nel tempo, la domanda;
- *Gli incidenti stradali e domestici*: i primi rappresentano ancora la causa di morte più frequente tra i giovani e i secondi sono motivo di ospedalizzazioni frequenti e mortalità nelle persone più anziane e, spesso, anche sole;

- *Gli infortuni e gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali.* Per limitarli si richiama a un rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico, al confronto costante e alla garanzia da parte dei datori di lavoro dell'operatività. Si tratta di malattie e cause di morte ritenute evitabili a cui, dopo la pandemia, andranno aggiunti i casi di "long Covid 19", ossia di persone che, nonostante la guarigione dal Covid 19, presentano danni funzionali o d'organo permanenti a causa della malattia;
- *L'ambiente, il clima e salute,* per i quali restano validi gli obiettivi previsti dall'Agenda 2030 e dall'Accordo sul clima di Parigi;
- *Le malattie infettive prioritarie* che la pandemia da Sars CoV 2 hanno nuovamente posto al centro dell'interesse delle politiche di prevenzione in quanto viene richiamata la necessità di uno sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente le possibili emergenze infettive, unitamente alla capacità di valutare il rischio ad esse associato e alla disponibilità di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali, sia generici, sia specifici per patologia infettiva.

Il Piano della Prevenzione, infine, prevede l'adozione di un sistema di valutazione, basato su indicatori e relativi standard, che consente di misurare, nel tempo, e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi.

Con deliberazione della Giunta regionale n.1654 del 6 dicembre 2021 si è pervenuti pertanto all'adozione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 individuando anche gli organismi tecnici preposti sia alla sua attuazione in Valle d'Aosta, sia al monitoraggio degli obiettivi previsti. Il Piano Regionale della Prevenzione si coniuga, altresì, con le priorità già in essere in Valle d'Aosta del Progetto PRO.M.I.S (Programma Mattone Internazionale Salute) relativamente agli obiettivi specifici dell'invecchiamento attivo, della protezione dell'infanzia e dei giovani, della promozione del cibo salutare a tutte le età della vita e delle diverse forme di assistenza di prossimità.

PROMOZIONE DELLA SALUTE, DIAGNOSI PRECOCE E CONTRASTO ALL'AGGRAVAMENTO IN MALATTIA

Nonostante la cultura della prevenzione sia ormai diffusa nella pratica quotidiana, al di là dell'impianto di importanti programmi pubblici di comunicazione, piuttosto che di controlli periodici o di screening, è proprio la promozione della salute come patrimonio culturale individuale in ampi sottogruppi di popolazione a mostrare carenze e false convinzioni. I determinanti di questo fenomeno, come già accennato, sono molteplici e chiamano in causa storie di privazione lungo tutto l'arco della vita, ma anche le modifiche intervenute nel rapporto fiduciario tra medico e cittadino che oggi, a differenza di un tempo, risulta indebolito e poco accreditato quando tenta di incentrarsi sul contrasto ai fattori di rischio e sulla tempestività della diagnosi.

In tutto questo un ruolo non marginale lo assume il modello organizzativo con il quale si diffonde la cultura preventiva che, con attenzione all'efficacia della promozione e della prevenzione della salute, rappresenta lo snodo centrale da riqualificare e a cui il Piano intende rivolgersi per il successo di qualsiasi programma sanitario. Affinché la cultura della prevenzione diventi realmente efficace e raggiunga esiti favorevoli alla salute, occorre pensare a un approccio alla prevenzione che si basi sull'utilizzo

coordinato di tutte le risorse presenti all'interno del servizio sanitario. È richiesta un'organizzazione capace di trovare tutte le necessarie integrazioni e le modalità di verifica e di miglioramento continue delle azioni messe in atto.

In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si è, per contro e a lungo, operata una distinzione tra:

- un livello di prevenzione che ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e che si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie (prevenzione primaria);
- un livello che attiene a un grado successivo, intervenendo in uno stadio iniziale mediante la diagnosi precoce di malattie in fase asintomatica (prevenzione secondaria);
- un livello ulteriore, volto a ridurre la gravità e le complicanze delle malattie inguaribili (prevenzione terziaria).

Tale classificazione degli interventi di prevenzione si è rivelata alla luce delle evidenze scientifiche non più adeguata perché, da un lato, pone l'accento sull'offerta e non sulla domanda, dall'altro suddivide artificiosamente lo stato della persona come se le fasi si susseguissero in momenti distinti e separati. Il presente Piano indica la necessità di porre ogni persona al centro di un proprio progetto di salute valorizzando gli esiti, più che i processi e considerando la prevenzione come:

- promozione della salute;
- diagnosi precoce e individuazione dei rischi;
- gestione della malattia e delle sue possibili complicanze.

Nella prima tipologia preventiva rientrano tutti gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi, sia individuali che ambientali; nella seconda sono invece compresi sia gli screening di popolazione, sia la medicina predittiva; infine, nella terza tipologia preventiva trovano attuazione i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e riabilitativi (PDTA) fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

Porre la persona al centro dell'intervento di prevenzione significa riferirla al contesto in cui vive ed opera, significa collocarla in una situazione dinamica di relazioni con le altre persone, ma anche con agenti biologici, chimici e fisici presenti nell'ambiente, e con le strutture abitative, ricreative, lavorative frequentate. Secondo questo approccio la prevenzione non si concretizza in singoli interventi, ma deve tendere a una strategia preventiva complessiva, in modo tale che tutto quanto circonda e compenetra la persona possa, in vario modo, concorrere al suo benessere.

Per quanto riguarda il *setting* scolastico, un obiettivo specifico del Piano di prevenzione precedente è stato quello di aumentare le conoscenze e l'utilizzo di metodologie e strumenti basati su evidenze scientifiche e buone pratiche in merito a tematiche di cittadinanza e di salute da parte delle Istituzioni scolastiche che hanno aderito alla rete valdostana "Armonie per una scuola in salute". Un ulteriore obiettivo sul quale la scuola ha posto interesse negli anni scorsi è stato quello di aumentare le abilità, la consapevolezza e le conoscenze individuali dei bambini, dei ragazzi e dei giovani in tema di cittadinanza e salute, obiettivo che è riproposto anche nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione.

La prevenzione collettiva deve prevedere interventi finalizzati ad affrontare problematiche sanitarie di rilievo quali-quantitativo, con interventi rivolti sia alla persona (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria), sia agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali), in una cornice comune, interdisciplinare

e integrata di obiettivi e relativi indicatori di monitoraggio e valutazione, comprendendo tutte le aree della sanità pubblica, dalla promozione della salute e della prevenzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, della tutela dell'ambiente, della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Per quanto riguarda le patologie trasmissibili è necessario proseguire l'attività di prevenzione vaccinale, dando rilievo all'importanza della prevenzione vaccinale lungo tutto l'arco della vita.

Per quanto attiene la prevenzione tramite diagnosi precoce è rilevante il mantenimento dello screening neo natale esteso, della sordità e cataratta congenita.

Il Piano dispone inoltre, sempre con attenzione alle prime fasi della vita, che al termine dell'emergenza pandemica e in collaborazione con le istituzioni scolastiche venga riattivato, presso le scuole dell'infanzia, lo screening pediatrico per la diagnosi precoce dell'ambliopia nei bambini dai 3 ai 5 anni di età, stante l'efficacia dimostrata in termini di contrasto a questa patologia. L'iniziativa, al termine del periodo di valutazione degli esiti ottenuti, potrà assumere carattere di permanenza.

Con attenzione invece all'offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto, occorrerà recuperare con efficacia e sollecitudine gli inviti sospesi a causa dell'epidemia. L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha condotto un'indagine allo scopo di confrontare il numero di inviti e di esami fatti nei primi cinque mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 per misurare, da un lato, il ritardo accumulato e dall'altro, la velocità delle ripartenze dei programmi. Nella maggioranza delle regioni il numero di esami eseguiti nel 2020 è stato inferiore del 30% rispetto a quelli dello stesso periodo del 2019. Tra le regioni che hanno riattivato l'offerta degli screening dei tumori femminili vi è la Valle d'Aosta ma, al pari delle altre regioni, non si è ancora raggiunto lo standard di chiamate antecedente la fase pandemica. A questo va aggiunto che lo screening per il tumore del colon retto registra un ritardo superiore agli altri screening nella ripartenza in Valle d'Aosta. Si consideri che la letteratura scientifica ha stimato come questi ritardi nei programmi di screening, se inferiori ai 6 mesi, determinino aumenti di casi di neoplasia in fase avanzata, ma se il ritardo, complessivamente, supera i 12 mesi, gli effetti si traducono anche in un aumento della mortalità specifica.

Su questa problematica, e come definito dall'Osservatorio Nazionale Screening nell'aprile 2020 nelle «Linee guida per la riapertura e per la comunicazione», condiviso con il Ministero della salute, la Valle d'Aosta ha riattivato, nel 2020, il primo livello dei programmi di screening oncologici valorizzando il carattere prioritario delle prestazioni di screening nella programmazione delle attività ambulatoriali. Il presente Piano dispone quindi che si mantenga un attento monitoraggio sullo stato di avanzamento dei programmi di screening, anche in relazione ad eventuali ulteriori particolarità epidemiologiche future, e si adotti un Piano di rientro di tutti gli inviti sospesi in fase pandemica, come previsto anche dal Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, anche grazie ai fondi nazionali previsti per questa finalità, al fine di garantire la periodicità prevista da ciascuno screening come efficace per la diagnosi precoce. Con questa finalità il presente Piano prevede che il Piano di rientro per l'attività di screening, nel caso non riuscisse a garantire la copertura della popolazione bersaglio con i protocolli precedenti, valuti eventuali modalità di screening più efficienti (ad esempio, autoprelievo nel test-Hpv) che mantengano la medesima efficacia clinica. Il Piano dispone quindi che, recuperata l'attività

pregressa di screening, si prosegua nell'azione di miglioramento continuo dell'offerta regionale pubblica di screening oncologici al fine di:

- aumentare l'adesione dei programmi di screening da parte della popolazione target per ognuno dei tumori oggetto di prevenzione secondaria e diagnosi precoce;
- aumentare la quota di popolazione bersaglio, ossia i soggetti a potenziale rischio da sottoporre a screening oncologico identificabile non solo per classe di età;
- prevedere l'offerta di programmi per l'identificazione precoce delle donne a rischio di tumore eredo-familiare.

Sempre in ambito della prevenzione con diagnosi precoce, e considerata l'elevata prevalenza e mortalità di tumori polmonari tra i valdostani, il presente Piano dispone che sia valutato l'avvio, in forma sperimentale, di un programma di diagnosi precoce nei forti fumatori di età compresa tra 50 e 60 anni, da sottoporre a TAC (Tomografia assiale computerizzata) toracica, a basse dosi, con frequenza annuale o biennale. Questa modalità di screening organizzato ha visto confermata la sua efficacia in diversi studi clinici riducendo di oltre il 20% la mortalità specifica per tumore polmonare.

In quest'ottica, la riattivazione dell'offerta di screening per la diagnosi precoce deve essere occasione di ripensamento dei meccanismi di governo delle chiamate in quanto, per molti degli screening che costituiscono offerta pubblica da parte del servizio sanitario, i trend di adesione, già prima della pandemia, hanno mostrato una lieve ma costante flessione rispetto agli anni iniziali di avvio dei programmi. Oltre a ciò, il presente documento di programmazione dispone che venga individuato un piano per la gestione in sicurezza dei percorsi di questa popolazione sottoposta a diagnosi precoce anche in presenza di rischio pandemico, al fine di non interrompere una pratica di salvaguardia e di contrasto all'insorgenza di tumori in una popolazione già definita a rischio e che siano individuate soluzioni organizzative straordinarie al fine di recuperare gli inviti allo screening rinviati per la pandemia.

La comunicazione istituzionale del rischio è valutata dal presente Piano un'attività attorno alla quale costruire nuove competenze al fine di rendere efficace il contenuto del messaggio che si intende diffondere sia in fase pandemica, sia in tempi ordinari quali quelli che portano ad una maggiore adesione le campagne di screening in atto. Come la pandemia ha dimostrato, una comunicazione poco efficace e dai contenuti discordanti può paradossalmente allontanare i destinatari del messaggio dal valore del suo contenuto. La comunicazione istituzionale del rischio è materia strategica per le istituzioni preposte alla salute pubblica. La tesi fondamentale alla base di questo assunto evidenzia come sia necessario distinguere tra comunicazione e informazione e come sia indispensabile praticare la comunicazione in tutte le sue declinazioni (comunicazione organizzativa, educazione alla salute, formazione, rapporto medico/paziente, e così via).

La comunicazione in sanità è intesa dal presente Piano in primis come comunicazione profonda, per cui si intende una consapevole presa di posizione teorica, da cui possano discendere orientamento e tecniche degli interventi comunicativi in ogni persona, in tutte le età della vita e in ogni ambiente questa si trovi, sia esso di vita o di lavoro. Di diversa natura, invece, il presente Piano ritiene la comunicazione profonda specifica nelle organizzazioni sanitarie, nel lavoro del dirigente sanitario, verso il paziente, verso i gruppi a rischio e presenta un piano organizzativo per la comunicazione profonda. Per rendere più efficace la pratica della comunicazione profonda e dei fattori coinvolti, quali tempo, media e vis

comunicativa è necessario acquisire competenze e strumenti ai diversi livelli e orientare in modo coerente in tutti i setting il messaggio istituzionale sul rischio per la salute. Su questi temi il Piano dispone che venga predisposto un apposito documento di linee guida della comunicazione dei rischi. Per quanto attiene, infine, l'ultima tipologia di prevenzione, cosiddetta terziaria, essa consiste in una consapevolezza e responsabilità in merito a delle azioni che migliorano lo stato di salute di una persona anche in presenza di malattia e ne evitano o ne ritardano nel tempo l'aggravamento. Si tratta non solo di stili di vita conseguenti a una limitazione indotta dalla malattia, frequentemente cronica, come il diabete, le malattie cardio e cerebrovascolari o fattori di rischio come l'ipertensione cronica; si tratta, soprattutto, di aderenza terapeutica e di rapporto fiduciario e collaborativo con tutti i professionisti che compongono l'équipe multidisciplinare e multi professionale che ha in cura il percorso di malattia.

SALUTE E AMBIENTE

Il tema "Ambiente e Salute" ha acquisito negli ultimi anni una crescente rilevanza e ha destato sempre maggiore interesse da parte delle istituzioni e dei cittadini. Le modificazioni ambientali sono uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione e i cambiamenti climatici già in atto hanno certamente un impatto sugli ecosistemi e sulla salute delle popolazioni e dei singoli individui.

Da diversi decenni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica nell'inquinamento atmosferico una tra le principali cause dei decessi dovuti a malattie non trasmissibili. È pertanto necessario effettuare interventi che possano fornire risultati positivi in termini di salute (mitigazione inquinamento atmosferico e ondate di calore e promozione attività fisica), benessere sociale e ambientale per tutti i gruppi di popolazione, specialmente per i gruppi socio-economici più svantaggiati.

All'impatto dell'ambiente sulla salute umana, si aggiunge quello dell'uomo sull'intero ecosistema, con i cambiamenti climatici, che rappresentano una vera allerta planetaria e che, a loro volta, si ripercuotono sulla salute. La riduzione dei ghiacciai è un fenomeno che si sta registrando anche in Valle d'Aosta, unitamente a quello della riduzione delle riserve idriche, importanti per l'intero eco sistema, che pongono ripensamenti sulle politiche agricole, di gestione degli allevamenti e su quelle alimentari.

L'inquinamento degli ambienti confinati, secondo l'OMS, è un ulteriore importante problema di sanità pubblica che ogni anno è causa di 4 milioni di morti premature per ictus, malattie cardiache, malattie respiratorie croniche (BPCO) e cancro del polmone. Essendo l'inquinamento delle matrici ambientali un'importante concausa di malattie, soprattutto per quanto attiene le patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche, è fondamentale dotarsi di strumenti efficaci per la valutazione preventiva degli impatti che alcune realizzazioni umane hanno sulla salute, che siano di supporto alle decisioni.

Con attenzione specifica al rapporto tra ambiente e salute, il nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) si concentrerà sugli effetti sulla salute dovuti all'esposizione:

- a *pollini allergenici* (variazione del calendario pollinico e aumento della concentrazione di polline in aria che possono essere causa di allergie sotto forma di malattie respiratorie, dermatologiche e oculari);

- all'aumento delle temperature e alle "ondate di calore", che possono essere responsabili dell'insorgenza di alcune malattie cardiovascolari, neurologiche, di disidratazione e di aumento eccessivo della temperatura corporea (c.d. "colpi di calore");
- a *raggi ultravioletti*, responsabili di malattie dermatologiche e oculari;
- a *nuovi agenti patogeni* e ai loro vettori e alla correlazione con nuove tipologie di malattie infettive;
- a *fumi da combustione* di biomasse all'aperto, che possono essere causa di irritazioni agli occhi e a carico dell'apparato respiratorio;
- a *inquinanti atmosferici*, che possono determinare un aggravamento delle reazioni dei soggetti allergici, oltre a malattie respiratorie e oculari.

Inoltre, si opererà per consolidare e rafforzare ulteriormente la rete "ambiente e salute", già avviata con il precedente Piano Regionale della Prevenzione (PRP) pluriennale, per costruire nuove alleanze e per svolgere le attività programmate per i prossimi anni, in coerenza con gli obiettivi e le indicazioni declinati a livello nazionale.

Appare necessario quindi prevedere degli interventi integrati, multidisciplinari e multiprofessionali, per contrastare i determinanti negativi dell'ambiente e gli effetti del cambiamento sulla salute. Il ruolo della ricerca epidemiologica dovrà essere quella di produrre prove di associazione tra esposizione a fattori climatici ed effetti (diretti ed indiretti) sulla salute esaminando ambiti ancora poco esplorati, identificando, nella popolazione, i soggetti più vulnerabili.

L'obiettivo è quello di ridurre l'esposizione ambientale potenzialmente dannosa per la salute. Sarà quindi fondamentale prevedere strategie per contrastare i fattori di rischio tra cui:

- intervenire sulla pianificazione territoriale e il governo del territorio per una maggiore sostenibilità dei sistemi urbani;
- migliorare l'efficienza energetica degli edifici residenziali, produttivi e dei servizi;
- favorire la produzione di energia da fonti rinnovabili;
- promuovere la mobilità ed i trasporti sostenibili;
- farsi carico degli effetti dei cambiamenti climatici su cultura, salute, condizioni sociali e biodiversità;
- promuovere l'eco-efficienza dei processi produttivi;
- intervenire sul governo del clima e dell'ambiente urbano ai fini della qualità della vita attraverso la pianificazione del verde, delle acque, dei rifiuti, e degli spazi di socializzazione.

Da un punto di vista sanitario sarà necessario potenziare strumenti (registri di patologia come il registro tumori, studi di sorveglianza, attività di promozione di corretti stili di vita) che siano in grado di integrare dati epidemiologici e ambientali disponibili, combinati con quelli di tipo demografico e socio-economico, al fine di orientare le decisioni politiche (*advocacy*), rendendo contestualmente protagonisti delle scelte i singoli cittadini (*empowerment*).

Il Piano dispone che siano ulteriormente indagate le molteplici interrelazioni tra ambiente e salute, promuovendo attività informative e formative integrate con le competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale e dell'ARPA VdA, adottando conseguenti strategie di comunicazione del rischio con l'obiettivo di fornire un'informazione chiara, certa e univoca ai cittadini. Di particolare rilevanza nella collaborazione attiva di ARPA VdA in questo contesto di studio è il monitoraggio e l'eliminazione di alcuni inquinanti a rischio (es radon e benzene) per l'insorgenza di patologie anche gravi.

Nella pratica sarà indispensabile stabilire linee di indirizzo operativo allo scopo di attuare azioni appropriate rispetto al livello di rischio ambientale/sanitario. Si dovranno attivare nuove più approfondite ricerche per la comprensione dei meccanismi di nocività degli inquinanti nei soggetti esposti; prevedere un percorso di formazione del personale sanitario (soprattutto medici di medicina generale e pediatri di libera scelta); istituire una corretta campagna di comunicazione.

Recentemente sono state approvate le Linee guida sulla Valutazione di impatto sanitario (VIS), previste dal decreto legislativo n.104/2017, redatte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con decreto del Ministro della Salute.

Occorrerà garantire la prevenzione e il controllo sulla filiera dei fitosanitari in agricoltura, nei centri urbani, sul territorio, come residuo su alimenti, come cancerogeno su animali, produzione, commercio ed impiego di prodotti fitosanitari, attraverso un coordinamento tra agricoltura, sanità e ambiente.

Il presente Piano valuta inoltre prioritario lo sviluppo di una competenza e di una funzione stabile, istituzionale, in ambito epidemiologico ambientale in Valle d'Aosta; tale funzione deve potersi qualificare secondo un approccio multi professionale e multidisciplinare, coinvolgendo operativamente l'Azienda USL, l'ARPA della Valle d'Aosta, gli assessorati competenti e altri *stakeholders* interessati in modo da svolgere la propria attività anche integrando e supportando le azioni già previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 con un ottica *One Health*.

Tra tutti gli ambiti di intervento, dell'epidemiologia ambientale il Piano individua i seguenti come di particolare interesse specifico stante la recente esperienza pandemica:

- il monitoraggio del rischio microbiologico e la prevenzione della diffusione di nuovi agenti patogeni e dei loro vettori al fine di contrastare il rischio della espansione di nuove tipologie di malattie infettive quali le arbovirosi o la malattia di Lyme o, piuttosto, il contenimento dei rischi legati a patogeni in grado di svilupparsi facilmente nell'acqua e negli alimenti;
- le attività di virologia ambientale, una materia di grande interesse, sviluppatasi negli ultimi anni, che si propone come obiettivo quello di ricavare dall'ambiente le informazioni utili a individuare e a prevenire o controllare l'andamento di eventuali epidemie nella popolazione. L'integrazione fra sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica e sistemi di sorveglianza ambientale consente, non solo di intercettare precocemente, e seguire, la circolazione dei virus nei territori, ma anche di contribuire alla conoscenza della circolazione delle varianti del virus, supportando i processi decisionali sulla base dell'analisi del rischio. Un recente esempio dell'importanza della virologia ambientale é il progetto, nato nel 2020, di sorveglianza epidemiologica di Sars Cov 2 nelle acque reflue urbane (SARI) condotto con la collaborazione dell'ARPA anche in Valle d'Aosta. Il progetto, nato come sistema di allerta precoce dei focolai di infezione della popolazione, è utilizzato anche per il sequenziamento genomico e la quantificazione percentuale della presenza delle varianti. Il Piano valuta la metodologia e le collaborazioni avviate per il Progetto SARI¹ un sistema di specifico interesse regionale, esportabile per la ricerca di altri tipi di virus;

¹ A luglio 2020, con il coordinamento tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, a partire da alcune località turistiche, ha preso avvio il progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-COV-2 attraverso le acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia). Una rete di strutture territoriali ha analizzato la presenza di tracce di SARS-COV-2 nelle acque reflue a fini del monitoraggio preventivo sulla presenza del virus e la sua possibile propagazione in Italia. I campioni prelevati prima dell'ingresso nei depuratori dei centri urbani sono stati utilizzati come 'spia' di circolazione del virus nella popolazione. Le prime analisi hanno consentito di rilevare RNA di SARS-COV-2 in diverse aree del territorio nazionale nel corso dell'epidemia; inoltre, mediante indagini retrospettive su campioni di archivio, hanno rivelato la circolazione del virus in alcune aree del Nord in periodi antecedenti la notifica dei primi casi di COVID 19.

- L'identificazione dei rischi ambientali che condizionano prognosi, sopravvivenza e diffusione delle malattie neoplastiche, delle malformazioni congenite, degli esiti avversi in gravidanza e di altre patologie della popolazione utilizzando i dati disponibili dalle banche dati e dagli studi di sorveglianza.

Parallelamente all'implementazione delle competenze e delle funzioni in materia di epidemiologia ambientale è necessario sviluppare maggiormente l'attività di ricerca e di perfezionamento di metodi e strumenti per caratterizzare, all'interno di ogni singolo territorio sub regionale, i fattori di rischio, l'incidenza e la prognosi di malattia, nonché l'efficacia degli interventi sanitari di sanità pubblica, o di cura, che potrebbero essere, sulla base dei risultati degli studi effettuati, selettivamente e diversamente distribuiti sul territorio regionale, garantendo migliore equità ed efficacia nell'accesso alle cure. A valorizzare queste attività di analisi epidemiologica sono inoltre oggi disponibili dei software dedicati quale quello dello studio sperimentale sulla "Distribuzione geografica di incidenza, mortalità e fattori di rischio per neoplasie del polmone in Valle d'Aosta" che, utilizzando un software G.I.S.(*Geographical Information System*) analizzerà anche patologie diverse che condividono i medesimi fattori di rischio con i tumori polmonari.

LUOGHI DI LAVORO E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il basso livello della domanda di lavoro di questi anni ha rallentato gli ingressi nel mercato del lavoro, in particolare dei giovani, ovvero i soggetti sociali che si presentano sul mercato del lavoro per ultimi. A ciò si deve anche aggiungere che le riforme approvate, in particolare quella pensionistica, hanno determinato un rallentamento delle uscite generazionali, che a sua volta ha generato un ridimensionamento della domanda di lavoro sostitutiva che si compone principalmente di giovani. Per contro, la partecipazione degli adulti è risultata superiore al livello della domanda, il che ha determinato una crescita delle persone in cerca di occupazione di questa fascia di età. La struttura dell'occupazione si è quindi modificata, con livelli occupazionali più bassi per le classi di età inferiori e più elevati per quelle a partire dai 45 anni. Si può ragionevolmente dedurre che una popolazione lavorativa più "vecchia" potrà manifestare più probabilità di incorrere in malattie croniche non trasmissibili (MCNT). Occorre, pertanto, mettere a sistema un percorso strutturato e coordinato che coinvolga i datori di lavoro, i lavoratori e i servizi sanitari per migliorare la salute e il benessere nei luoghi di lavoro.

Alla luce del contesto sarà prioritario, attraverso azioni formative, comunicative e intersettoriali, diffondere la cultura che il luogo di lavoro deve essere un luogo dove è possibile rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, in particolare per la prevenzione dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), raggiungendo obiettivi di sanità pubblica e contestualmente migliorando i climi organizzativi e la produttività presso i vari contesti lavorativi, siano essi pubblici o privati, legati al settore produttivo oppure alla realtà turistica. L'obiettivo è promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli alla adozione ed alla diffusione di stili di vita salutari, concorrendo così alla prevenzione e alla promozione della salute.

È opportuno mettere in evidenza che negli anni passati sono già stati attuati interventi sui corretti stili di vita, ma a carattere sporadico e senza un coordinamento regionale; si è trattato, spesso, di eventi organizzati da associazioni tematiche e non prettamente rivolte ai lavoratori. L'idea centrale del Piano è quella di riconoscere l'importanza di un processo partecipato con le aziende e le varie realtà lavorative, al fine di costruire con loro un contesto che favorisca l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute dei lavoratori.

Il primo passo sarà la condivisione con le aziende del modello di “luogo di lavoro che promuove salute” e, in seguito, siglare con esse un accordo di collaborazione. Insieme ai soggetti identificati sarà necessario affrontare l'analisi del contesto per mapparne l'organizzazione interna, stilare un profilo di salute e far emergere le criticità; infine, sulla base dei dati che emergono, sarà possibile definire insieme ai datori di lavoro le priorità e la messa in atto di interventi efficaci e sostenibili nel tempo finalizzati a sostenere scelte salutari (abitudini alimentari, stile di vita attivo), contrastare fattori di rischio (tabagismo e abuso di alcool) e promuovere azioni atte ad evitare le dipendenze patologiche.

Promuovere la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro significa attivare misure adeguate e azioni positive che permettano ad ogni cittadino di acquisire comportamenti sani e sicuri in tutti gli ambienti di vita e di lavoro. Il presente Piano, anche in accordo con il Piano Nazionale della Prevenzione, dispone che tutte le azioni e i progetti specifici siano orientati a diffondere maggiormente in tutti i sottogruppi di popolazione una cultura della sicurezza declinabile nei diversi ambienti di vita e di lavoro in termini di prevenzione degli infortuni e tutela della salute, nonché di promozione di iniziative volte in particolare alla diffusione della cultura della sicurezza nei soggetti maggiormente esposti a infortuni e malattie correlate ai rischi presenti negli ambienti lavorativi, domestici e di vita in generale.

Una particolare attenzione il Piano dispone che sia dedicata alle scuole e, quindi, alle nuove generazioni: promuovere la cultura della prevenzione dei rischi fin dall'età scolare è la strategia più efficace per garantire la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e sul lavoro. La scuola rappresenta il punto di forza e di svolta da cui partire, in quanto luogo privilegiato per qualsiasi attività educativa e formativa, anche in materia di salute e sicurezza. Le attuali indicazioni normative in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro rimarcano l'importanza di sensibilizzare i futuri lavoratori alla prevenzione negli ambienti di vita (scuola, casa, strada, territorio) e sul lavoro, per consentire l'acquisizione e lo sviluppo di stili di vita sani e sicuri.

A tale scopo, il presente Piano raccomanda la diffusione di materiale informativo e formativo, strumenti multimediali e materiale ludico-didattico, insieme a pacchetti formativi dedicati a specifiche tematiche, rivolti agli educatori (docenti, genitori, collaboratori familiari, ecc.) e, soprattutto, ai giovani per incrementare le competenze in materia di salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro attraverso differenti modalità di comunicazione verificandone nel tempo l'acquisizione tra le diverse tipologie di soggetti.

L'accadere, ancora oggi, di infortuni mortali sul lavoro rende necessario dare attuazione alle proposte presentate già nel 2018 dalle Regioni al Tavolo politico congiunto in materia di sicurezza e salute sul lavoro del Ministero della Salute e del Lavoro ritenendole ancora attuali e garantendo una loro piena realizzazione. Stante la competenza in ambito di vigilanza sulla applicazione della normativa in capo alle Aziende USL, le Regioni - in un contesto di confronto fattivo con il Ministero della Salute - hanno inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 i Piani Mirati di Prevenzione quale tipologia di controllo e valutazione dei rischi e di organizzazione delle attività di protezione e prevenzione che consente di assistere le imprese che sono impegnate nella loro progettazione ed attuazione. Tuttavia è necessario ancora:

- potenziare gli organici dei servizi dell'Azienda USL di tutela della salute e sicurezza sul lavoro;
- migliorare la qualità della formazione;

- disporre di un sistema informativo nazionale, strumento funzionale al coordinamento operativo con gli altri soggetti preposti alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Anche la Valle d'Aosta partecipa, al pari delle altre Regioni, ai Tavoli nazionali contribuendo con proposte finalizzate alla soluzione delle criticità del settore quali, ad esempio, il fabbisogno di figure professionali (non solo medici del lavoro e tecnici della prevenzione, ma anche chimici, ingegneri, statistici, ...) dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza sul lavoro delle Aziende Sanitarie Locali.

SANITÀ ANIMALE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

In tema di sicurezza degli alimenti un particolare rilievo assume l'attuazione del regolamento n.625/2017 in applicazione dal 14 dicembre 2019 che, al fine di garantire ai cittadini dell'Unione Europea un elevato livello di sanità umana, animale e vegetale e garantire il funzionamento del mercato interno, prevede una serie di norme armonizzate per prevenire, eliminare o ridurre gli eventuali rischi di ordine sanitario per l'uomo, per gli animali e per le piante presenti nella “filiera agroalimentare” e del regolamento UE 2016/429 in applicazione dal 21 aprile 2021, relativo alla normativa quadro in materia di sanità animale.

Con riguardo alla valorizzazione delle esportazioni di prodotti alimentari regionali, il Piano continuerà ad assicurare ai Paesi di destinazione il rispetto della tutela della salute dei consumatori nonché la prevenzione della diffusione delle malattie infettive zoonosiche, mediante procedure ispettive e un adeguato rispetto dei contenuti delle certificazioni sanitarie. Il benessere animale, il consumo di farmaci, l'utilizzo del macello come osservatorio epidemiologico e la bio-sicurezza, al pari dei rischi sanitari ad essa legati, risultano sempre più connessi tra loro rendendo di fatto necessario un approccio integrato. La diffusione di fenomeni come l'antibiotico-resistenza, inoltre, ha assunto negli ultimi anni dimensioni drammatiche tali da rendere indispensabile e non procrastinabile una programmazione degli interventi preventivi.

In un quadro così complesso, a livello nazionale è stata elaborata una strategia di ampio respiro introducendo, nel tempo, una serie di innovazioni quali il veterinario aziendale, il sistema di classificazione degli allevamenti in base al rischio, la tracciabilità dei medicinali e la ricetta elettronica, con l'obiettivo sfidante di cambiare definitivamente il volto della sanità animale. La sfida che il presente Piano dispone per il futuro è dunque quella di avviare un processo di implementazione e sviluppo di tali innovazioni, di mettere a regime alcune di esse e avviare, comunque, lo sviluppo di tutte le altre.

Con l'obiettivo primario di rafforzare le reti di epidemio-sorveglianza del sistema pubblico veterinario è già stato delineato a livello nazionale un quadro di interventi che, in linea con l'impostazione del citato Regolamento UE n. 429/2016, implementi la collaborazione tra le autorità competenti e gli operatori che allevano animali attraverso la figura del veterinario aziendale e consenta una programmazione migliore, più efficace, dei controlli ufficiali basati su una categorizzazione in base al rischio standardizzata e trasparente, in linea con il nuovo regolamento UE 2017/625 sugli *Official controls* che la Valle d'Aosta ha introdotto nel quadro dell'attuale programma di assistenza zootica. È stato inoltre realizzato, sempre a livello nazionale, un sistema informativo denominato *ClassyFarm* che è a disposizione dal 2021 di medici veterinari ufficiali, medici veterinari aziendali e allevatori in grado

di monitorare, analizzare e indirizzare gli interventi in funzione delle problematiche dell'allevamento. Si tratta di un'innovazione singolare che consentirà di facilitare, e migliorare, la collaborazione e il dialogo tra gli allevatori e l'autorità competente per elevare il livello di sicurezza e qualità dei prodotti della filiera agroalimentare, ciò attraverso il rafforzamento della prevenzione delle malattie animali e della lotta all'antimicrobico resistenza e l'efficientamento del sistema dei controlli ufficiali, ma occorrerà capire l'adattabilità di tale sistema alla particolarità zootecnica valdostana.

All'interno di questa strategia, ed in particolare per la lotta all'antimicrobico resistenza (AMR), risulta strategico il Sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari e l'adozione della ricetta elettronica veterinaria oltre all'utilizzo esclusivo anche in Valle d'Aosta del modello 4 informatizzato per la movimentazione degli animali zootecnici.

Obiettivo che il Piano pone per gli anni futuri è il mantenimento dello stato di tutte le indennità, ottenuto nel 2019, degli allevamenti da malattie attraverso l'attuazione delle relative misure di prevenzione e il mantenimento delle condizioni di igiene e sicurezza degli alimenti, attraverso l'attuazione del controllo ufficiale di processo e di prodotto delle filiere agroalimentari come leva anche per garantire livelli elevati di qualità produttiva, in un quadro di coordinamento dei controlli che miri a rendere più omogenea e meglio distribuita tale attività. Occorrerà inoltre dare sviluppo alla piccola produzione locale con apposita disciplina.

REALIZZAZIONE DEL REGISTRO TUMORI ANIMALE

L'impiego di animali nella ricerca scientifica ha origini antiche ed è tuttora utile a rispondere a domande cruciali sulla patogenesi del cancro e nello sviluppo di nuove terapie. Tali indagini, però, sono condotte in laboratorio, in un contesto estremamente controllato, che esula dallo studio della storia naturale del tumore a favore di uno sviluppo istantaneo, che si allontana dalla patogenesi per lo più a lungo termine delle patologie neoplastiche umane.

L'oncologia comparata integra l'insorgenza spontanea di tumore nel paziente veterinario in un'ottica generale, che coinvolge anche l'uomo. Le specie animali, infatti, possono condividere diversi aspetti con la specie umana, tra cui le caratteristiche genetiche, istopatologiche, il comportamento biologico, i target molecolari e la risposta a trattamenti antineoplastici standard.

Gli animali da compagnia condividono con l'uomo l'ambiente in cui vivono con i relativi agenti di esposizione, tanto da essere considerati delle vere e proprie "sentinelle naturali" per i pericoli della salute umana: si ricorda a tal proposito che gli effetti tossici di sostanze introdotte nell'ambiente sono spesso precedute da epidemie di malattie negli animali domestici. Studi osservazioni sulla naturale insorgenza di tumore nella popolazione veterinaria forniscono inoltre diversi vantaggi negli studi di esposizione ad inquinanti ambientali: il periodo di latenza, relativamente limitato per i tumori, la ristretta mobilità giornaliera e la bassa attività migratoria degli animali, uniti a una durata della vita inferiore rispetto all'uomo, consentono una valutazione dell'esposizione più accurata, che limita il più possibile eventuali confondenti tipici degli studi epidemiologici fatti sull'uomo.

Per portare anche in Valle d'Aosta il valore aggiunto di questi tipi di analisi, il punto di partenza è la periodica produzione di dati epidemiologici tramite l'istituzione di un registro tumori veterinario: un sistema standardizzato che raccoglie informazioni riguardanti sede e tipo di tumore nella popolazione animale. Mentre nella medicina umana i registri tumori esistono sin dagli anni '40, in veterinaria sono molto limitati, di breve durata e con dati poco aggiornati, nella maggior parte dei casi limitati agli animali da compagnia, mentre si riscontra una mancanza di registrazione delle neoplasie che compaiono negli animali da reddito e per gli animali selvatici.

L'interesse di questa ipotesi scientifica è quello di confrontare i dati di incidenza dei tumori degli animali da compagnia, di interesse zootecnico (equidi, piccoli e grossi ruminanti), e selvatici, con i dati dei tumori presenti nella popolazione umana, allo scopo di identificarne analogie e differenze che possano essere indicative del grado di similarità esistente tra le specie animali analizzate e l'uomo e della correlazione con fattori di rischio, ambientali e genetici. Gli animali selvatici possono inoltre essere considerati come "sistemi sentinella animale", o bioindicatori della vivibilità e della qualità ambientale, e lo studio della loro patologia può servire per il monitoraggio dell'inquinamento o di altri possibili fattori di rischio per l'uomo.

L'obiettivo che il presente Piano individua in questo ambito di studio è pertanto quello di sviluppare un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati delle neoplasie degli animali, tramite l'istituzione di un registro tumori veterinario, che preveda la periodica raccolta di informazioni utili a produrre dati relativi ad incidenza di animali da compagnia, di interesse zootecnico e selvatici residenti in Valle d'Aosta.

Messa a punto la prima incidenza (intesa come nuova casistica relativa ad un singolo anno) animale, potranno essere avviati in via sperimentale, studi comparativi sia con la casistica umana regionale (dati dal registro tumori valdostano), sia con casistiche prodotte in altre aree italiane dove è attivo un registro animale, al fine di evidenziare differenze e similitudini per lo studio e la prevenzione dei tumori *in primis* nella specie animale oggetto di studio, ma anche per l'identificazione di fattori di rischio che potrebbero essere comuni con la specie umana.

LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI E L'EQUITÀ

Alla povertà di risorse economiche spesso si accompagna una povertà educativa che non è alimentata solo dalla dimensione economica, ma può essere favorita anche da una combinazione di condizioni sociali presenti nelle famiglie e nei singoli: genitori assenti, un ambiente degradato, un'abitazione inadeguata, relazioni sociali fragili o assenti, una disabilità non sostenuta da servizi adeguati, un territorio povero di servizi e così via. Se si analizzano gli effetti di questi contesti in un approccio lungo tutto l'arco della vita diventa strategica l'attenzione che deve essere riservata ai minori: vivere in una famiglia deprivata e in contesti sociali fragili e carenti di opportunità di crescita, si traduce in un'onerosa discriminazione di accesso a opportunità di realizzazione personale e di vita sociale. Il gap rispetto a coetanei avvantaggiati avrà conseguenze sulla salute e sul benessere sociale che, nel tempo, rischiano di divenire irrecuperabili, precludendo ai minori, la possibilità di migliorare la condizione di partenza.

La famiglia assume un ruolo-chiave nel contrasto della povertà educativa, potendo contribuire allo sviluppo delle capacità umane e del capitale culturale dei figli. Anche il sistema scolastico incide sul capitale umano dei bambini, emancipando la condizione socio-economica di svantaggio. Troppo spesso la fragilità delle condizioni di partenza induce, in modo considerevole, all'insuccesso nel campo formativo. Occorre sensibilizzare la comunità sia del ruolo rilevante svolto dalle relazioni sociali, sia del fatto che le spese per prevenire, ridurre e contrastare la povertà costituiscono degli investimenti per migliorare la qualità complessiva della vita comunitaria. Il contesto della comunità di riferimento, infatti, può contribuire a favorire, o meno, l'esclusione sociale, l'isolamento e la crescita della povertà e dei fattori a essa correlati. Inoltre, maggiori sono gli investimenti per migliorare il disagio delle persone vulnerabili e minori saranno le spese per la sicurezza, l'inclusione sociale e l'educazione.

Un'altra dimensione della povertà educativa e sociale è quella che riguarda l'infanzia e la debole consapevolezza dei determinanti della salute dei più piccoli. La povertà, nella sua accezione ampia (comprendendo disoccupazione, isolamento, redditi bassi, carenza di supporti psicologici) può divenire un vero e proprio ostacolo al godimento del diritto alla salute da parte dei bambini. Tra i principali fattori di rischio diretti e indiretti delle malattie infantili vi sono spesso le disuguaglianze sociali determinate dai bassi livelli di istruzione, di reddito e di lavoro, precario o assente, dei genitori, oltre che da fattori psicosociali come la solitudine, l'isolamento, lo stress legato alla crisi economica e lavorativa presenti nel contesto familiare di appartenenza. Investire sull'istruzione delle nuove generazioni corrisponde a garantire loro un importante fattore protettivo per la salute: un alto livello di scolarizzazione fa crescere la consapevolezza dell'importanza di stili di vita sani per prevenire molte patologie.

Collegata allo stile di vita e condizionata dalla povertà educativa ed economica vi è quella che attiene l'educazione alimentare, complici anche l'industria alimentare e la pubblicità, poco accorte e interessate a diffondere stili di vita sani per tutelare la salute delle persone, soprattutto dei più piccoli. In Italia, le famiglie, per contenere i costi alimentari, hanno ridotto quantità e qualità della spesa e, di conseguenza, è aumentato il problema dell'obesità infantile con tutte le problematiche ad essa correlate. Anche in Valle d'Aosta il presente Piano intende porre attenzione specifica al rischio che i disturbi del comportamento alimentare generano durante tutto l'arco della vita, a partire già dai primi anni di età dei bambini, attraverso iniziative che troveranno nelle nuove articolazioni dell'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità) la sede preposta.

Investire nello stato di salute già dalla prima infanzia è un intervento strategico, di carattere preventivo e rilevante per tutta la società. Realizzare un miglioramento delle condizioni di vita di una generazione, determinerà dei vantaggi per quella successiva, generando, nel giro di alcuni decenni, dei benefici duraturi per l'intera società in termini di salute, formazione, forza lavoro, maggiori competenze dei lavoratori, minore devianza e più sicurezza sociale. Se si vuole salvaguardare il futuro dei bambini e della nostra stessa società, risulta prioritario interrompere la connessione tra le condizioni di fragilità, che si possono ereditare dalla famiglia e, in parte, anche dal contesto sociale, e la povertà educativa.

Occorrerà sviluppare programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione (bisogni primari, accesso all'istruzione, ecc.) e promuovere iniziative, con alleanze intra ed extra sistema sanitario, per ridurre l'impatto delle situazioni di povertà sulla salute delle fasce più deboli e per la riduzione degli sprechi alimentari.

Impossibile prevenire una condizione di marginalità e disuguaglianza sociale nel bambino senza assumere il suo contesto familiare come parte integrante e insostituibile di questa azione: un assunto che trova rilevanza in tutti i contesti di fragilità familiare, sia essa derivante da povertà economica, educativa e sociale, sia essa dovuta alla presenza di persone con fragilità e disabilità, in particolare se minori, caratterizzate da bisogni specifici e da necessità di continuità assistenziale che determinano, a loro volta, bisogni di sostegno psicologico al nucleo familiare stesso.

Sviluppare politiche di sostegno alla genitorialità in un'ottica multidisciplinare permette di intervenire sulle condizioni fondanti il benessere psico-fisico dei componenti dei nuclei familiari agendo sulle componenti fisica, mentale e sociale. Tutto ciò rappresenta infatti un modello di prevenzione precoce, rivolto ai genitori in condizioni di rischio psico-sociale, al fine di supportare le loro capacità genitoriali e sostenere così uno sviluppo armonico dei bambini. Nello specifico, occorre:

- promuovere la collaborazione tra le reti territoriali tra famiglie che si prendono cura della propria comunità;
- realizzare interventi di informazione/formazione sui compiti genitoriali nelle diverse fasi del ciclo di vita della famiglia. Interventi rivolti a una pluralità di soggetti (coppie, genitori, personale sanitario, sociale, educativo) e focalizzati in particolar modo sull'importanza degli stili di vita familiari nell'acquisizione di abitudini e comportamenti da parte dei figli nel loro percorso di crescita;
- promuovere attività extrascolastiche per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- dare organicità ai diversi interventi di sostegno alla genitorialità promossi dal settore pubblico (servizi socio sanitari, ospedalieri, territoriali, educativi) e dal terzo e quarto settore attraverso forme di pianificazione integrata che mettano in rete i diversi soggetti;
- sperimentare politiche tariffarie finalizzate a sostenere le famiglie garantendo la facoltà di scelta dei servizi maggiormente confacenti sulla base di un'offerta controllata negli standard qualitativi e quantitativi da parte dell'ente pubblico.

Il presente Piano individua pertanto nella promozione di una strategia complessiva a favore dei bambini e degli adolescenti l'approccio funzionale a ridurre la frammentazione e la precarietà di singoli progetti per costruire un sistema stabile e competente, volto a prevedere la compartecipazione dei giovani agli snodi decisionali che li riguardano sulle questioni sociali e di salute relative al contesto in cui vivono, nonché alla promozione del benessere fisico e relazionale, combattendo la sedentarietà, con l'incentivazione di stili di vita salutari e presidiando i pericoli delle diverse forme di dipendenza patologica. Fondamentale è il coinvolgimento e il supporto agli adulti (genitori ed educatori) nei processi di cura, facilitando lo scambio e l'auto-aiuto tra genitori e adulti di riferimento per condividere strategie educative sulle principali problematiche dell'adolescenza e favorire momenti formativi per gli insegnanti sulla relazione con gli adolescenti e gli obiettivi di salute.

Anche in una realtà territoriale piccola come la Valle d'Aosta, dove le reti familiari, amicali e sociali sono in grado, almeno in parte, di contenere le diverse situazioni di cittadinanza fragile, l'evoluzione della società rende evidente che queste reti sono insufficienti. In riferimento a ciò, il sistema di istruzione e formazione deve valorizzare e far crescere il capitale umano in un'ottica inclusiva e di consapevolezza del ruolo che l'individuo può giocare come cittadino; implementare fattori protettivi (*resilienza, life skills, empowerment*) e adozione di stili di vita sani; favorire l'intraprendenza come capacità di prendere in mano la propria vita e di agire sulla base di idee, progetti, opportunità offerte, per trasformarle in azioni e in valore per la collettività.

Con attenzione all'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute e sull'accesso ai servizi il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed operativo a partire dal 1° gennaio 2020) pone attenzione sia all'omogeneità geografica intra e interregionale, sia all'equità sociale, includendo una specifica sezione di indicatori (di equità, di bisogno e di contesto) per il monitoraggio di tali dimensioni. Il Sistema intende monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i flussi del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.

L'attenzione all'equità e al contrasto delle disuguaglianze è un tema cardine del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025. Monitorare la relazione fra le condizioni socio-economiche e la salute permette di individuare dove le disuguaglianze sono maggiori e, dunque, quali sono le aree di potenziale guadagno residuale di salute per la comunità.

IL CONTRASTO ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Anche il contrasto alle dipendenze patologiche deve inserirsi in un approccio più ampio e meno settoriale di quello fin qui assunto e ciò deve riguardare non solo la trasversalità dei setting di vita in cui le campagne di sensibilizzazione si realizzano, ma deve necessariamente riguardare un nuovo e più funzionale modello organizzativo integrato dei servizi stessi. È necessario potenziare il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche integrandolo con quello dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera e dell'integrazione socio sanitaria. In particolare è necessario pervenire a linee guida per la migliore integrazione tra il servizio dipendenze patologiche (SERD), il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento di prevenzione e il servizio di neuropsichiatria infantile, anche attraverso la rideterminazione degli standard e delle dotazioni di personale a oggi presente in questi punti strategici della rete dei servizi nel contrastare l'insorgere e il consolidarsi di forme di dipendenza e di devianza. È necessaria una costante analisi delle evoluzioni che il fenomeno delle dipendenze ha assunto in Valle d'Aosta e una manutenzione ragionata e conseguente dei dati per migliorare sistematicamente la qualità e l'appropriatezza dei trattamenti e garantire l'adeguatezza dei luoghi e dei percorsi terapeutici. Il presente Piano intende rappresentare l'occasione per evidenziare le criticità degli attuali percorsi di cura e per formulare soluzioni praticabili, soprattutto in presenza di quadri psicopatologici particolarmente complessi (ad esempio quelli riferibili alla contemporanea presenza di condotte di assunzione, trasgressive, antisociali e di disagio psichico indotto da sostanze).

Tra le attività a supporto della prevenzione assumono interesse specifico quelle relative alla comunicazione dei rischi in merito alle quali il presente Piano dedica una apposita sezione. Le campagne di sensibilizzazione, modulate in base al target di popolazione da raggiungere, possono costituire un valido strumento del quale avvalersi per veicolare le informazioni relative alle dipendenze patologiche in generale. È necessario veicolare un messaggio positivo, unitario e il più ampio possibile verso i giovani e verso la popolazione nel suo complesso e, fruendo degli attuali mezzi di comunicazione (in primo luogo il web particolarmente praticato tra i giovani) è possibile ottenere, a fronte di un onere contenuto, una diffusione capillare del messaggio. Alcol e fumo rappresentano ancora una forte criticità nella nostra regione e si incardinano in una cultura che deve essere sostituita da messaggi a tutela della salute da parte di tutti i soggetti presenti nella società civile.

Nell'ambito della prevenzione delle dipendenze patologiche è stata attuata una campagna pubblicitaria attuata in collaborazione tra l'Azienda USL e l'Assessorato competente mediante l'utilizzo di più mezzi di trasmissione (materiali informativi, spot radiofonici, comunicazione web e social, affissioni pubblicitarie, annunci stampa, conferenze), nonché una campagna di educazione al gioco. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è stato prorogato il Piano nazionale per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico (GAP), con relativo stanziamento di fondi da parte del Ministero della Salute, per l'impiego dei quali, l'Azienda USL, in collaborazione con l'Assessorato competente, ha già predisposto un piano regionale di aggiornamento delle attività da sottoporre all'approvazione del Ministero stesso. Nell'ambito di tale Piano, le azioni individuate coinvolgono più ambiti e più strutture: sanitarie, sociali, scolastiche nonché del Terzo settore.

Accanto allo scenario di uso di sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco), si profila la crescente diffusione delle dipendenze di natura comportamentale tra cui l'internet dipendenza e il *gaming disorder* problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano psicopatologico. È stato evidenziato come la dipendenza da internet, nelle sue varie forme, non solo provoca sintomi del tutto paragonabili a quelli indotti dalle sostanze stupefacenti (sviluppo di tolleranza e astinenza, cambiamenti comportamentali, modificazioni dell'umore), ma conduce persino alle medesime alterazioni cerebrali. In questo ambito occorrerà promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati tra il dipartimento di prevenzione, il SERD, gli ambiti sociali, le scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il Terzo settore, le associazioni di volontariato e, in attuazione degli indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute, consolidare la diffusione di buone prassi e di interventi *evidence-based* e di metodologie *peereducation* finalizzate al potenziamento delle abilità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza, coinvolgendo anche le famiglie e l'intera comunità scolastica.

Tra tutte le tipologie di dipendenza, quella dovuta al consumo e all'abuso di alcol caratterizza da sempre la nostra regione, la quale partecipa, da molti anni, ad uno studio di sorveglianza nazionale denominato HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) che studia la salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, stimando, tra gli altri, i comportamenti a rischio in adolescenza. Fra questi vi è sicuramente il monitoraggio del consumo di alcol occasionale e del fenomeno denominato *binge-drinking* (ricerca volontaria dello stato di ubriachezza).

Sulla base dei dati regionali è quindi indispensabile adottare politiche di promozione di stili di vita corretti, di prevenzione e di contrasto agli abusi, monitorando i consumi e identificando i fattori a essi associati; a tale riguardo, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025 declina un apposito Programma predefinito che si occupa del contrasto alle dipendenze patologiche, tra le quali quella considerata.

Saranno inoltre sviluppate, e portate a termine, numerose azioni di prevenzione delle diverse forme di dipendenza che coinvolgeranno la scuola, la sanità e la comunità. L'attenzione dei professionisti coinvolti si concentrerà anche sulla prevenzione selettiva al fine di ottenere una diagnosi precoce (soprattutto nell'età evolutiva) mediante il supporto educativo alle famiglie che presentino figli con disturbi comportamentali precoci e condizioni di vulnerabilità alla dipendenza.

Le azioni che saranno messe in campo con priorità riguardano: la redazione di protocolli interni, la prosecuzione della formazione nelle istituzioni scolastiche e la riapertura del servizio di alcologia presso il SERD. Fra le azioni successive e progressive nel tempo, che il Piano dispone vi sono:

- le campagne di prevenzione del SERD in merito all'abuso alcolico destinate alla popolazione nel suo complesso con l'obiettivo di incidere sulle componenti culturali del consumo di alcol e offrire maggiore trasparenza sulla fruizione dei servizi disponibili alla cura e alla riabilitazione. Potranno essere coinvolte in questa iniziativa anche altre strutture ospedaliere che si occupano, in particolare, di patologie alcol correlate;
- la formazione degli operatori e dei genitori da parte di educatori e psicologi dell'Azienda USL al fine di trasferire loro le competenze relative al precoce riconoscimento dei comportamenti a rischio specialmente nei più giovani. Tale formazione riguarderà anche gli operatori del Dipartimento di salute mentale, i medici di assistenza territoriale e tutti gli operatori coinvolti nel Programma sulla progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali;
- la creazione di sito web dedicato, ove sia possibile disporre di un contatto diretto, dinamico e interattivo con un'utenza particolarmente attratta dalla tecnologia web e incline all'uso di sostanze. Attraverso tale sito sarà possibile scaricare una *App (Youngle)* che permetterà ai giovani di comunicare direttamente con esperti della dipendenza.

IL SISTEMA REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Strategico per le attività di prevenzione fin qui esposte, supportate dalla valorizzazione dei dati epidemiologici esistenti, è il ruolo del Dipartimento di prevenzione, come anche nelle attività sia ordinarie sia in fase pandemica che riguardano la sorveglianza epidemiologica, attraverso un modello organizzativo che preveda il metodo programmatico e la verifica della qualità dei risultati, oltre che l'erogazione di prestazioni integrate e multidisciplinari, che possano, a medio-lungo termine, avere un impatto misurabile sui livelli di guadagno in salute della popolazione.

Come la situazione emergenziale dovuta alla pandemia da Covid 19 ha evidenziato, occorre decentrare alcune funzioni strategiche del Dipartimento di prevenzione e valorizzare maggiormente i servizi sul territorio ponendo, al contempo, maggiore attenzione all'analisi del contesto per poter conseguentemente progettare interventi mirati ed efficaci.

Il presente Piano intende pertanto sviluppare un modello di integrazione fra le funzioni del Distretto e quelle del Dipartimento di prevenzione per fornire prestazioni all'utenza a un adeguato livello di decentramento, considerando gli ambiti distrettuali come aree di erogazione, favorendone così maggiormente l'accessibilità. Funzionale e strategico a tal fine è sia il ruolo svolto dal direttore di Distretto nella sua interazione funzionale con il Dipartimento di prevenzione, sia il ruolo dei medici dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta nelle attività di *counselling* ed educazione degli assistiti, in tema di prevenzione.

I Dipartimenti di prevenzione, nella fase successiva al confinamento indotto dalla pandemia, sono stati riconosciuti come elementi chiave nel controllo della stessa. Il Dipartimento di prevenzione

dell'Azienda USL, attraverso la struttura di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), è stato fondamentale per la sorveglianza delle nuove infezioni e l'interruzione della catena di trasmissione del virus e ciò anche in virtù dell'assegnazione di risorse suppletive afferenti ad altri ambiti del Dipartimento stesso e dell'Azienda USL. Solo in questo modo è stato possibile assolvere alle attività necessarie per la gestione pandemica come: il *contact tracing*, le indagini epidemiologiche, la sorveglianza sanitaria per i casi positivi e per i loro contatti, l'informazione costante ai cittadini, la richiesta di tamponi, la gestione della piattaforma informatica per la raccolta dei dati, la comunicazione con i medici di medicina generale e con le amministrazioni locali, la gestione delle segnalazioni.

La seconda fase della pandemia ha reso tuttavia evidente l'inadeguatezza delle soluzioni estemporanee e ha posto in evidenza la necessità di un sistema organizzato e qualificato di risorse professionali stabili e di strumenti adeguati, quali ad esempio un sistema informatizzato con piattaforme intercomunicanti, a svolgere le funzioni richieste. A ciò si aggiunga che lo stato di emergenza pandemica ha interrotto forzatamente molte attività di prevenzione e promozione della salute, con ripercussioni future sulla salute stessa delle persone e sulle relative disuguaglianze.

Il Piano dispone che sia attivata, prioritariamente, una valutazione complessiva sulle risorse umane, organizzative e tecnologiche del Dipartimento necessaria non solo per garantire al sistema regionale della prevenzione la ripresa delle attività e dei progetti precedentemente sospesi, ma soprattutto per affrontare e gestire stabilmente le attività istituzionali anche in concomitanza con eventuali ulteriori emergenze, così da evitare che un modello organizzativo inadeguato alle sfide in corso generi effetti indesiderati sullo stato di salute, in particolare quella della popolazione più fragile.

Conseguentemente, il Piano dispone di potenziare il Dipartimento di prevenzione per affrontare le emergenze in modo strutturato e organico, assegnando la priorità:

- alla definizione condivisa, tra tutti gli attori di un sistema regionale per l'emergenza, di un Piano straordinario per la gestione delle emergenze pandemiche che individui le responsabilità dei diversi soggetti coinvolti, le forme di coordinamento tra di essi, le risorse in reclutamento straordinario da formare preventivamente e rendere prontamente disponibili, le modalità e la periodicità di percorsi formativi ed esercitazioni pratiche periodiche a simulazione dell'emergenza epidemiologica;
- alla dotazione tecnologica necessaria per disporre di un sistema gestionale informatizzato e integrato e poter condividere le informazioni e attivare una rapida comunicazione tra figure professionali e contesti diversi;
- alla disponibilità di personale in numero sufficiente e adeguatamente formato.

Nell'ambito, infine, della preparazione dei sistemi emergenziali, con Accordo in Conferenza Stato-Regioni il 25 gennaio 2021 è stato approvato il documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)". Il piano è sia un documento di riferimento per la preparazione che una guida per il processo decisionale nelle varie fasi della pandemia influenzale. Il piano Pandemico influenzale identifica, per diverse dimensioni operative, le azioni chiave per i prossimi tre anni. Il documento definisce i ruoli e le responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale nella preparazione e risposta ad una pandemia influenzale nel contesto della risposta dell'insieme degli organi e delle istituzioni del Governo Nazionale nell'ambito dello stato di emergenza nazionale che un tale evento determinerebbe ai sensi del decreto Legislativo n. 1 del 2

gennaio 2018. Tale Piano è stato recepito con deliberazione della Giunta regionale n.240 del 7 marzo 2021 la quale ha anche approvato il Piano regionale strategico-operativo per gli anni 20/21 - 20/23 di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.

MITIGARE GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA

Come rilevato ed evidenziato nell'analisi di contesto, la Valle d'Aosta è stata pesantemente colpita dalla pandemia da Sars Cov2, che ha provocato effetti diretti e indiretti, questi ultimi con conseguenze diverse in diversi gruppi di popolazione. Mentre è fondamentale costruire un gruppo all'interno del Dipartimento di Prevenzione capace di risposte rapide ed efficaci alle malattie infettive, il presente Piano ritiene parimenti importante mettere in atto azioni urgenti e puntuali per prevenire danni, anche gravi, su gruppi fragili di popolazione. Ne sono un esempio i bambini della scuola d'infanzia, privati della socialità in presenza e quelli della scuola primaria costretti alla didattica a distanza per lunghi periodi. È stato dimostrato, infatti, che il *lockdown* ha provocato ritardi nella capacità di apprendimento di questi bambini che devono essere recuperati prioritariamente e in tempi brevi.

Pertanto, a causa degli effetti inattesi della pandemia su diversi gruppi di popolazione, oltre al Piano regionale della prevenzione, è necessario selezionare alcune ben circoscritte priorità di intervento post-emergenza sull'impatto negativo della pandemia e programmare interventi mirati e di durata definita.

La situazione pandemica, come già detto, ha ulteriormente aggravato le situazioni di difficoltà sociale giovanile. I dati recenti confermano, infatti, un aumento di disturbi ansioso-depressivi con un incremento di casi in età pre-adolescenziale. Aumentano, infatti, gli alunni certificati con diagnosi riconducibili all'area dei disturbi ansioso-depressivi, con numeri particolarmente importanti degli alunni di scuole secondarie di primo e secondo grado negli anni scolastici 2019-2020 e 2020-2021, anni di fatto colpiti dall'emergenza sanitaria che hanno costretto i ragazzi a lunghi periodi di didattica a distanza e di isolamento sociale.

In tale ambito il presente Piano prevede una sinergia operativa con l'Azienda USL, la Struttura di neuropsichiatria infantile e la Struttura di psicologia, sul tema del disagio psicologico, in particolare in età preadolescenziale e adolescenziale, alla luce, da un lato, del numero di certificazioni afferenti ai disturbi ansioso-depressivi, ai sensi della Legge n.104/92, progressivamente in aumento nel corso degli anni, e dall'altro lato, delle richieste di accesso e presa in carico da parte dalle strutture preposte in integrazione tra i diversi ambiti di intervento.

LA COMUNICAZIONE DEI RISCHI E L'EMPOWERMENT

La linea culturale che da alcuni anni si basa sulla negazione pseudoscientifica del valore della vaccinazione sta colpendo in modo crescente, attraverso il *web* e i *social network* in particolare, oltre che le vaccinazioni dei bambini, anche le vaccinazioni per gli adulti e gli anziani. Al pari, l'adesione

regionale agli screening oncologici, seppure più elevata che in altri contesti regionali, sta registrando una flessione rispetto ai primi anni di offerta dei programmi.

Con il termine *empowerment* viene indicato un processo di crescita, sia dell'individuo, sia della comunità, basato sull'incremento delle conoscenze certificate, della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione al fine di fare emergere risorse latenti e portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale attraverso l'acquisizione di strumenti e conoscenze validate. Ciò comporta la predisposizione di opportuni piani di comunicazione e di conoscenza dei rischi potenziali e dei livelli di responsabilità individuale a questi collegata da parte di ogni persona nel proteggere la propria salute e contrastare le patologie. Un investimento sulle conoscenze e sui comportamenti responsabili che risulta essere tanto più efficace quanto più si differenziano le modalità della comunicazione e il linguaggio in relazione ai sottogruppi di popolazione destinatari della comunicazione stessa. È quindi importante orientare la comunicazione in tema di vaccinazioni, per rafforzare la scelta consapevole dei cittadini in materia e incrementare la diffusione della cultura della vaccinazione nei soggetti maggiormente a rischio e contrastare la frequente insufficiente percezione del rischio e le conseguenze della non vaccinazione. La medesima consapevolezza va estesa alla popolazione obiettivo dei programmi di prevenzione secondaria, attraverso un rinnovato piano della comunicazione dell'offerta degli screening oncologici, in particolare di quelli femminili, che hanno dimostrato di produrre importanti riduzioni nella mortalità specifica per i tumori a essi collegati.

La comunicazione, oltre che dai soggetti preposti, di cui il principale è il Dipartimento di prevenzione, può e deve essere esercitata anche dagli Enti territoriali e dagli operatori sanitari di prossimità per il cittadino. I primi, essendo spesso l'istituzione più a contatto con i propri residenti, attraverso varie forme di aggregazione e forme di assistenza sociale possono, attraverso queste, veicolare messaggi funzionali al mantenimento di una buona salute, specie nella popolazione anziana. I secondi, costituiti principalmente dai medici di assistenza primaria e dai pediatri di libera scelta, attraverso il loro ruolo di prossimità verso le persone più vulnerabili e a rischio devono poter esercitare una comunicazione efficace e in forma esperta, orientata a un modello che pone lo stile di vita al centro dell'attenzione.

Per ultimo, un'azione importante nella comunicazione può essere svolta anche dai soggetti del Terzo settore come le associazioni di cittadini e dei portatori di interesse che, presenti spesso in occasione di iniziative di aggregazione sociale, contribuiscono a una informazione qualificata e tra pari. Stante quindi il fatto che la prevenzione non raggiunge standard di efficacia senza un'accurata promozione della salute, occorre avviare, con la collaborazione delle associazioni dei cittadini, un piano della comunicazione che permetta a ciascuna persona, in relazione all'età, alla condizione economica e sociale, di acquisire gli strumenti conoscitivi essenziali a comprendere l'importanza dei corretti stili di vita, di un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni, di un rapporto con il medico di assistenza primaria e con il pediatra di libera scelta di tipo fiduciario.

La promozione della salute deve essere perseguita secondo l'approccio intersettoriale e trasversale del Programma strategico nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), che mira a contrastare i quattro principali fattori di rischio modificabili delle malattie croniche (alimentazione scorretta, sedentarietà, tabagismo, consumo rischioso e dannoso di alcol), principali

causa di morbosità e mortalità, e a promuovere la salute, attraverso l’empowerment degli individui e la modifica dei contesti di vita e di lavoro delle persone, favorendo le attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l’attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, come previsto anche dai “nuovi” Livelli essenziali assistenza (DPCM 12 gennaio 2017).

Allo stesso modo, occorre avviare un piano della comunicazione rivolto anche agli operatori a vario titolo impegnati nel prescrivere e nell’erogare prestazioni e servizi affinché tutto il percorso, dal bisogno riconosciuto, manifestato e soddisfatto, si elevi alla massima appropriatezza ed efficacia possibile. Anche in ambito sociale la prevenzione deve porsi a contrasto delle fragilità e delle disuguaglianze intercettandole prima che queste diventino condizioni permanenti di disagio e di isolamento. Dal rafforzamento e dalla promozione delle reti sociali deve essere attivato, anche in questo caso, il modello definito “sociale di iniziativa”. Poiché si tratta di interventi che, in termini di prevenzione, afferiscono anche ad ambiti diversi da quello sanitario e sociale, occorre avviare iniziative congiunte e coerenti alle politiche per l’istruzione (che contrastino l’abbandono scolastico), alle politiche del lavoro (che facilitino la conciliazione dei tempi di vita, inclusa l’assistenza e la cura, e il lavoro).

OBIETTIVI

- MA 1.1 Riorganizzare e riqualificare il modello organizzativo e funzionale del Dipartimento di Prevenzione al fine di promuovere la salute, rimuovere le cause di malattia di origine ambientale, umana e animale attraverso iniziative coordinate con il Distretto e i Dipartimenti dell’Azienda USL, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline
- MA 1.2 Presidiare il Piano di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale e di altra origine, garantendo uno stretto raccordo tra le autorità sanitarie locali e regionali
- MA 1.3 Avviare azioni di prevenzione mirata a mitigare gli effetti causati dall’emergenzapandemia da Covid 19 in tutte le fasi della vita e nei diversi ambienti di vita
- MA 1.4 Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza (*Health literacy*) e la competenza in salute della popolazione (*Empowerment*), attraverso un modello sanitario basato sull’integrazione di discipline diverse (*One health*)

- MA 1.5 Introdurre il criterio dell’equità (territoriale, culturale, sociale, di genere, di età) nell’organizzazione e nella valutazione di tutti i servizi, anche integrati, per contrastare le disuguaglianze presenti
- MA 1.6 Istituire una Rete regionale per l’epidemiologia, a più livelli, e integrata in una Rete nazionale di collaborazioni scientifiche
- MA 1.7 Promuovere le necessarie sinergie tra i soggetti preposti alla gestione delle problematiche ambientali ai fini della tutela della salute delle persone
- MA 1.8 Potenziare le forme di collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione e l’Arpa VdA a beneficio dei programmi di salute pubblica, anche attraverso lo sviluppo di attività di ricerca finalizzata
- MA 1.9 Avviare programmi di prevenzione interdisciplinari che consentano, in particolare nella cronicità e nella fragilità, la transizione a un modello integrato tra tutti gli ambiti coinvolti, incluso quello sociale
- MA 1.10 Ridurre l’incidenza di patologie croniche attraverso lo sviluppo del Piano cronicità con azioni e strategie preventive sulla popolazione presunta sana, ma portatrice di rischio, come anche sulla popolazione già portatrice di cronicità, attraverso il miglioramento degli stili di vita e l’osservanza dell’aderenza terapeutica
- MA 1.11 Contrastare, attraverso interventi intersettoriali e diversificati, l’invecchiamento precoce negli anziani per promuoverne uno stato di buona salute come prerequisito per un invecchiamento attivo e partecipe alla vita sociale
- MA 1.12 Promuovere la cultura della sicurezza in ogni ambito e situazione di vita (casa, lavoro, strada, ambiente naturale ecc..) e per ogni età, con un investimento particolare sulle giovani generazioni e negli ambienti di lavoro a maggiore rischio di infortunio e malattia professionale
- MA 1.13 Contrastare e ridurre il fenomeno delle dipendenze patologiche in ogni loro forma e in ogni sottogruppo di popolazione attraverso azioni efficaci, l’appropriatezza dei trattamenti e l’adeguatezza dei percorsi di cura
- MA 1.14 Mantenere elevata (> o = 95%) la copertura vaccinale in età pediatrica e l’adesione (> o = 75%) della popolazione target alle campagne di screening oncologico, anche attraverso soluzioni organizzative diverse dalle attuali e agendo su tutti gli attori coinvolti

- MA 1.15 Tutelare i livelli igienico sanitari degli alimenti e degli allevamenti in essere rafforzando le reti di epidemio-sorveglianza del sistema pubblico
- MA 1.16 Avviare un percorso di implementazione e sviluppo nell'ambito della sanità veterinaria introducendo innovazioni sia nelle figure professionali preposte sia nei sistemi di classificazione degli allevamenti monitorando il sistema informativo *Classy farm* introdotto a livello nazionale
- MA 1.17 Implementare le attività volte a contrastare il consumo crescente di antimicrobici in medicina e nell'allevamento zootecnico attraverso l'utilizzo del sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari della ricetta elettronica veterinaria
- MA 1.18 Garantire la prevenzione e il controllo della filiera dei fitosanitari in agricoltura e dei loro residui sugli alimenti, attraverso un coordinamento tra agricoltura, sanità e ambiente

MACRO AREA 2

UNA NUOVA RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI COME RISPOSTA INTEGRATA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE DEI CITTADINI

La pandemia da Sars Cov 2 ha mostrato quanto un'assistenza territoriale bene organizzata possa migliorare gli esiti della malattia e impedire al servizio sanitario ospedaliero il congestionamento e il sovraccarico assistenziale. Dopo anni di attenzioni rivolte all'ospedale in un modello di offerta sanitaria che per molti versi è rimasto "ospedale-centrico", la vera urgenza per i servizi sanitari del futuro è il potenziamento dell'area territoriale. Migliorare l'organizzazione e la governance dei servizi e dotare l'assistenza territoriale di adeguate risorse professionali e tecnologiche, non solo rende il modello organizzativo dell'offerta dei servizi qualificato e sostenibile, ma migliora nel tempo l'efficacia e l'efficienza e, di conseguenza, gli esiti di salute di tutta la comunità.

L'analisi del contesto ha evidenziato una spesa sanitaria pubblica pro capite maggiore rispetto ad altre regioni, alla quale non sempre corrispondono, però, degli esiti di salute attesi. Alcuni indicatori specifici sugli esiti di salute per alcune patologie, e quelli sulla funzionalità ospedaliera più in generale, evidenziano delle criticità nella presa in carico, da parte dei servizi territoriali, di alcune patologie croniche e nella salute mentale, mostrando un eccesso di ospedalizzazioni, alcune potenzialmente inappropriate e, soprattutto, problemi nella continuità di cure tra ospedale e territorio, oggi troppo spesso autoreferenziali ai rispettivi assetti organizzativi e funzionali e poco incentrati sul paziente. Analogamente, il fenomeno delle liste di attesa documenta come, ferma restando la carenza di medici in alcune specialità cliniche, sia necessario rendere più funzionale ed efficiente sia il modello attuale di offerta organizzata in relazione al bisogno, sia l'appropriatezza delle prestazioni, fruendo anche delle tecnologie di cui la pandemia ha mostrato la piena fattibilità. Un modello organizzativo frammentato produce alti costi, deboli risultati di salute e perdita di professionalità negli operatori che, oggi, non sono sufficientemente coinvolti nella gestione dei percorsi clinico assistenziali.

Il presente Piano intende ridefinire e riqualificare la *governance* dell'assistenza sanitaria territoriale potenziando il ruolo dei Distretti e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche in essi presenti, attraverso: il potenziamento del ruolo dei distretti in funzione non solo erogativa, ma anche integrativa, funzionale e di coordinamento del fabbisogno territoriale e della capacità di resilienza nelle emergenze, l'adeguamento nella dotazione delle risorse agli standard di qualità e sicurezza e la valorizzazione dei medici che operano sul territorio, oltre che l'evoluzione degli attuali poliambulatori distrettuali in punti di accesso sanitari e sociali avanzati quali le Case della Comunità.

A partire dalle forme previste dalla Legge n.189/2012 (più nota come decreto Balduzzi) delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), il Piano organizza e qualifica la sua offerta dei servizi secondo i principi della complessità clinica e della prossimità al cittadino attraverso:

- la creazione di strutture sanitarie residenziali territoriali (Strutture di Cure Intermedie, Ospedale di Comunità, RSA nell'accezione di cui alla normativa nazionale ...) quali strutture di ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a intensità clinica variabile e che svolgono una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero;
- l'integrazione funzionale di figure professionali diverse, sanitarie e sociali, per migliorare l'accessibilità e la risposta unitaria al bisogno del singolo cittadino;

- l'evoluzione dell'assistenza domiciliare verso un modello di cura domiciliare integrata, la quale, superando la logica "prestazionale" (quale sommatoria di interventi), progredisca verso l'intervento integrato, trasversale, coordinato e organizzato per obiettivi, anche con il ricorso a soluzioni tecnologiche innovative;
- la garanzia di qualità e appropriatezza rispetto al bisogno secondo il principio della medicina di iniziativa e sulla base di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi, il PAI (Piano di assistenza individuale) e il PRIS (Progetto Individuale di Salute).

UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE

A partire da un'analisi che definisca i reali fabbisogni assistenziali della popolazione valdostana per ciascun ambito distrettuale, occorre sviluppare un sistema regionale di offerta in termini di personale, strutture sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali che risponda in modo efficace ed efficiente alle esigenze dei cittadini, tenendo debitamente conto degli aspetti di prossimità territoriale e di domiciliarità delle cure, incentrate sulla persona, anche attraverso forme innovative come la telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria e teleassistenza).

L'obiettivo è di realizzare un sistema territoriale che, attraverso l'utilizzo di una serie di strumenti organizzativi (Centrale Operativa Territoriale COT, soluzioni ICT (*Information and Communication Technology*), numero unico 116/117, ecc.) e la costituzione di team multi-professionali territoriali, garantisca accessibilità e qualità ai servizi sul territorio. Alla persona in stato di bisogno deve essere assicurata la risposta più appropriata rispetto al suo bisogno di salute, sia in termini di setting assistenziale, sia di luogo di cura, dove "l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi".

L'emergenza pandemica ha messo invece in risalto, in gran parte del Paese, la fragilità del territorio e della sua integrazione con la rete ospedaliera; l'esigenza di riorganizzazione dell'assistenza territoriale si pone quindi come obiettivo la costruzione di un modello organizzativo regionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

Un obiettivo di rilievo del presente Piano consiste pertanto nel trasformare le criticità emerse nel corso della pandemia da Sars Cov 2 in direttrici di cambiamento e occasioni di sviluppo dell'attuale modello organizzativo e funzionale dell'assistenza territoriale regionale in modo da garantire la risposta appropriata, nella sede adeguata, entro un tempo coerente con quello della valutazione clinica per ogni tipologia di bisogno sanitario, socio sanitario e socio assistenziale, nelle fasi della prevenzione e della cura, nel post-acuzie e nella cronicità ponendo al centro la persona e non l'autoreferenzialità dei servizi e degli operatori.

Il sistema territoriale, che ha sicuramente bisogno di più risorse per affrontare le sfide che ci attendono, ha, parimenti, bisogno di un profondo processo di riforma, di rilancio e di riqualificazione.

L'insegnamento che ci deriva dalla pandemia indica tre assi di cambiamento, che assumono priorità assoluta:

- la distrettualizzazione, con le nuove forme aggregative e funzionali dei medici convenzionati e con strutture differenziate per intensità di cura;
- un nuovo rapporto con la medicina in convenzione;
- l'implementazione e la diffusione della telemedicina per favorire la domiciliarità delle cure e gestire la cronicità nei soggetti più fragili.

Per essere efficace il servizio sanitario deve, però, essere capace di gestire lo stato di salute della popolazione nel suo complesso e non solamente di quella parte che si rivolge ai servizi in condizione di bisogno. Questo principio modifica l'assunto in base al quale il modello organizzativo e funzionale è progettato principalmente per fornire una risposta ad una richiesta esplicita e lo pone, invece, nella fase pro attiva che precede l'emergere di un bisogno e la conseguente consapevolezza nel suo portatore e favorisce il mantenimento della salute e ne contrasta il suo deterioramento. È l'approccio che si intende diffondere con la medicina di iniziativa.

In questi ultimi anni la rete dei servizi territoriali si è evoluta rispondendo a bisogni specifici con il frequente risultato di una "frammentazione" eccessiva dei servizi e delle procedure. Si tratta ora di "ricomporre", integrando funzionalmente ed organizzativamente le buone prassi esistenti, sviluppando modalità e strumenti atti a favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita in relazione alle diverse tipologie di bisogno, passando, quindi, da una logica "prestazionale" a una presa in carico/cura integrale e multidisciplinare per obiettivi di salute e di benessere sociale.

IL DISTRETTO

Il Distretto socio sanitario rappresenta, fin dalla legge istitutiva, l'ambito territoriale ottimale dove assicurare l'assistenza territoriale integrata, in tutte le sue componenti. Nonostante a livello nazionale venga indicato un bacino di utenza ottimale della popolazione servita di circa 100.000 abitanti, per la Valle d'Aosta, con poco più di 123.000 assistiti, una morfologia del territorio a carattere montano e a accessibilità e mobilità conseguenti, è ragionevole qualificare la dotazione territoriale con 2 Distretti socio sanitari e socio assistenziali:

- D1 comprensivo dell'attuale distretto 1 (Alta Valle) e del distretto 2 (Aosta e cintura);
- D2 comprensivo dell'attuale distretto 3 (Media Valle) e del distretto 4 (Bassa Valle).

Il primo è caratterizzato da una popolazione tra le più giovani, quella dell'Alta Valle e, congiuntamente, anche da quella tra le più anziane, residente nella zona del capoluogo e della sua cintura, attratta dalla maggiore presenza di reti e servizi. Il secondo distretto è caratterizzato invece maggiormente dalla necessità di un potenziamento dell'attuale offerta di servizi e prestazioni, al fine di contrastare il disagio dei residenti nei comuni limitrofi al confine con il Piemonte che spesso preferiscono rivolgersi fuori regione per una quota di prestazioni che, in termini di mobilità sanitaria passiva, sono valutate come evitabili, in quanto ordinarie, non complesse e non sottoposte, ad oggi, ad uno specifico accordo di confine tra le due regioni.

Il Distretto, tuttavia, non deve essere inteso unicamente, o prevalentemente, come articolazione territoriale dei servizi dell'Azienda USL, ma deve corrispondere alla sua accezione funzionale comunitaria e plurale più ampia, comprendendo quindi anche il ruolo degli Enti Locali, i servizi e le relative funzioni di assistenza sociale, socio sanitaria e socio assistenziale, compreso quello della sussidiarietà organizzata e del Terzo settore. Il quadro attuale mostra, invece, una elevata frammentarietà di procedure ed interventi, con significativi elementi di criticità nella funzione di integrazione e di coordinamento funzionale rispetto al bisogno. È importante completare l'integrazione tra la programmazione degli interventi previsti nell'ambito del Piano di Assistenza Territoriale (PAT) e la programmazione del Piano di Zona, quale strumento di garanzia dell'articolazione territoriale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, anche in un'ottica di razionalizzazione ed efficientamento delle misure.

Con attenzione al profilo istituzionale, al Distretto devono quindi afferire gli ambiti di intervento dei diversi attori della rete territoriale (funzioni associate dei Comuni, Servizi sociali, Enti gestori di servizi territoriali, Privati, Privato sociale, articolazioni territoriali dell'Azienda USL) per rendere possibile una vera integrazione delle politiche e dei servizi. Per far ciò, il Distretto non deve assolvere solo al ruolo di erogatore di servizi e prestazioni ma deve includere anche un altro ruolo, più organizzativo, gestionale e di coordinamento, che preveda la valutazione del fabbisogno di prestazioni e la necessaria risposta organizzata, anche multifunzionale, sia di tipo ambulatoriale che residenziale.

Per rendere concreto il potenziamento del ruolo del Distretto è necessaria l'effettiva consistenza del principio della responsabilità economico-finanziaria, già previsto dalla normativa nazionale, che ricomponga, in un unico portafoglio, le diverse risorse che contribuiscono al finanziamento del welfare locale e che veda nel Piano di Assistenza Territoriale (PAT) la natura dell'accordo tra Direttore di Distretto e Direzione strategica aziendale sugli obiettivi di salute e di servizio da conseguire a fronte di risorse finanziarie determinate. Questo disegno presuppone il rafforzamento e il potenziamento dell'autonomia territoriale distrettuale, attraverso un sistema di governance che coinvolga la responsabilità congiunta dell'Azienda USL e degli Enti locali nella programmazione delle attività sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali e sociali che sono molto legate ai bisogni e alla specificità dei sub ambiti regionali.

Il Distretto rappresenta anche l'ambito ideale per favorire l'allargamento della sussidiarietà, in particolare quella definita "orizzontale", che prevede il coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni; la sussidiarietà, infatti, per svilupparsi richiede forme di governo e di gestione dei servizi "prossimi" ai luoghi di vita delle persone, solo in questo modo le comunità locali sono più disponibili a costituirsi parte attiva e ad esercitare forme di controllo sociale come i percorsi già avviati nel progetto Agenas, in ambito ospedaliero, di umanizzazione del ricovero, e che ora potranno rivolgersi con analoga metodologia, all'umanizzazione delle altre strutture residenziali non ospedaliere.

In linea con quanto previsto all'art. 3-quinquies del decreto legislativo n.502/92, il Distretto è quindi l'ambito in cui trova risposta organizzata il bisogno:

- di assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento tra medici di assistenza primaria (MAP), pediatri di libera scelta (PLS), servizi di guardia medica notturna e festiva (MCA);

- di coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere accreditate;
- di prestazioni specialistiche ambulatoriali, protesiche e riabilitative;
- di gestione multiprofessionale della cronicità attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi (PDTA), Piano di assistenza individuale (PAI) e Progetti individuali di Salute (PRIS);
- di cure infermieristiche di comunità;
- di assistenza sociale anche in forma integrata;
- di prestazioni diagnostiche, di laboratorio e strumentali, erogate da strutture pubbliche e private convenzionate;
- di farmacie dei servizi;
- di cure domiciliari integrate (CDI);
- di telemedicina;
- di terapia del dolore e cure palliative ex Legge n.38/2010;
- di hospice;
- di servizi consultoriali materno infantili, dell'età evolutiva, della donna e della famiglia;
- di cure termali e di dialisi;
- di cure e servizi per disabili e anziani;
- di cure e servizi per la salute mentale, in forma residenziale e diurna;
- di prestazioni rese dal Servizio dipendenze patologiche (SERD);
- di assistenza a bordo pista di sci con i Centri traumatologici;
- di servizi resi dalla rete di Emergenza Urgenza, inclusi i Volontari del soccorso.

La missione fondamentale del Distretto, a fronte di una crescente quota di pazienti cronici e socialmente fragili, dovrà essere quella di assicurare una assistenza caratterizzata da due dimensioni fondamentali:

- la prossimità;
- la continuità.

La prossimità delle cure (a cominciare da quelle domiciliari) è la strutturazione di risposte il più possibile vicine ai luoghi di vita delle persone, in modo da semplificarne la fruizione e rendere la comunità (o l'eventuale *caregiver*) più partecipe e pro attivo rispetto al suo stesso bisogno.

La continuità dell'assistenza presuppone il coordinamento funzionale degli interventi nello spazio e nel tempo, a garanzia della tenuta dei passaggi tra differenti ambiti, di riduzione della frammentarietà, della costruzione di relazioni fiduciali, in modo tale da non avere interruzioni o cambiamenti ingiustificati nei trattamenti e nei professionisti che assistono.

Un ulteriore elemento di attenzione nella riorganizzazione funzionale dell'area territoriale è la sempre maggiore complessità dei casi a causa dell'interazione tra fragilità sociale e sanitaria. L'aspetto cruciale, da cui dipende l'efficacia dell'assistenza territoriale, risiede proprio nella capacità di garantire un coordinamento, principalmente di natura non gerarchica, dei professionisti per offrire alla popolazione una valutazione e una risposta, il più possibile pro attiva, coerente con la complessità dei bisogni, attivando tutte le risorse disponibili a livello locale, in primis dei singoli pazienti e *caregiver*, dei singoli cittadini, nonché dell'intera comunità.

Riportando a unitarietà i processi di programmazione, di governo e di gestione territoriale, dovranno essere assicurate anche le politiche intersettoriali (sanità, sociale, lavoro, ambiente, mobilità, istruzione, ecc.), in modo da rendere più efficienti ed efficaci gli interventi che impattano sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute della popolazione e realizzare l'integrazione tra salute, ambiente e clima, dando vita a nuovi progetti e collaborazioni tra Enti e Istituti diversi.

Il Distretto deve quindi assumere una funzione di garanzia verso il cittadino e di committenza verso le strutture di produzione locale, territoriale e ospedaliera, perché:

- è il soggetto che, con la Direzione generale dell'Azienda USL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio;
- è il luogo nel quale si agisce e consolida l'integrazione socio sanitaria e socio assistenziale nella pianificazione locale, nella programmazione dei servizi, della spesa socio sanitaria, della gestione contrattuale dei soggetti erogatori di servizi e delle verifiche di appropriatezza e di qualità;
- è il soggetto che monitora l'accesso ai servizi degli utenti per garantire equità a tutti i cittadini in relazione al bisogno e quello mancato di pazienti eleggibili a programmi aziendali non reclutati o non compliant ai percorsi per patologia programmati e, quindi, necessitanti di ulteriori interventi;
- è il soggetto organizzativo che tratta le criticità che emergono nella relazione tra servizi, che diventano indicatori indiretti del clima aziendale, tra servizi e cittadini e che analizza i risultati della customer satisfaction;
- è il soggetto organizzativo che mantiene alta la tensione aziendale centrale verso lo sviluppo del sistema di tutela dei diritti eleggibili, dell'equità e dell'accessibilità dei servizi.

Di conseguenza, ogni Direttore di Distretto si qualifica in quanto garante e responsabile della risposta integrata alle specifiche esigenze di salute e di benessere sociale del cittadino residente e della comunità locale, della disponibilità di risorse e degli strumenti e delle competenze professionali necessarie alla risposta organizzata. La funzione di garanzia attiene quindi:

- alla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e alle variazioni di trend;
- alla valutazione delle priorità d'azione e alla sostenibilità delle scelte;
- all'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta ai dipartimenti ospedalieri e territoriali;
- alla verifica dei risultati tramite un sistema di indicatori condivisi.

DAI POLIAMBULATORI ALLE CASE DELLA COMUNITÀ

Il Piano prevede una progressiva evoluzione degli attuali Poliambulatori distrettuali in Case della Comunità in base al principio, già espresso, della necessaria ricomposizione dell'attuale frammentarietà dei servizi e degli interventi e del riconoscimento del bisogno di unitarietà di risposta per il cittadino che deve poter avere luoghi fisici riconoscibili, facilmente raggiungibili, in cui trovare risposta appropriata a bisogni di natura diversa.

La Casa della Comunità è un presidio del Distretto.

Il coordinamento è sia di tipo organizzativo, sia di natura clinico assistenziale ed è affidato a un responsabile organizzativo (medico o infermiere avente elevate competenze gestionali organizzative).

La denominazione di "Casa" rimanda alla familiarità, alla prossimità e alla semplicità di accesso, mentre la qualificazione che la attribuisce alla "Comunità" rimanda a un concetto identitario di appartenenza più ampio di quello tipicamente assunto, in termini prevalentemente sanitari, dagli attuali Poliambulatori. Le Case della Comunità sono, infatti, luoghi a cui progressivamente attribuire funzioni non solo erogative in termini sanitari, ma anche di partecipazione e valorizzazione del capitale umano nei percorsi di cura e in cui sviluppare l'empowerment di comunità secondo il principio della medicina di iniziativa. Sono quindi luoghi in cui promuovere il lavoro sanitario e sociale tra operatori, cittadini (e loro rappresentanze) e Terzo settore. Sono luoghi promotori di un modello integrato e multidisciplinare di intervento, una nuova modalità di lavoro, e sedi privilegiate per la predisposizione di interventi di integrazione socio sanitaria e socio assistenziale.

La normativa in ambito sanitario (Legge n.189/2012; Patto per la salute e decreto legge n.34/2020 cd decreto Rilancio e, in ultimo, il Piano nazionale di ripresa e resilienza, appena approvato), affida alle Regioni il compito di definire l'organizzazione dei servizi di assistenza territoriale promuovendo lo sviluppo di un modello multi professionale e interdisciplinare.

La Casa della Comunità deve infatti essere una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e in cui prestano altresì servizio assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforza il ruolo dei servizi sociali territoriali favorendo una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

A seguito di ciò, il Piano dispone che ciascun Distretto conformi l'attuale offerta al modello organizzativo e funzionale di 2 Case della Comunità, di cui almeno una ad alta Complessità.

Le Case a media complessità svolgono il loro servizio H12, mentre le Case ad alta complessità svolgono, attraverso la presenza dei Medici di continuità assistenziale, un servizio H24.

A determinare il livello di complessità assistenziale della Casa della Comunità è inoltre la quantità e qualità (complessità) di programmi, percorsi assistenziali integrati ed *équipe* multi professionali e interdisciplinari coinvolte, in particolare nella gestione della cronicità e multi cronicità. Quanto più complessa è l'assistenza quanto più alto deve essere il livello di coordinamento e di collaborazione tra Azienda USL, Enti Locali, servizi e professionisti diversi (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale, dipendenze patologiche, assistenza ospedaliera, hospice, servizi sociali, ecc.).

Nella Case della Comunità a media/alta complessità assistenziale viene garantito l'accesso 7/7 (7 giorni su 7) alle seguenti funzioni:

- accoglienza e orientamento (punto informativo);
- amministrative (Centro Unico di Prenotazione);
- valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale e sportello sociale);
- assistenza del medico di medicina generale;
- assistenza del pediatra di libera scelta;
- di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici e distribuzione farmaci);
- prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni e screening);

- ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio di continuità dell'assistenza;
- assistenza consultoriale a favore della donna, dell'infanzia, delle giovani generazioni e delle famiglie;
- assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche;
- centro per i disturbi cognitivi e le demenze;
- assistenza specialistica;
- diagnostica strumentale ecografica e radiologica;
- eventuale piccola chirurgia ambulatoriale;
- recupero e rieducazione funzionale;
- cure domiciliari integrate e rete delle cure palliative.

L'inclusione dei medici di continuità assistenziale amplia la garanzia di accesso H24 per le Case di Comunità ad alta complessità e favorisce la soluzione alla contingente difficoltà nel reperimento di queste risorse umane. I professionisti afferenti alla continuità assistenziale organizzano e/o partecipano ad attività di promozione della salute individuale e collettiva.

Alle Case della Comunità a media e alta complessità si affiancano, in un modello simile a quello Hub e Spoke, in ciascun Distretto, almeno 4 Case della Comunità a bassa complessità che sono individuate anche in virtù del riordino e della razionalizzazione degli attuali punti consultoriali e ambulatoriali specialistici presenti su tutto il territorio regionale.

Nella Casa della Comunità a bassa complessità assistenziale viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni 6/7 (6 giorni su 7) con orario non inferiore a H5 (5 ore):

- accoglienza e orientamento (punto informativo);
- amministrative (Centro Unico di Prenotazione);
- valutazione del bisogno;
- assistenza del medico di medicina generale;
- assistenza del pediatra di libera scelta;
- assistenza infermieristica (ambulatorio continuità dell'assistenza e ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità);
- assistenza specialistica a supporto dei percorsi;
- assistenza sociale.

Nella nuova riorganizzazione e riqualificazione dell'area di assistenza territoriale distrettuale (vedi schema Allegato) è prevista:

- ✓ Nel Distretto 1
 - Casa della Comunità di Morgex (H12) a media complessità
 - Casa della Comunità di Aosta (H24) ad alta complessità
 - › Case della Comunità a bassa complessità di Courmayeur, di Saint-Pierre, di Charvensod e di Variney
- ✓ Nel Distretto 2
 - Casa della Comunità di Donnas (H24) ad alta complessità
 - Casa della Comunità di Châtillon (H12) a media complessità
 - › Case della Comunità a bassa complessità di Nus, di Verrès, di Valtournenche, di Brusson e di Gaby

Nella realizzazione delle Case della Comunità a media/alta complessità è necessario evitare l'eventuale ridondanza di servizi rispetto alla diagnostica strumentale e ad alcune specialità cliniche di non elevata richiesta. Infine, per favorire la partecipazione democratica e la rappresentanza dei portatori di interesse ai percorsi di cura nelle Case della Comunità possono essere presenti ambienti dedicati all'associazionismo.

Nelle regioni in cui il modello organizzativo delle Case della Salute (le cui Case della Comunità sono l'evoluzione) è stato adottato, si registra sia una riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso ospedaliero, sia una riduzione dei ricoveri non appropriati, oltre che una maggiore soddisfazione dei cittadini verso il servizio sanitario e socio sanitario in quanto, ad esempio, molte delle patologie croniche presenti nella popolazione non sono gestite attraverso il ricovero bensì secondo percorsi assistenziali integrati a livello territoriale e, nelle persone con un grado elevato di fragilità, attraverso le cure domiciliari sviluppatasi proprio grazie a questo modello organizzativo e funzionale integrato.

Nell'ambito del sopra descritto modello organizzativo, dovrà trovare piena integrazione il nuovo ruolo unico dell'assistenza primaria (medici assistenza primaria e continuità assistenziale) che opera nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP), anche rivalutando formule di accesso diretto al fine di fornire prime risposte in via tempestiva, evitando il ricorso improprio al Pronto Soccorso. Il fulcro del modello si basa sul pieno coinvolgimento del medico di assistenza primaria, del pediatra di libera scelta e sulla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, elementi ritenuti fondamentali e irrinunciabili per la sua effettiva realizzazione.

La Casa della Comunità rappresenta, per i medici convenzionati, un'importante opportunità di sviluppo professionale, poiché offre la possibilità di lavorare in maniera integrata a garanzia di una risposta ai bisogni della popolazione, della presa in carico delle persone affette da patologie croniche e, più in generale, delle persone fragili, nell'ambito di specifici programmi e percorsi assistenziali.

Il lavoro in *équipe* dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, svolto insieme agli infermieri, agli assistenti sociali e agli specialisti, rappresenta uno dei principali valori aggiunti della Casa della Comunità rispetto all'attuale modello organizzativo del Poliambulatorio distrettuale.

Nelle Case della Comunità i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta possono svolgere la propria attività ambulatoriale all'interno di appositi spazi loro dedicati, con a disposizione vari fattori produttivi (personale infermieristico, di accoglienza e strumentazione), mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori, a garanzia della prossimità delle cure e del rapporto fiduciario paziente-medico che caratterizza questa particolare figura professionale.

L'obiettivo dello sviluppo delle Case della Comunità è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile e accessibile da parte della popolazione di riferimento;
- la prevenzione e la promozione della salute in forma soprattutto pro attiva;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H12 e H24 di norma a livello distrettuale attraverso i medici di continuità assistenziale);

- la presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*;
- la promozione dell'integrazione con l'Ospedale regionale per acuti, con l'Ospedale di Comunità e con le altre strutture residenziali territoriali per garantire la continuità dell'assistenza.

Nell'evoluzione normativa dei modelli che hanno disposto un riordino e avviato una riqualificazione complessiva volta a fornire un più elevato livello di tutela della salute, la Legge n.189/2012, come noto, in Valle d'Aosta non ha trovato generale applicazione e il modello aggregativo della medicina generale e della pediatria di libera scelta si è poco diffuso e, soprattutto, non ha colto le reali potenzialità previste dal legislatore. Di questo modello, rimangono inalterati gli obiettivi tra i quali:

- rafforzare la governance clinica territoriale (appropriatezza prescrittiva e terapeutica, aderenza terapeutica e formazione del paziente mediante approcci di *health literacy*);
- presa in cura dei pazienti in base a percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e Piani di assistenza individuali (PAI) secondo il modello della medicina d'iniziativa e la presa in carico delle cronicità;
- ridefinire il sistema della domiciliarità attraverso le cure domiciliari integrate (CDI) e della residenzialità (Cure intermedie/RSA), in quanto strumenti necessari a garantire la continuità di cura dei pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio assistenziali.

Per supportare il processo di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale secondo i principi e gli obiettivi fin qui espressi e poiché quindi la medicina convenzionata è il secondo punto della riqualificazione della medicina territoriale, il presente Piano prevede la costituzione obbligatoria di massimo quattro Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)² mono professionali, già previste dalla Legge n.189/2012, le quali dovranno afferire alla Casa della Comunità di appartenenza territoriale, a prescindere dal livello di complessità. Solo in questo modo, infatti, la Casa della Comunità può dotarsi di una risposta assistenziale realmente fondata sul principio dell'equità di accesso e della presa in carico unitaria, dell'appropriatezza delle prestazioni e della coerenza al paradigma della medicina di iniziativa.

L'AFT, come noto, è un modello organizzativo funzionale mono professionale, non erogativo, che prevede un coordinamento formale da parte di un medico coordinatore, cui appartengono, obbligatoriamente, i medici di medicina generale (compresi i medici convenzionati a quota oraria) e i pediatri di libera scelta operanti nel territorio ricompreso nella medesima. Essa è finalizzata a coordinare l'attività dei medici - sia singoli che organizzati nelle UCCP di futura costituzione o nelle forme associative previste dagli Accordi Integrativi Regionali vigenti - e a condividere in forma strutturata gli obiettivi e i percorsi assistenziali, gli strumenti di valutazione della qualità assistenziale, le linee guida, gli audit e altri strumenti analoghi prescelti in forma condivisa.

I referenti di AFT, rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta operanti nelle singole Aggregazioni, si coordinano con l'Area Territoriale dell'Azienda USL (Direttore di Area e Direttori di Distretto), con i Dipartimenti ospedalieri, con gli Enti Locali e le realtà sociali locali, con la finalità di garantire un rapporto sinergico di erogazione dell'assistenza sanitaria di base uniforme sul territorio regionale, non autoreferenziale ma rispondente ai bisogni socio sanitari dei cittadini.

² Ambito previsto di circa 30.000 abitanti per i medici di medicina generale (MMG), mentre per i pediatri di libera scelta (PLS) l'Accordo Collettivo Nazionale rimanda alla programmazione regionale

Il loro ruolo completa quello dei Comitati regionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta e dei corrispondenti Comitati aziendali nell'ambito dei quali si esplica l'attività finalizzata a definire gli Accordi integrativi regionali, a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione dell'accordo nazionale e dei medesimi accordi regionali, oltre che a monitorare l'applicazione degli accordi aziendali.

Lo sviluppo del modello organizzativo secondo le Case della Comunità prevede pertanto che l'AFT, prevalentemente tramite le forme associative in essa operanti (UCCP e forme preesistenti), garantisca l'assistenza al cittadino nelle 24H, tramite l'apporto dei medici di continuità assistenziale (MCA), che potranno anche effettuare attività diurna, e la definizione di strumenti ITC innovativi per la presa in cura dell'assistito (telemedicina), al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, secondo il principio dell'appropriatezza negli interventi.

I team multi professionali sopra descritti istituiti nelle Case della Comunità assumono un ruolo di supporto per medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, anche nell'erogazione delle prestazioni a pazienti con bisogni più complessi e in presenza di un PAI. La composizione dei team multi professionali possono variare sulla base della complessità dei bisogni degli assistiti, da modelli organizzativi più semplici, quali i micro-team che prevedono la presenza di infermiere/assistente sanitario (case manager) e del medico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta (*clinical manager*), integrati poi dal medico specialista, ma anche dalle figure di riferimento dei servizi sociali e assistenziali, per una più efficace presa in carico di pazienti complessi/cronici.

Il modello, che realizza la rete orizzontale tra medici, di fatto, pone le condizioni anche per la rete verticale con le altre strutture del sistema dei servizi sanitari erogati sul territorio, con particolare riguardo ai bisogni assistenziali dei Comuni delle vallate laterali. Si prevede il ricorso a soluzioni tecnologiche innovative, quali la telemedicina, al fine di collegare gli ambulatori decentrati con le Case della Comunità, la COT e il contesto ospedaliero delle acuzie.

Si affianca e collabora con le AFT dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'AFT degli specialisti ambulatoriali appartenenti a diverse branche, di veterinari e di professionisti convenzionati, la quale contribuisce a garantire l'assistenza, in particolare, per il trattamento dell'acuzie in bassa intensità clinico-assistenziale e della cronicità, organizzati nella *équipe* specialistica territoriale.

Con la pandemia, il bisogno di presa in cura di assistiti con necessità di supporto psicologico è aumentato, anche a causa del sovrapporsi in capo ai singoli individui di problematiche economiche dovute alla perdita o all'assenza di lavoro, alla convivenza forzata, all'isolamento, allo stress emotivo, alla limitazione dei rapporti interpersonali, nonché, in alcuni casi, all'acuirsi di problematiche psichiche pregresse.

In linea con recenti esperienze intraprese in altre regioni³ è in corso di valutazione l'istituzione del servizio di psicologia di base sul territorio, in grado di intercettare e contrastare precocemente, i disturbi psicologici della popolazione, contribuendo così a limitare, sia gli accessi al pronto soccorso, sia gli aggravamenti del disagio psicologico che richiederebbero, se non curati, livelli successivi di prestazioni.

³ Legge Regione Campania n.35/2020; Consiglio Regione Lombardia -Mozione n. 682 del 13 gennaio 2022 - Introduzione del servizio dello psicologo delle cure primarie e azioni a sostegno dell'intercettazione dei disturbi psicologici e dei bisogni di benessere psicologico dei cittadini; Progetto di legge Regione Emilia Romagna Oggetto n. 1767 Presentato in data: 19/10/2020 recante: "Istituzione del servizio di Psicologia di base"; Consiglio Regione autonoma Friuli Venezia Giulia – Mozione n.306 del 1 febbraio 20222 "Introduzione dello psicologo di base delle cure primarie a sostegno dell'intercettazione dei disturbi psicologici e dei bisogni di benessere psicologico dei cittadini e del potenziamento dei dipartimenti di salute mentale".

Questa attività sarà complementare alla riorganizzazione dei servizi di salute mentale nell'ambito delle Case di Comunità, al fine di integrare la psicologia di base con i servizi specialistici di secondo livello in ambito psicologico e della salute mentale stessa e con i servizi sanitari più in generale.

LE UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)

Si è già più volte ribadito nel presente documento di Piano che nel contesto dell'assistenza territoriale il processo di riordino e di riqualificazione impone necessariamente il contemporaneo riordino e la riqualificazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e l'integrazione di queste figure professionali sia con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna, sia con tutte le altre figure professionali interessate dai percorsi di cura e dai progetti individuali, compresa quella dell'infermiere di comunità. Ciò in virtù del fatto che solo una simile organizzazione funzionale è in grado di garantire la completa presa in carico integrata dei bisogni assistenziali e, soprattutto, una unitarietà e appropriatezza della risposta organizzata.

Questo principio era già stato parzialmente recepito nel 2006 con la previsione regionale delle *équipes* territoriali integrate di montagna e delle forme aggregative della medicina generale e della pediatria di libera scelta, ma tali soluzioni non si sono successivamente evolute per dare applicazione alla Legge n.189/2012. Tale dettato normativo, infatti, coniugava nelle Unità Complesse delle Cure primarie (UCCP) le suddette esigenze di integrazione nella presa in carico che, in Valle d'Aosta, non sono pertanto state realizzate; diventa, quindi, imprescindibile procedere alla loro costituzione sia per garantire la qualità assistenziale, sia per garantire sostenibilità al sistema di cure stesso mantenendo al contempo elevata e sfidante la professionalità degli operatori pubblici o privati che siano in essa operanti.

Il presente Piano prevede, quindi, lo sviluppo in ambito regionale delle Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, attraverso l'avvio di un processo di programmazione, consultando le organizzazioni sindacali della medicina convenzionata, per la predisposizione di un modello che tenga in considerazione le caratteristiche oro-geografiche e demografiche della regione e i bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Le UCCP, costituite dai medici convenzionati, in collaborazione con operatori amministrativi e sanitari (sia dipendenti dall'Azienda USL di riferimento, che dai medici convenzionati secondo il modello organizzativo più rispondente alle caratteristiche territoriali) oltre che da professionisti dell'assistenza sociale, operano nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, all'interno di una AFT, in sede unica o con una sede di riferimento e:

- assicurano sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA);
- assicurano l'erogazione dell'assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello, anche al fine di ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso;
- realizzano nel territorio la continuità dell'assistenza, H24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico del cittadino, in particolare se paziente cronico;
- impiegano strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

- sviluppano la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
- contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dalle cure domiciliari e residenziali in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- garantiscono la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per contrastare eventuali epidemie come il Covid 19);
- si raccordano con l'AFT per quanto riguarda la gestione degli obiettivi da raggiungere e del relativo budget assegnato in base al Piano di Assistenza Territoriale (PAT) concordato con la direzione aziendale.

Gli Accordi Collettivi Nazionali prevedono l'obbligatorietà per i medici convenzionati di svolgere la propria attività nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie e individuano negli Accordi Integrativi Regionali gli strumenti che definiscono le modalità e le dotazioni strutturali, strumentali e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna Unità.

Il Piano prevede che l'UCCP si sviluppi in strutture quali:

- Case della Comunità;
- strutture territoriali aziendali (poliambulatori e ambulatori);
- strutture comunali o comunque pubbliche;
- strutture provenienti dal privato.

Gli Accordi Integrativi Regionali individueranno il modello generale di riferimento e gli standard minimi di struttura delle UCCP, al fine di garantire omogeneità di distribuzione e di tipologia sul territorio regionale.

L'UCCP potrà, inoltre, ricomprendere una o più forme associative attualmente esistenti dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta (in rete, in gruppo e in associazioni), le quali, nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Piano, potranno subire una importante revisione per meglio integrarsi e coordinarsi con i mutati livelli di governance e con le differenti finalità assistenziali definite per i diversi livelli assistenziali. La riorganizzazione dovrà coordinare, con particolare attenzione, le nuove modalità di collaborazione (AFT e UCCP) con le forme di cooperazione già esistenti, al fine di rafforzare l'integrazione e l'efficacia della risposta assistenziale territoriale.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che operano all'interno delle UCCP, al fine di rispondere più efficacemente ed in maniera più efficiente ai bisogni assistenziali dei pazienti inseriti in percorsi strutturati di cura o coinvolti in campagne di medicina d'iniziativa, devono poter disporre di agende di prenotazione per diagnostica e specialistica, con un numero di prestazioni dedicate.

Tale organizzazione della medicina convenzionata risponde ad un modello centrato sulle competenze, sulle funzioni e sulle relazioni tra i diversi professionisti, non più sulle strutture. Il medico convenzionato si rapporta con le altre figure professionali integrandosi con le loro specifiche competenze e autonomie e a tal fine nell'ambito delle UCCP deve operare in collaborazione con i team multi-professionali attivati nella AFT di riferimento.

L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DI COMUNITÀ

Come già indicato in precedenza, all'interno della rete orizzontale dei medici si affianca e collabora con le AFT dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'AFT degli specialisti ambulatoriali appartenenti a diverse branche, di veterinari e di professionisti convenzionati, la quale contribuisce a garantire l'assistenza, in particolare, per il trattamento dell'acuzie in bassa intensità clinico-assistenziale e della cronicità.

Il Piano prevede la costituzione di una *équipe* specialistica territoriale per ognuno dei due Distretti, composta da specialisti, sia componenti della AFT, sia dipendenti dell'Azienda USL, che risponde alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie, collaborando con i team multi professionali delle AFT, e nelle cure intermedie (a domicilio e in struttura, in situazioni di acuzie di bassa e media intensità) per gestire il paziente cronico e anziano sul territorio, senza ricorrere alle risorse ospedaliere. Gli obiettivi, già citati, sono quelli di:

- rafforzare la *governance clinica* territoriale (appropriatezza e aderenza, formazione del paziente);
- adottare una presa in cura dei pazienti in base a PDTA e PAI individuali (medicina d'iniziativa e presa in carico cronicità);
- ridefinire il sistema della domiciliarità (CDI) e della residenzialità (Cure intermedie/RSA), in quanto strumenti necessari a garantire la continuità di cura dei pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio assistenziali.

Questi modelli funzionali possono contribuire in modo significativo e qualificato sul problema dell'erogazione conforme alla priorità clinica assegnata anche secondo modalità che la pandemia ha reso necessarie ma che, attraverso le aggregazioni funzionali, le sedi riorganizzate e dotate di strumenti per l'ICT miglioreranno anche i tempi di attesa per le prestazioni richieste ponendo a più stretta interazione professionale i prescrittori con gli erogatori delle prestazioni e questo, per i pazienti cronici con un PDTA assegnato, costituisce un elevato valore aggiunto.

IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate, quali le visite specialistiche e gli esami diagnostici, costituiscono da tempo una problematica di particolare attenzione tanto da parte delle istituzioni sanitarie quanto da parte della popolazione.

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), recepito in Valle d'Aosta con la deliberazione della Giunta regionale n.503/2019 (PRGLA), ha avuto lo scopo di individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli destinati alla tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o di approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

Il PRGLA stabilisce delle regole di funzionamento per il corretto svolgersi della domanda e dell'offerta di prestazioni, dispone che sia condotta una vasta campagna informativa sia verso i cittadini, sia verso i medici di famiglie e gli specialisti e rinnova l'Osservatorio Regionale sulle Liste di Attesa quale organismo preposto al monitoraggio dei tempi di attesa e all'individuazione preventiva delle criticità in essere. A seguito dell'approvazione del PRGLA, l'Azienda USL, recependone i contenuti, ha approvato il conseguente Programma Attuativo che, per trasparenza verso il cittadino, è pubblicato sul proprio sito. Tuttavia, già in fase pre pandemica era emerso come la questione delle liste di attesa fosse un fenomeno complesso e che per contrastarlo occorresse agire su più fattori, poi, la sospensione delle prestazioni rese necessarie durante la pandemia e in assenza di un'offerta vaccinale, ha aggravato ovunque la situazione.

Sono state adottate diverse misure anche a fronte di risorse economiche aggiuntive, messe a disposizione dal Governo nazionale⁴, per assorbire i ritardi che la pandemia aveva prodotto sulle liste di attesa, ma ciò che permane ancora oggi è la necessità, ribadita dal presente Piano, di un nuovo approccio al problema che parta da una corretta informazione e arrivi ad un nuovo governo dei tempi di attesa.

È necessario infatti: che i cittadini siano correttamente informati sui diritti esigibili e, nello specifico, sul valore e sul significato delle classi di priorità assegnate al momento della prescrizione; che tutti i medici utilizzino correttamente la classe di priorità, anche utilizzando la metodica condivisa tra prescrittori ed erogatori dei RAO⁵; che l'Azienda USL riorganizzi la propria offerta tra i diversi punti di erogazione, insieme ai cittadini e ai medici, in modo da garantire quanto più possibile i tempi massimi corrispondenti alle priorità assegnate; che le prenotazioni avvengano attraverso un unico centro (CUP) e che quando non è possibile garantire i tempi massimi, siano offerti ai cittadini degli appropriati percorsi di tutela.

Solo agendo responsabilmente tutti insieme, l'Azienda USL, i cittadini e gli operatori, è possibile costruire dei "patti" che, con la carta dei Servizi, qualifichino il Servizio Sanitario Regionale.

Le classi di priorità previste dal Piano Nazionale delle Liste di Attesa (PNGLA), recepite dal Piano regionale con la deliberazione n.503/2019, definiscono i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie che il medico prescrittore assegna al momento della prescrizione clinica all'assistito e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale corrispondono alla:

- Classe U (Urgente), per le prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Classe B (Breve), per le prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite, oppure entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

⁴ Decreto 20 agosto 2019 "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

⁵ I RAO sono Raggruppamenti di Attesa Omogeni che lo stesso Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa propone per numerose prestazioni specialistiche. Nello specifico Si tratta di un metodo che consente di dare tempistiche di attesa diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base alla gravità del paziente.

Il Piano di Governo delle liste di Attesa riconosce, come i precedenti, il diritto al rispetto dei tempi di attesa per le sole prestazioni (visite o accertamenti diagnostici) che costituiscono il primo contatto del cittadino con il Servizio Sanitario Regionale per un determinato problema di salute. Da ciò consegue che le visite e i controlli successivi al primo non necessitano di tale garanzia, in quanto è la stessa presa in carico da parte dello specialista a garantire i tempi e le modalità utili per la risposta più efficace ed appropriata al problema di salute trattato. Questo vale, in modo particolare, per le persone con patologie croniche o oncologiche già in carico ai servizi.

La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita. L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid 19 ha modificato non solo le nostre abitudini di vita, ma anche, e radicalmente, le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, comprese quelle di specialistica ambulatoriale, che devono essere riviste e riorganizzate in un'ottica di diverso utilizzo delle risorse con particolare sviluppo delle attività di telemedicina. Ciò richiede, pertanto, una ridefinizione delle modalità di accesso e nuovi modelli organizzativi che dispongano di strumenti utilizzabili anche a distanza per gestire i percorsi dei pazienti. In quest'ottica diventa fondamentale la collaborazione tra gli specialisti ospedalieri e territoriali e i medici di assistenza primaria, per condividere il più possibile le modalità di accesso a visite e prestazioni diagnostiche, quando necessarie, ed i casi clinici che possano essere gestiti efficacemente tramite un confronto tra professionisti senza necessità di un appuntamento di persona.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato un documento di indicazioni per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina⁶ e, successivamente, con l'Accordo del 18 novembre 2021⁷ sono state approvate le indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie.

Tenuto conto delle indicazioni sopra citate, già recepite con apposita deliberazione di Giunta regionale⁸, in Valle d'Aosta, la telemedicina, che è già stata attivata in forma sperimentale per monitorare i parametri clinici nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e nelle micro comunità, sarà oggetto di un progetto più ampio che, applicando il modello del *Chronic Care Model*, introdurrà un modello tecnologico organizzativo innovativo di cura per i pazienti cronici al fine di garantire servizi ad alto valore aggiunto (telemonitoraggio), darà continuità di cura e assistenza, renderà disponibili i dati rilevati al sistema informativo dell'Azienda USL per la creazione di un sistema informativo regionale della cronicità (SIRC).

La telemedicina è già stata attivata in Valle d'Aosta in forma sperimentale per monitorare i parametri clinici in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e micro comunità ed assume un ruolo di grande rilievo per due ragioni basilari che sono le potenzialità di dislocazione sul territorio e la possibilità di rilevare in modo tempestivo parametri di scompenso in alcune condizioni cliniche sottoposte a controlli periodici.

LA TELEMEDICINA

La pandemia ha ulteriormente evidenziato il valore della tecnologia nella cura a distanza dei pazienti, comunemente definita Telemedicina, indicando come, anche dopo la fase emergenziale dell'assistenza, questa modalità di approccio dovrà diventare una prassi abituale.

⁶ Accordo sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR)

⁷ Conferenza Stato Regioni (Rep. Atti n. 231/CSR)

⁸ Deliberazione della Giunta regionale n.1519/2021

Sono oggi tantissime le tecnologie digitali che possono essere utilizzate sul territorio: sono in fase di sviluppo diversi sensori non invasivi in grado di monitorare continuamente lo stato fisiologico del soggetto, tra cui ritmo cardiaco, pressione sanguigna, frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno dell'emoglobina, concentrazioni di glucosio nel sangue, onde cerebrali e molti altri.

Poiché la telemedicina costituisce uno strumento funzionale all'assistenza di specifiche categorie di soggetti con cronicità e fragilità in essere, il Piano dispone che siano definiti modelli organizzativi e avviati programmi di sviluppo di tale modalità assistenziale nelle seguenti aree di intervento:

- telemonitoraggio di pazienti domiciliarizzati e instabili, da parte dei medici di assistenza primaria in collaborazione con gli specialisti ospedalieri;
- teleassistenza dei pazienti a domicilio nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali attivati dall'Azienda USL;
- telemonitoraggio dei pazienti cronici a domicilio nell'ambito del piano cronicità aziendale;
- programmi di riabilitazioni per pazienti a domicilio;
- gestione della popolazione anziana istituzionalizzata (RSA) attraverso il monitoraggio/controllo programmato di assistiti con patologie croniche al fine di limitare gli eventi di riacutizzazione di patologie in essere e i ricoveri inappropriati;
- tele monitoraggio di pazienti domiciliarizzati, dimessi dalla degenza, e instabili da parte degli specialisti ospedalieri;
- tele monitoraggio pazienti a domicilio con necessità di interventi assistenziali da tenere in osservazione.

Tutti gli interventi dovranno essere supportati da un'analisi di fattibilità che evidenzii che le soluzioni proposte siano basate sulla metodologia *evidence based medicine*.

Ovviamente, la sfida della digitalizzazione dei servizi sanitari non si risolve solo con maggiori investimenti tecnologici ma richiede una imponente integrazione delle professionalità sanitarie con il livello aziendale nelle sue componenti strategiche e organizzative, con il ripensamento dei processi di cura e delle interfacce con gli assistiti.

Alla telemedicina e all'e-health viene riconosciuto un ruolo di modello alternativo per i servizi clinici e di supporto alle decisioni cliniche nell'ambito dell'azione di ottimizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione e tecnologie innovative, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria e aiutare i cittadini ad accedere e ottenere le migliori cure possibili.

In Valle d'Aosta è in fase di realizzazione un progetto specifico che sviluppa sistemi innovativi di telemedicina per il controllo dei pazienti cronici sia presso gli ambulatori attuali, sia presso il domicilio dei pazienti, dove reso necessario stante la condizione di fragilità dell'assistito. Il Piano, pertanto, sottopone a monitoraggio valutativo il progetto sperimentale che potrà essere esteso anche ad altre patologie e che attualmente dedica attenzione alla malattia cronica dello scompenso cardiaco. Attraverso questa sperimentazione si intende arricchire l'offerta della salute di due elementi tecnologici qualificanti:

- la piattaforma di telemedicina e tele monitoraggio;
- il sistema informativo della cronicità.

Il progetto utilizzerà inizialmente e in fase sperimentale la telemedicina presso l'ambulatorio territoriale di riferimento del paziente cronico oltre che presso la sua abitazione. L'ambulatorio territoriale, in questo modo, acquisisce l'installazione di una piattaforma di telemedicina in uso per la cronicità ad elevatissimo contenuto tecnologico, dove continuerà ad essere possibile incontrare e visitare i pazienti ma, in condizioni specifiche di impossibilità, anche disporre di una ampia serie di dotazioni diagnostiche integrate nel ciclo informativo del sistema di gestione del progetto. Inoltre, al medico specialista di riferimento sarà consentita un'interazione anche da remoto con il personale infermieristico presente in ambulatorio. La piattaforma *hardware* e *software* permetterà di integrare gli output di diagnostiche video (come gli ecografi o formati d'onda come gli ECG, ecc.) nel sistema informativo centrale e la telemedicina sarà parte integrante del sistema informativo di cui di seguito vengono descritti i componenti.

Con attenzione invece al sistema informativo della cronicità, questo sarà integrato con il sistema informativo aziendale e con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e fornirà tutti gli strumenti gestionali e informativi alla pluralità di attori del programma e potrà essere uno strumento di consultazione anche per gli utenti oltre che un veicolo per le fasi di stratificazione *in progress* della popolazione residente, per la conseguente - presa in carico e per i *follow up*.

Il sistema informativo della cronicità dovrà implementare la gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), così come definiti attraverso il Piano Nazionale della Cronicità emanato dal Ministero della Salute.

Grazie all'ICT, i PDTA abilitano e agevolano un approccio multidisciplinare della cura a supporto dell'analisi e pianificazione del *workflow*, ma anche la gestione stessa dei percorsi di cura e assistenza tramite l'integrazione dei gestionali esistenti, nell'organizzazione documentale e nel controllo tramite il monitoraggio di indicatori. In questo scenario, il Fascicolo Sanitario Elettronico diventa la piattaforma ideale con la quale il sistema informativo della cronicità/PDTA dovrà interagire, estendendo il modello di integrazione esistente con i vari sistemi coinvolti e la gestione dei vari dati acquisiti.

Tutte queste innovazioni tecnologiche possono realmente cambiare il futuro della medicina territoriale, grazie alla loro capacità di produrre informazioni sanitarie utilissime, ai fini diagnostici, terapeutici e preventivi, garantendo al contempo riduzione delle distanze e dei tempi.

C'è grande bisogno, a livello territoriale, dello sviluppo di servizi digitali e ad accesso semplificato, trasparenti, innestati in una architettura *network* efficiente in grado di garantire qualità, privacy e soprattutto in grado di colmare la richiesta di continuità di cura tra ospedale e territorio. Le cronicità possono oggi trovare supporto attraverso apparati e dispositivi medici in grado di trasmettere dati telemetrici, dando un contributo effettivo alla de-ospedalizzazione protetta, alla medicina di precisione e all'abbattimento delle spese per ospedalizzazioni ricorsive evitabili con un'adequata ed attenta vigilanza. Non va peraltro trascurata l'importanza di poter disporre delle informazioni cliniche, assistenziali e terapeutiche su supporto digitale (cartella clinica digitale e Fascicolo Sanitario Elettronico), in grado di accompagnare il paziente in tutti i *setting* di cura, come strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i diversi professionisti coinvolti, per garantire una presa in carico globale degli assistiti e per costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate

rispetto agli standard. Tale cambiamento, presente anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (*Nextgeneration* Italia gennaio 2021), deve essere realizzato nel prossimo futuro, mettendo in atto da subito un forte investimento programmato in tecnologie tra loro interoperabili e soprattutto mettendo a fattor comune *best practice* e modelli operativi vincenti.

Anche alla luce dell'Intesa in fase di approvazione tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 1, comma 449, della Legge 27 dicembre 2019, n. 160, sullo schema di decreto del Ministro della Salute di ripartizione alle Regioni delle risorse, a valere sul programma di cui all'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67, per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, effettuata sulla base dei parametri stabiliti per l'adozione dei piani regionali, l'obiettivo al quale puntare è la dotazione tecnologica e strutturale delle Case di Comunità nonché degli altri punti erogativi della medicina convenzionata (AFT, UCCP, ambulatori e poliambulatori, ecc.), al fine di erogare esami di diagnostica strumentale, visite di controllo successive e ogni altra prestazione dispensabile in modalità di telemedicina, nonché favorire i teleconsulti e telemonitoraggi sfruttando l'opportunità della presenza di medici specialisti nei luoghi di cura territoriali.

La telemedicina, nel presente Piano, è valutata strumento utile anche nell'ambito della sanità penitenziaria, dove la possibilità di refertare direttamente presso l'ambulatorio della casa circondariale, a seguito di specifici teleconsulti con gli specialisti ospedalieri di riferimento, consente di fornire tempestive ed efficaci risposte assistenziali a un'utenza particolare, per la quale eventuali uscite verso il presidio ospedaliero comporterebbero procedure amministrative e organizzative particolarmente gravose.

IL PIANO CRONICITÀ E LA MEDICINA DI INIZIATIVA

Come più volte ribadito, è a livello di Distretto che devono essere valutati i bisogni della comunità, per individuare quei gruppi di popolazione a maggiore vulnerabilità, sanitaria e sociale, sui quali realizzare interventi di prevenzione e di promozione della salute caratterizzanti l'approccio della medicina di iniziativa, il solo capace di ridurre, nel tempo, mortalità e morbosità dovute a patologie croniche gravi. Nell'ambito dell'attuazione del Piano regionale della cronicità, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n.70/2019, si inserisce lo sviluppo di un programma di medicina d'iniziativa finalizzato alla presa in carico attiva di pazienti con patologie croniche già manifeste o ad alto rischio di insorgenza. Le azioni di avvio dei programmi prevedono le seguenti attività:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio/ della popolazione);
- identificazione delle patologie croniche da avviare nel programma secondo un ordine di priorità, sulla base dei dati di monitoraggio che identificano la popolazione target;
- definizione dei PDTA per patologia, con il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari;
- accordo con i medici di assistenza primaria per la presa in carico dei pazienti per la patologia cronica individuata;
- arruolamento dei pazienti cronici da parte dei medici di assistenza primaria;
- elaborazione di indicatori di esito e di processo;
- realizzazione di corsi di aggiornamento per i medici di assistenza primaria sulle patologie croniche.

Si tratta quindi di ridisegnare il sistema delle cure primarie utilizzando come riferimento un nuovo modello gestionale per la cura dei pazienti cronici, il *Chronic Care Model*, perché, come è stato detto, i pazienti che convivono ogni giorno con patologie croniche richiedono sempre più una cura personalizzata, che sia appropriata e che tenga conto degli aspetti unici dell'individuo stesso, basata sulla interazione tra il paziente - reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento (empowerment) - e il team multi professionale composto dagli operatori socio sanitari, infermieri, medici di medicina generale e specialisti che diventano quindi determinanti.

Secondo il nuovo approccio pro-attivo, diventa fondamentale la continuità assistenziale territoriale che si realizza quindi al di fuori dell'ospedale, mirata ad individuare e prevenire le criticità tramite una completa e duratura presa in carico del paziente. L'applicazione del nuovo modello propone una serie di cambiamenti organizzativi utili a favorire il miglioramento della gestione dei malati cronici e suggerisce una relazione nuova tra il personale sanitario ed i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale. Inoltre, nella filosofia di adozione di tale modello, la prevenzione secondaria e gli screening, nella diagnosi precoce di molte patologie croniche, mantengono un ruolo primario. In sintesi, l'applicazione di un tale modello coinvolge in maniera integrata:

- i percorsi ospedalieri;
- la presa in carico del cittadino da parte del Distretto;
- l'integrazione multidisciplinare dei professionisti e operatori del servizio sanitario;
- la valutazione multidimensionale del bisogno;

con l'obiettivo esplicito di mantenere il livello di salute il più alto possibile.

I fini del *Chronic Care Model* sono noti e possono essere così riassunti:

- migliorare l'assistenza sanitaria ai pazienti cronici, tenendo anche conto delle risorse che una comunità possiede, come ad esempio i gruppi di volontariato, i gruppi di aiuto, i centri per anziani autogestiti, ecc.;
- garantire e premiare la qualità dell'assistenza attraverso la nuova gestione delle malattie croniche, entrata a far parte della priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria;
- rendere il cittadino protagonista indiscusso ed attivo dell'autocura e dei processi assistenziali.

Con queste finalità, lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini e sul conseguente approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi.

L'organizzazione dei servizi distrettuali deve favorire in modo sistematico la multi professionalità e la multi disciplinarietà, specialmente nella presa in carico dei casi più complessi, nella cronicità e multi cronicità, come nei disturbi di salute mentale, con interventi di tipo proattivo, in particolare sui soggetti predisposti, di cui si conoscono già condizioni e fattori di rischio favorevoli, in modo da evitare insorgenze precoci di malattia, aggravamenti, scompensi e frequenti ospedalizzazioni.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al *follow up*, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere. Sulla base di esperienze descritte in letteratura, il sistema utilizza il lavoro integrato di diversi professionisti

in modo da assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale (*disease management*). Questo si basa innanzitutto sull'adozione di corretti stili di vita - quali attività fisica e corrette abitudini alimentari, viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come sussidio nella gestione della patologia conclamata - e dell'implementazione delle competenze nel team multiprofessionale.

Il presente Piano intende "ripensare" l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, alla luce delle dinamiche in atto in campo demografico, epidemiologico, sociale ed economico. Questo tipo di approccio, ormai documentato in molte esperienze straniere e nazionali, prevede l'utilizzo dell'ospedale per la fase acuta e si basa sulla consapevolezza che il paziente ed i suoi familiari sono attori di un'assistenza e di una terapia che deve essere protratta, nella maggior parte dei casi, in comunità e per tutta la vita. Basti pensare all'importanza del monitoraggio delle condizioni cliniche, alla rilevanza che ha, per la qualità della vita del paziente, l'adesione al trattamento farmacologico (aderenza terapeutica); in questo ambito, il paziente affetto da malattia cronica ha la necessità di eseguire periodici esami per aggiustamenti della terapia (per esempio antidiabetici orali ed insulina somministrati ai soggetti affetti da diabete mellito), deve sottostare a controlli per monitorare semplici indicatori del suo stato di salute (ad esempio il peso e la diuresi nei pazienti con insufficienza cardiaca) e sono fondamentali per lui ed i suoi familiari adeguate informazioni ed educazione sanitaria.

Un ulteriore scopo prefissato dall'approccio integrato è far acquisire alle persone assistite quella capacità utile ad attuare un'adeguata autogestione (*self care*) della propria patologia. In tale contesto, la messa in atto degli interventi assistenziali può avvenire presso il domicilio del paziente o nell'ambulatorio del medico di famiglia, tramite un sistema informativo centrato sul paziente, basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) con i medici della medicina generale crea il presupposto per migliorare l'organizzazione dei servizi mediante l'implementazione delle forme organizzative complesse e l'utilizzo dei collaboratori di studio e infermieri previste dall'ACN di riferimento. Inoltre, crea i presupposti anche per i necessari raccordi funzionali e professionali trasversali sul territorio mediante la regolamentazione delle *équipes* territoriali anche negli accordi integrativi con le altre categorie mediche convenzionate (pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali).

È obiettivo del presente Piano realizzare una rete di gestione appropriata e sostenibile della cronicità, domiciliare e residenziale, affidata nella presa in carico alla medicina generale e fortemente integrata con il distretto attraverso le Case della Comunità e con le forme organizzative complesse della medicina generale (UCCP e forme aggregative). L'intendimento è quello di dare nuovo impulso al territorio orientandolo verso la gestione della fragilità e della cronicità e, più in generale, alla promozione e al mantenimento della salute dei cittadini secondo il modello della presa in carico specifica della medicina generale.

La strategia di riqualificazione prevede quattro moduli che delineano il proseguimento del disegno riorganizzativo:

- la predisposizione delle linee guida per la progettazione territoriale, la sperimentazione delle Case della Comunità e lo sviluppo delle azioni di collaborazione tra le figure professionali;
- la collaborazione anche dei medici di medicina generale alla gestione dell'Ospedale di Comunità con moduli di 15/20 posti letto;

- la presenza dei medici di medicina generale nelle Case della Comunità e lo sviluppo delle azioni di collaborazione tra le figure professionali (gruppi, associazioni, ecc.);
- l'attribuzione delle risorse dei fondi previsti da ACN per gli istituti soggetti ad incentivazione e per il miglioramento della rete organizzativa del territorio (es. infermiere di studio, indennità di disagio montano, ecc.).

Lo sviluppo di questa rete di assistenza territoriale rappresenta l'antefatto gestionale per attivare su almeno 4 aree di patologia, percorsi di medicina pro-attiva (BPCO, Diabete, Iperensione e cardiopatia ischemica) che dovranno essere gestiti ordinariamente dai medici di assistenza primaria all'interno dei propri studi e, per le necessità non ordinarie, nelle Case della Comunità o nelle forme aggregative presenti, in collaborazione con medici specialisti, infermieri e assistenti sociali e altro personale di collaborazione, secondo percorsi di cura condivisi e l'utilizzo di strumenti ICT.

L'INFERMIERE DI COMUNITÀ

La recente normativa individua come strategico per gli sviluppi del nuovo modello di assistenza territoriale distrettuale la figura professionale dell'Infermiere di Comunità (IF/C).

Il decreto legge n.34/2020, art. 1 c. 5, convertito nella Legge n.77/2020, dispone l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, (IF/C) al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio.

Il Patto per la salute 2019-2021 stabilisce che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, tenuto conto delle potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista sanitario per il potenziamento delle cure primarie.

Il Piano Nazionale sulla Cronicità (PNC) individua l'esigenza del nuovo ruolo dell'infermiere sul territorio anche in considerazione del fatto che tale figura è presente in tutti i *setting* di cura e si interfaccia con tutti i professionisti sanitari e dell'assistenza sociale, affiancando il medico di assistenza primaria in tutto il corso di vita della persona.

La deliberazione della Giunta regionale n.76/2021, che ha approvato le indicazioni per l'organizzazione e l'erogazione delle cure domiciliari integrate e delle cure domiciliari palliative in Valle d'Aosta, ha definito il ruolo dell'infermiere di famiglia nel contesto dell'assistenza territoriale e il suo ruolo fondamentale nella medicina di iniziativa.

Il presente Piano dispone, pertanto, che nelle Case della Comunità ad alta e media intensità, presenti in ciascun Distretto, sia attivato un ambulatorio per la presa in carico integrata della cronicità a gestione

infermieristica, in collaborazione con altri professionisti presenti nella comunità. L'articolazione del personale deve garantire la copertura minima H6 su 6 giorni settimanali modulandosi anche sulla base della densità di popolazione assistita di riferimento.

Lo standard previsto dal decreto legge n.34/2020 indica 8 IF/C ogni 50.000 abitanti, mentre il documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" (cd DM 71) propone 1 IF/C ogni 2.000/3.000 abitanti. Pertanto, il presente Piano dispone che sia individuato lo standard maggiormente rispondente al bisogno regionale.

Nel superamento del modello organizzativo che concepisce le competenze infermieristiche come strutturate prevalentemente per compiti, è necessario qualificare questa figura includendola attivamente nella presa in carico qualificata dei percorsi assistenziali, prediligendo e valorizzando infermieri con competenze avanzate nei vari ambiti di attività e nel rispetto dei principi della pro attività e partecipazione attiva.

L'infermiere di Famiglia e di Comunità deve diventare il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e deve essere in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area delle cure primarie e della sanità pubblica. Il Piano prevede che egli:

- operi sul territorio, diffondendo e sostenendo una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita;
- si attivi per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione;
- garantisca una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento;
- fornisca prestazioni dirette sulle persone assistite, qualora necessarie, e si attivi per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani;
- svolga la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare, integrare e supportare le risorse di pazienti e *caregiver*, degli operatori sanitari e sociali, del volontariato, del privato sociale e, più in generale, della comunità.

L'assistenza infermieristica, al pari dell'assistenza garantita presso le Case della Comunità, deve di conseguenza essere organizzata per "livelli di complessità", determinati sia dalla tipologia di prestazioni richieste, sia dalla qualificazione specialistica e dall'esperienza professionale degli IF/C (come anche indicato dal CNNL).

Gli ambiti di attività previsti nell'impiego degli IF/C includono i seguenti servizi:

- ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità secondo i principi della medicina di iniziativa (minimo 1 in ciascun distretto);
- ambulatori infermieristici per la continuità assistenziale (1 in ciascuna Casa della Comunità);
- Punti unici di Accesso (PUA) delle prestazioni (1 in ciascuna Casa della Comunità);
- Centrale Operativa Territoriale (COT);
- degenza presso l'Ospedale di Comunità;
- unità di cure socio sanitarie intensive/estensive/di lunga assistenza;
- cure domiciliari integrate (CDI).

Il presente Piano dispone che vengano approvati, a seguito dell'entrata in vigore della normativa nazionale preposta ad aggiornare gli standard e i modelli organizzativi, assistenziali e gestionali dell'assistenza territoriale, i livelli professionali, i requisiti professionali e le attività richieste per ciascuno dei livelli di assistenza previsti per la figura dell'IF/C al fine di strutturarne la presenza all'interno del servizio territoriale distrettuale.

I CONSULTORI E L'ASSISTENZA MATERNO INFANTILE

Le Case della Comunità accolgono al loro interno anche i nodi della Rete consultoriale per la tutela del bambino, della donna e dei nuclei famigliari.

L'istituzione dei consultori risale alla Legge n.405/1975 e nonostante tali presidi rappresentino ancora oggi un modello di risposta capillare e integrato rispetto al bisogno di salute, di benessere sociale e di assistenza e di *empowerment*, è evidente che debbano essere ripensati e rimodulati in modo coerente con la continua evoluzione subita dalla domanda e dall'offerta al fine di programmare interventi appropriati e pro attivi, quando richiesti, efficaci ed efficienti.

La rete consultoriale rimane ancora oggi la base per la realizzazione dei percorsi assistenziali rivolti agli utenti che afferiscono all'area materno infantile – di per sé interdisciplinare – che si propone come paradigma efficace del lavoro di rete, ma questa rete va ripensata e contestualizzata alle esigenze e alle problematiche presenti nella realtà del 2022 che sono molto diverse da quelle del 1975. Per garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi è necessario che afferiscano all'area materno-infantile molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, in stretta relazione tra di loro, dalla prevenzione alla tutela e alla cura dell'insieme bambino/famiglia.

Oltre a mantenere l'attenzione sulla tutela della salute della donna e del bambino, da tutelare in modo prioritario, oggi, intercettando precocemente:

- il disagio giovanile e la conseguente necessità di sostenere il cambiamento adolescenziale;
- i segnali di difficoltà e di disagio mentale;
- le problematiche nell'ambito della sessualità, soprattutto in termini educativi prima che essenzialmente contraccettivi, orientati al benessere e alla sicurezza delle relazioni;
- la violenza di genere, domestica e assistita, fenomeno che ha caratterizzato gli ultimi anni, che ha obbligato i professionisti a nuovi percorsi formativi, volti ad acquisire efficaci strumenti di presa in carico nell'ottica di una rete integrata a sostegno delle vittime di violenza.

Il Consultorio familiare, con il suo approccio relazionale, è unico tra i servizi dell'Azienda USL territoriali a porre attenzione e cura al sistema delle relazioni non solo all'interno del contesto familiare, ma tra la famiglia e ciascuno dei suoi componenti con il contesto sociale. Ciò consente che esso si configuri come un servizio che sa essere recettore attento dei cambiamenti relazionali dei contesti sociali, adattando la sua organizzazione e le sue priorità di intervento alle criticità e ai bisogni che in quel momento storico-culturale sono di maggior aiuto al benessere della comunità, in una collaborazione costante con le diverse istituzioni, con il mondo associativo e quello sociale.

Gli interventi oggi offerti si sviluppano dalla prevenzione e promozione della salute ai percorsi diagnostico terapeutici per specifiche condizioni di interesse sanitario e gli interventi sono erogati tramite *équipe* multi professionali connotate da modelli di lavoro integrato. A prevalere nell'attività attuale della rete consultoriale sono le problematiche della salute sessuale e riproduttiva, gli accessi nell'area pre-concezionale, nella gravidanza e nella fase *post partum* e nell'area della contraccezione.

La rete consultoriale coinvolge molti ambiti specialistici, con tutte le professionalità presenti, per la presa in carico, l'assistenza e la prevenzione delle donne, delle donne in gravidanza, dei neonati e dei bambini ed è oggi caratterizzata da diversi livelli organizzativi e da specifiche articolazioni dei servizi territoriali ed ospedalieri attraverso:

- consultori familiari;
- distretti;
- cure domiciliari integrate per i soggetti in età pediatrica, servizi psico-sociali;
- servizio dipendenze;
- neuropsichiatria infantile;
- ginecologia ed ostetricia;
- pediatria;
- cure primarie (medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta);
- continuità assistenziale;
- strutture residenziali per minori;
- servizi semi-residenziali/centri diurni;
- asili nido e scuola materna;
- associazionismo e volontariato.

Questa frammentazione, importante per il valore aggiunto di ogni intervento e di ogni competenza, deve essere ricomposta, non solo attraverso specifici protocolli ma anche fisicamente ricondotta a luoghi dove il cittadino trovi risposta da professionisti abituati a relazionare tra loro per problematiche comuni e a condividere percorsi e progetti individuali, semplificare le procedure di accesso, prenotare prestazioni e ricevere prestazioni di prevenzione secondaria come i test di screening femminile.

Il ripensamento della rete consultoriale deve:

- garantire equità/facilità d'accesso dei punti di offerta dei servizi;
- offrire continuità assistenziale in rete territorio/ospedale;
- promuovere l'ideazione, la progettazione e la sperimentazione integrata fra tutti gli attori presenti nella rete;
- migliorare e garantire appropriatezza, qualità e sicurezza dell'offerta delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali e sociali;
- fornire risposte di tipo innovativo e pro attivo, in relazione ai nuovi bisogni del sistema familiare in continua trasformazione sociale;
- facilitare l'*empowerment* individuale e di comunità;
- mantenere elevato il livello di soddisfazione dei cittadini.

Nel ripensare al modello organizzativo e ponendo la rete consultoriale all'interno delle Case della Comunità è possibile prevedere una ricomposizione anche delle attuali risorse e un maggiore utilizzo di forme di accesso telematico laddove possibili.

Essenziale alla valutazione dei percorsi e alla gestione delle risorse impegnate è la creazione e la successiva sperimentazione di una informatizzazione delle attività consultoriali i cui obiettivi sono:

- disporre di informazioni sanitarie in rete fra le varie sedi, diffuse sul territorio a cui si accede;
- facilitare l'integrazione con gli altri servizi su alcuni percorsi (gravidanza, sterilità, screening, ecc.);
- inviare e ricevere informazioni dagli altri servizi dell'Azienda USL su via informatica;
- sperimentare una raccolta dati informatizzata e con report specifici per i singoli utenti dei dati.

I destinatari dell'informatizzazione delle attività sono:

- i professionisti dei consultori familiari;
- i professionisti dei servizi territoriali e ospedalieri coinvolti nei percorsi gravidanza, sterilità e screening;
- i tecnici del Sistema informativo e del controllo di gestione;
- i direttori del distretto;
- i direttori dei dipartimenti e i responsabili del presidio ospedaliero;
- i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta.

Lo standard del presente Piano per il riordino e la valorizzazione della rete consultoriale prevede:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti;
- rispetto dei requisiti di facile accessibilità per la comunità di riferimento;
- presenza di almeno 1 dei seguenti professionisti per turno sempre presenti (assistente sociale, psicologo, ginecologo, ostetrica o personale sanitario);
- apertura settimanale non inferiore a 4H su 6 giorni alla settimana;
- informatizzazione delle attività consultoriali.

Il Piano dispone che si pervenga ad un progetto di riordino condiviso tra tutte le componenti interessate e approvato anche dai comitati dei cittadini.

LA DOMICILIARITÀ E L'INTEGRAZIONE DELLE CURE

Le cure domiciliari integrate (CDI) sono un servizio previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel nuovo decreto del 2017 e sono rivolte ai pazienti non autosufficienti con gravi limitazioni funzionali. Tali cure si dividono in due macro-categorie di interventi:

- Cure domiciliari di base
che includono prestazioni semplici, come ad esempio medicazioni, prelievi del sangue o cambi di catetere e riguardano individui non completamente autosufficienti, tendenzialmente anziani;
- Cure Domiciliari complesse
che attengono, invece, all'insieme di cure mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali erogate ad ammalati gravemente non autosufficienti. Le Cure domiciliari complesse sono richieste dall'assistito, dalla famiglia, dal tutore, dal medico di assistenza primaria, dal pediatra di libera scelta, dalla struttura ospedaliera, dalle strutture semi-residenziali o residenziali, attraverso l'UVMD, altri servizi, Enti Locali, volontariato e sono integrate e trasversali.

La terza criticità che la pandemia ha contribuito a fare emergere – unita allo sviluppo ancora non adeguato della telemedicina - riguarda un corrispondente non adeguato sviluppo dei servizi domiciliari, che avrebbero avuto lo scopo di rafforzare la gestione “a casa” dei pazienti affetti da Covid 19 che non necessitavano del ricovero ospedaliero.

Le cure domiciliari integrate (CDI) sono costituite dall'insieme delle prestazioni rese da figure sanitarie (medici di assistenza primaria o pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, ecc.) integrate con prestazioni rese da figure sociali o socio sanitarie (assistenti sociali, operatori socio sanitari), al fine di permettere al paziente non autosufficiente di restare al proprio domicilio o di ritornarci in seguito ad una dimissione ospedaliera o residenziale. Tale servizio si colloca pertanto tra gli strumenti fondamentali a supporto dell'efficiente continuità delle cure nel passaggio tra ospedale e territorio e quale sede privilegiata di collaborazione tra discipline e professioni.

Con la deliberazione della Giunta regionale n.76/2021, si è inteso predisporre un modello a partire dal quale avviare il processo di revisione dell'organizzazione dell'assistenza domiciliare, evolvendo verso un sistema di cure domiciliari integrate e di cure domiciliari palliative alla luce delle indicazioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, le quali prevedono l'accertamento del bisogno clinico, funzionale e sociale attraverso adeguati strumenti di valutazione multidimensionale e mediante la definizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, ovvero secondo un coefficiente di intensità assistenziale (CIA), le cure si articolano nei livelli I, II, III e cure palliative domiciliari.

Il documento “Le cure domiciliari integrate e cure palliative”, allegato alla deliberazione della Giunta regionale n.76/2021, è l'esito di una prima collaborazione in materia, tra i referenti dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali, dell'Azienda USL e del Consiglio Permanente degli Enti Locali (CPEL), nella fase propedeutica all'avvio dei lavori. La riorganizzazione prevede più fasi, a partire dalla predisposizione di un cronoprogramma delle attività e dalla sperimentazione delle indicazioni approvate, previa definizione delle relative modalità, anche a seguito di confronto con le rappresentanze associative, per un periodo di 18 mesi, a decorrere dal termine dello stato di emergenza. Il processo di revisione dell'organizzazione del servizio di cure domiciliari integrate e cure palliative, così come la valutazione della sostenibilità economica del servizio stesso, richiedono la commisurazione di numerosi aspetti peculiari del sistema sanitario valdostano, in primis, la gestione del personale impiegato nel servizio stesso.

Il percorso di riorganizzazione sopra descritto dovrà concretizzarsi in modo da garantire i requisiti di qualità delle cure domiciliari integrate, individuati con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art.1, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178”, siglata in data 4 agosto 2021 (Rep. Atti 151/CSR). Il documento citato prevede, infatti, che entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione dell'Intesa, le Regioni e le Province autonome provvedano ad attivare, ai sensi dell'art. 8-ter e dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure

domiciliari, in coerenza con quanto previsto nel documento medesimo determinando, in particolare, il fabbisogno secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria per garantire i livelli essenziali di assistenza.

L'assistenza è garantita attraverso appropriati Piani di Assistenza Territoriale (PAT) in cui sono specificate sia le misure di identificazione e di gestione dei contatti, sia le misure di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione, in collaborazione con i medici di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale.

Con questo fine, sia il decreto legge n.18/2020, agli artt. 4 e 4 bis, sia il decreto legge n. 34/2020, poi, convertiti, rispettivamente nella Legge n.27/2020 e Legge n.77/2020, hanno previsto anche la costituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA).

A queste sono state dapprima attribuite solo competenze di tipo sanitario, in una logica di potenziamento dell'assistenza territoriale, impostazione che emerge anche dall'esame della composizione delle stesse, comprendente personale sanitario; ma il perdurare e l'evolversi della pandemia hanno fatto poi scaturire l'esigenza di assicurare ai soggetti assistiti a domicilio anche prestazioni socio sanitarie integrate.

Il decreto Rilancio (DL n.34/2020) affidando alle Aziende sanitarie, tramite i distretti, il compito di «implementare le attività di assistenza domiciliare integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento» (art. 1, comma 3), ha prescritto che le Regioni incrementino e indirizzino azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare rivolte non solo ai soggetti contagiati, ma anche a «tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso». Si è così configurato un rafforzamento dei «servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"» (art. 1, comma 4).

Il presente Piano intende quindi istituzionalizzare, così come disposto dalla Legge regionale n.10/2020 (art. 5), le unità speciali di continuità assistenziale (USCA) istituite nel corso della pandemia all'interno del nuovo modello di governance dell'assistenza territoriale distrettuale, assegnando ad esse un importante ruolo di supporto alla medicina territoriale nelle cure domiciliari specie nei pazienti cronici, disabili e maggiormente fragili.

Un utile strumento per favorire la domiciliarizzazione delle cure è, come già sottolineato, l'utilizzo della telemedicina di cui il presente Piano dispone l'implementazione dell'utilizzo.

LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

L'applicazione dei contenuti della Legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), la quale ha dettato disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, ha avuto avvio con la deliberazione della Giunta regionale n. 1647/2012, con la quale sono state istituite le attività delle reti regionali di terapia del dolore (TD) e cure palliative (CP).

Con la recente approvazione della deliberazione della Giunta regionale n.1237/2020, si è inteso recepire le Intese e gli Accordi tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, ai fini di avviare il percorso di adeguamento delle attuali modalità di erogazione di queste cure, alle indicazioni che a livello centrale sono state proposte e, in particolare, ai requisiti di accreditamento che le reti di cure palliative e di terapia del dolore devono garantire, così come ai profili formativi omogenei che le attività di volontariato in questi ambiti devono acquisire (Rep. atti n. 151/2012, 103/2020, 118/2020 e 119/2020).

In particolare per quanto concerne la rete delle cure palliative, il piano di adeguamento dovrà, tenuto conto di quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n.76/2021, già precedentemente richiamata, e alla luce delle indicazioni statali e in relazione al contesto specifico regionale, stabilire i percorsi degli assistiti e i criteri di accesso ai differenti quattro nodi della rete (ospedale, Hospice, assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare), nonché la dotazione, sia strutturale e strumentale, sia in termini di risorse umane dedicate, perché ciascun nodo possa erogare le prestazioni necessarie, con il livello di integrazione richiesto.

Il percorso di lavoro sopra enunciato dovrà essere applicato anche alla riorganizzazione e al potenziamento della rete della terapia del dolore, in modo da potere, in una fase successiva, favorire l'integrazione e la collaborazione strutturata tra i due ambiti di intervento.

LE CURE INTERMEDIE E LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE

Quando la condizione clinica della persona in trattamento non consente più l'assistenza al domicilio è prevista l'assistenza residenziale in strutture intermedie con livello di intensità di cura inferiore a quella per acuti erogabile dal presidio ospedaliero.

Gli obiettivi assistenziali delle cure intermedie sono, principalmente:

- evitare o gestire una crisi spesso prodotta da una malattia cronica scompensata;
- garantire la riabilitazione a seguito di una dimissione protetta dall'ospedale;
- evitare o procrastinare l'istituzionalizzazione a lungo termine.

Per ottenere risultati significativi, nelle cure intermedie, il Piano dispone che siano sempre chiaramente definite:

- la responsabilità clinica;
- la responsabilità gestionale-manageriale, soprattutto nei percorsi protetti tra servizi (ospedalieri e territoriali, sanitari e socio sanitari o socio assistenziali).

Nell'attuale modello di offerta regionale – caratterizzata in prevalenza da strutture socio assistenziali denominate micro comunità – l'organizzazione dell'assistenza ai soggetti fragili è penalizzata dal problema della divisione e della distribuzione del lavoro in sottosistemi più o meno omogenei, con una frammentazione delle responsabilità e delle referenze. L'esito è un frequente accesso a prestazioni non appropriate, in particolare ospedaliere, maggiormente offerte dal sistema assistenziale e più radicate nella cultura popolare che le richiede valutandole pertinenti al bisogno.

La Valle d'Aosta si è da sempre dotata di un'offerta residenziale territoriale molto capillare ma a debole valenza sanitaria per gli attuali fabbisogni, ad eccezione di alcuni moduli interni di strutture a valenza socio assistenziale; per adeguarla ai profili assistenziali richiesti, il Piano dispone che l'intera offerta

di residenzialità sia sottoposta a un riordino secondo un nuovo modello organizzativo e funzionale e ciò anche a seguito dell'esperienza condotta in fase pandemica.

Con attenzione ai settori che afferiscono all'assistenza socio sanitaria, le maggiori criticità rilevate nella prima fase della pandemia da Sars Cov 2 si sono verificate, come noto, ovunque in Italia, nelle aree che afferiscono all'assistenza a lungo termine, cioè nelle strutture residenziali.

Il presente Piano prevede una riorganizzazione complessiva a partire dall'assistenza residenziale territoriale, al fine di superare tali criticità e in linea con la valutazione di bisogni sempre più sanitari dell'utenza inserita nelle strutture residenziali, già particolarmente fragile. Guardando infatti ai settori più colpiti, la pandemia ha posto in evidenza la fragilità e, per certi versi, l'inadeguatezza dei servizi socio sanitari e socio assistenziali di tipo residenziale che, in Valle d'Aosta, sono rappresentati dalle micro comunità e che, a livello nazionale, sono denominate RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali).

Le micro comunità sono nate molti anni fa per rispondere a un bisogno prevalentemente di tipo sociale o socio assistenziale delle persone anziane sole e degli adulti in condizioni di difficoltà. L'evoluzione epidemiologica e l'aumento della speranza di vita ha posto, insieme all'aumentata cronicità presente nella popolazione in età avanzata, il bisogno di cure a elevata valenza sanitaria che, nelle attuali strutture residenziali regionali, non possono più trovare una risposta adeguata. È pertanto necessario operare una differenziazione nelle tipologie assistenziali residenziali, oggi presenti, distinguendo tra strutture:

- alberghiere;
- socio assistenziali;
- socio sanitarie;
- sanitarie.

adeguandone non solo la nomenclatura a quella nazionale, stante anche il conferimento di dati tramite flussi informativi nazionali, ma soprattutto garantendone standard assistenziali adeguati e corrispondenti (in termini di protocolli, di personale qualificato e di attrezzature) alle diverse tipologie di bisogno. È possibile anche prevedere eventuali forme di *Co-housing* per le strutture a maggiore valenza sociale.

Si è pertanto deciso, ai fini di un'indagine conoscitiva, di sottoporre a valutazione tutti gli ospiti nelle strutture, confrontando gli esiti della valutazione derivanti dalla SVAMA (scheda per la valutazione multidisciplinare/multidimensionale delle persone adulte e anziane) con gli esiti della valutazione dello strumento MAP (metodo assistenziale professionalizzante), già utilizzato dall'Azienda USL, che consente di valutare la complessità assistenziale degli utenti dei servizi residenziali. È stato, quindi, rilevato che nelle strutture per anziani, sempre più, vengono inserite persone di età inferiore ai 65 anni (persone adulte con storie di abuso di alcol, alcuni psichiatrici o giovani adulti con patologie neurologiche degenerative e situazioni sociali particolari) per le quali non vi sono strutture dedicate. L'ambiente delle micro comunità, con maggioranza di persone molto anziane, non fornisce più una risposta assistenziale adeguata alle esigenze di questi soggetti.

Nel complesso sono presenti sul territorio regionale 37 strutture residenziali, 3 e socio sanitarie e socio assistenziali per anziani, tra pubbliche e private, per un totale di 1.143 posti letto, di cui 1.108 per assistenza classificata come S09 (RSA per anziani), secondo i flussi ministeriali di cui al Modello STS11; 8 per assistenza S10 (RSA per disabili fisici) e 27 (Nucleo Residenziale Temporaneo per Demenze – NRTD), classificate come S11.

Nello specifico, le strutture RSA/UAP e la struttura di Perloz Creux-Porté derogano rispetto alla valutazione multidimensionale (UVM) e gli inserimenti vengono effettuati direttamente dall'ospedale. Per quanto attiene ai Nuclei RTD, la valutazione viene effettuata dal Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

Ad oggi, sulla base delle Strutture esistenti, si contano 5,3 posti ogni 1.000 residenti, ma se rapportate alla popolazione sessantacinquenne e oltre, sono disponibili 37,6 posti letto ogni 1.000 anziani, ovvero, prendendo in considerazione gli over 75, che costituiscono la fascia della popolazione più esposta al rischio di non autosufficienza, o problemi non gestibili al domicilio ed inserimento in struttura, l'offerta diventa di 73,5 posti ogni 1.000 residenti in questa fascia di età, dati che collocano la Valle d'Aosta tra quelle con l'offerta che raggiunge i più alti livelli, insieme ad altre Regioni del nord Italia. L'esperienza dei principali Paesi UE individua un parametro di offerta di 50-60 posti letto ogni 1.000 anziani come standard di riferimento.

Con attenzione però all'utenza attualmente inserita, l'analisi condotta in fase imminente pre pandemica conferma che dei 921 ospiti (80,58% dei posti disponibili), i maggiori fruitori delle strutture residenziali sono i residenti a partire dai 75 anni di età (l'83,5% del totale degli inseriti), con una maggiore concentrazione tra gli 80 e i 94 anni (il 52% del totale), dove il genere femminile incide per il 67,5%, soprattutto nelle fasce dei cosiddetti grandi anziani.

Volendo distinguere l'attuale offerta residenziale che risponde ai bisogni assistenziali che costituiscono diritti esigibili dettati dal DPCM dei LEA del 12 gennaio 2017:

- all' Art. 29 "Assistenza residenziale extra ospedaliera ad elevato impegno sanitario" corrispondono in Valle d'Aosta 8 posti letto UAP socio sanitaria (intensità assistenziale R1)(dei complessivi 1.143)
- all'Art. 30 "Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti" corrispondono in Valle d'Aosta 12 posti letto RSA (intensità assistenziale R2)+ 18 (intensità assistenziale R2) a gestione diretta USL (Perloz) per complessivi 30 posti letto oltre ad altri 27 posti (NRTD) relativi alle specifiche di cui alle lettere a) e b) del comma 1 del medesimo articolo, portando a 57 il totale (dei complessivi 1.143)

Pertanto, il totale dei posti letto attualmente rispondenti all'offerta residenziale extra ospedaliera garantita dai LEA equivale in Valle d'Aosta, date le strutture attuali, a 65 posti letto (meno del 10% dell'attuale disponibilità). Le restanti strutture residenziali, con i relativi posti letto - escluse le strutture psichiatriche e quelle dedicate alle dipendenze patologiche - sono, al momento, tutte classificate come socio assistenziali, seppure con diverso grado di complessità e, pertanto, non pienamente rispondenti alle disposizioni di cui al citato decreto dei LEA.

Va precisato, tuttavia, che le strutture socio assistenziali per anziani oggi classificate in Valle d'Aosta come N3 plus attive contano:

- 36 posti letto autorizzati con deliberazione della Giunta regionale n. 743/2018;
- 27 posti letto approvati con deliberazione della Giunta regionale n. 322/2019,

e, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n.1885/2017, tale tipologia di strutture protette plus sono definite come "strutture socio assistenziali con funzioni di accoglienza ad elevata intensità assistenziale ed elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere nuclei di minimo 24 e massimo 120 utenti anziani non autosufficienti, aventi necessità di assistenza infermieristica nell'arco

delle 12/24 ore, assistenza diurna e notturna garantita da personale OSS, assistenza medica di base per almeno 5 giorni settimanali e per non meno di 2 ore al giorno, assistenza medica specialistica, assistenza riabilitativa (fisioterapia e logopedia), assistenza protesica, assistenza farmaceutica con fornitura dal Servizio Sanitario Regionale dei farmaci presenti nel prontuario terapeutico regionale (P.T.R.) di fascia A e H, accertamenti diagnostici, compreso il trasporto presso le strutture sanitarie erogatrici”.

Tali requisiti non si discostano molto da quelli dettati dall'art. 30 del DPCM dei LEA del 12 gennaio 2017, se non per i diversi tempi di permanenza in struttura e per le modalità di ripartizione dei costi e di finanziamento.

Rientrano, nell'assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario, le strutture che erogano trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, disciplinati dall'articolo 29 del DPCM 12 gennaio 2017. In tale setting di assistenza (R1) sono erogate prestazioni a persone con patologie non acute che, presentando un alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono una continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. Trattasi di prestazioni non erogabili al domicilio, o in altri setting assistenziali di minore intensità, che prevedono l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, da accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dispositivi medici.

In considerazione dell'elevato livello sanitario di tali strutture, gli oneri dei trattamenti sono posti a totale carico del Servizio Sanitario Regionale per una durata subordinata alle condizioni dell'assistito, le quali devono essere accertate all'atto dell'inserimento del paziente e a scadenze stabilite mediante specifica valutazione multidimensionale.

Allo stato attuale risponde ai requisiti di questo setting assistenziale il nucleo UAP (Unità di Assistenza Prolungata) di 8 posti letto attivato presso l'Azienda pubblici servizi alla persona J.B. Festaz e rispetto al quale dovranno essere effettuate le opportune valutazioni sulla base dei fabbisogni aggiornati e alla riorganizzazione delle strutture socio sanitarie considerata nel suo complesso.

Nella gradualità della risposta del modello sanitario e socio sanitario regionale integrato, ad un livello inferiore di bisogno sanitario soddisfatto dall'Ospedale di Comunità, il Piano colloca le strutture residenziali socio sanitarie. Si tratta di strutture che ospitano per un periodo variabile da poche settimane ad un tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite al domicilio e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di un'articolata assistenza sanitaria. Si differenziano dall'Ospedale di Comunità per la diversa intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti che, in relazione al loro stato psico-fisico, possono, in alcuni casi, trovare nella stessa anche “ospitalità permanente” e le modalità di valutazione e di accesso che sono disposte nell'ambito della Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il target di utenza di tali strutture è caratterizzato da soggetti non autosufficienti e/o pazienti cronici, con patologie o condizioni cliniche non assistibili in ospedale, o a domicilio, in condizioni di stabilità clinica, che richiedono continuità assistenziale e trattamenti estensivi, quali cure mediche

e infermieristiche quotidiane, trattamenti riabilitativi finalizzati al mantenimento e prevenzione delle complicanze da immobilità, stimolazione sensoriale, integrato da un livello di assistenza tutelare di alta intensità. Tra gli obiettivi vi è inoltre l'educazione e l'empowerment del paziente e/o del caregiver al fine di raggiungere l'autonomia nella gestione dello stato di salute.

L'assistenza erogata presso queste strutture deve garantire quanto previsto dall'articolo 30, comma 1, lettera a) del DPCM 12 gennaio 2017, il quale prevede trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono un'elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 del DPCM medesimo, educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

Con riferimento specifico all'offerta di strutture residenziali socio sanitarie (riconducibili all'articolo 30, comma 1, lettera a) del DPCM 12 gennaio 2017), la sperimentazione avviata nel periodo emergenziale nella struttura di cure estensive (R2) di Perloz (18 posti) è stata resa definitiva. Il medesimo *setting* assistenziale sarà attivato, a fine pandemia, presso la struttura residenziale di Variney (21 posti) e, a decorrere dal 2023, anche presso la struttura di Morgex per 15 posti. Nella struttura di Variney saranno attivate anche le cure intensive (UAP) per 10 posti.

L'eleggibilità dei pazienti nel *setting* assistenziale R2 è, altresì, valutata considerando anche i seguenti criteri di esclusione:

- positività al Covid 19;
- instabilità clinica;
- terminalità;
- patologia non ancora diagnosticata.

La durata del trattamento in tali strutture è di norma non superiore a 60 giorni, con oneri totalmente a carico del SSN.

A fronte di queste considerazioni, il presente Piano dispone che si proceda alla riqualificazione delle strutture esistenti secondo un modello organizzativo e funzionale che dia risposta alle criticità di seguito descritte:

- un'offerta che, ad oggi, propone *setting* di assistenza frammentati e non definiti in maniera puntuale, causando disparità di assistenza e di trattamento sul territorio;
- una risposta inadeguata dell'assistenza territoriale nella presa in carico dei pazienti a seguito di dimissioni ospedaliere;
- la mancanza di un *setting* assistenziale per pazienti cronici scompensati;
- la presenza quasi esclusiva di strutture a valenza socio assistenziale, a fronte, invece, di una sempre maggiore richiesta di strutture ad elevata valenza assistenziale sanitaria;
- la frammentazione della gestione stessa delle strutture assistenziali.

Gli interventi propedeutici alla riorganizzazione e alla riqualificazione del sistema delle residenze territoriali socio sanitarie e socio assistenziali riguardano principalmente due questioni strategiche:

- la necessità di valutare l'ampliamento dell'offerta delle strutture socio sanitarie in risposta ai nuovi bisogni di assistenza, anche attraverso la conversione di strutture non più rispondenti a tali bisogni;
- la revisione complessiva della governance delle strutture socio assistenziali.

Con attenzione invece alle strutture socio assistenziali è stato rilevato un grande cambiamento delle condizioni dei pazienti inseriti nel corso degli ultimi anni; questi ultimi, infatti, sono risultati sempre più dipendenti funzionalmente e necessitanti di prestazioni sanitarie sempre più complesse. Un'analisi dei profili sanitari effettuata all'inizio del 2020 su 28 strutture per anziani (sul 91,9% degli ospiti presenti) ha rilevato la presenza di:

- 33% di ospiti gravi;
- 21,5% di ospiti con elevato bisogno sanitario;
- 32% di ospiti con deterioramento cognitivo grave;
- 5,4% di ospiti con disturbi del comportamento.

La revisione organizzativa di tali strutture dovrà considerare questi nuovi bisogni assistenziali e integrarsi strettamente con le politiche di sviluppo delle strutture socio sanitarie al fine di dare risposta al bisogno di assistenza nel corretto *setting* assistenziale, nonché in modo equo e uniforme sul territorio regionale rispetto ai criteri di accesso.

Il presente Piano, per dare attuazione alla riorganizzazione dei *setting* di assistenza agli anziani prevede, inoltre, la revisione della *governance* delle strutture che li ospitano, in particolare con riferimento alle micro comunità che, allo stato attuale della normativa, sono gestite dalle Unités des Communes Valdôtaines (art. 16, l.r. 6/2014). Tale azione dovrà avvenire in stretta collaborazione con il Consorzio Permanente degli Enti locali (CPEL) e le Unités stesse.

Le linee ispiratrici della riforma sono:

- la differenziazione dei *setting* assistenziali;
- l'assegnazione alle Unités des Communes delle strutture a valenza socio assistenziale e alberghiera, attraverso criteri e standard omogenei di funzionamento;
- l'assegnazione a un ambito funzionale appositamente preposto dell'Azienda USL della gestione delle strutture socio sanitarie e sanitarie;
- la riorganizzazione e potenziamento del personale, in particolare sanitario e socio sanitario, operante in tali strutture.

Nell'ambito della prevista revisione organizzativa, saranno poi da tenere in debita considerazione i fabbisogni emergenti, alcuni di essi già manifestati, in particolare con riferimento ai servizi semi-residenziali (centri diurni) per gli assistiti affetti da demenza o da disturbi cognitivi, e alle strutture residenziali per l'accoglienza post Nucleo di riabilitazione per il trattamento delle demenze (NRTD), le quali potrebbero essere sviluppate nell'ambito dell'offerta socio assistenziale, ma con un'organizzazione delle modalità erogative dei servizi che, stante le particolari necessità cliniche dei pazienti, dovranno prevedere una differente programmazione delle attività quotidiane, nonché personale specificamente formato e dedicato.

Un altro aspetto che sarà necessario valutare con particolare attenzione, riguarda i requisiti strutturali e organizzativi delle strutture. In considerazione delle particolarità demografiche e geografiche della Regione e delle tante azioni che nel corso del tempo si sono messe in atto per investire soprattutto sulle zone più disagiate, al fine di scongiurare lo spopolamento dei centri abitati di montagna (vedi progetto aree interne, MISMI⁹, ecc.), sarà necessario prevedere la possibilità di svolgere puntuali ragionamenti che non si limitino sempre e meramente agli standard definiti dagli atti amministrativi a oggi vigenti, ma che, pur sempre nel rispetto delle conformità tecniche e degli adempimenti di sicurezza, permettano di adottare scelte votate a soddisfare i reali fabbisogni del territorio e delle comunità locali.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Al fine di completare l'offerta territoriale, per garantire una risposta organizzata a tutti i bisogni di assistenza e con l'ulteriore fine di esentare l'ospedale da una quota di ricoveri inappropriata, costituita da pazienti cronici non in fase acuta, il Piano dispone che ogni Distretto, oltre a sviluppare relazioni privilegiate con il Presidio Ospedaliero regionale per le cure residenziali acute, si doti di un Ospedale di Comunità (OdC), struttura residenziale di cure intermedie che, nell'attuale dotazione regionale di strutture residenziali territoriali, vede la conversione di alcune di esse con vocazione maggiormente sanitaria, a bassa e media intensità di cura, aventi in media 15-20 posti letto in stanza da 1 o 2 posti letto.

L'Ospedale di Comunità costituisce, come noto e come molte realtà regionali dimostrano, una modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute, di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie croniche che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto.

Si tratta di una casistica per la quale il ricovero ospedaliero, più frequente in un reparto di medicina, risulta eccessivo rispetto alle condizioni cliniche del paziente, nel quale prevale un bisogno di assistenza non grave e che, data la sua fragilità, è consigliato indirizzare in una struttura diversa da quella nosocomiale, dove la tipologia di ambiente preposto a trattare una casistica di più elevata complessità clinica potrebbe esporlo a rischi infettivi, a stati confusionali seppure transitori e precoci declini fisici e mentali conseguenti al ricovero non appropriato.

In questi casi, nel rispetto del bisogno assistenziale, ma anche nel rispetto dell'umanizzazione delle cure, la struttura più indicata è l'Ospedale di Comunità che è una struttura di tipo territoriale ed extra ospedaliero. Nell'ottica dell'integrazione tra ospedale e territorio questa tipologia di struttura dovrebbe anche promuovere la costruzione di rapporti di interdipendenza con il sistema territoriale dei servizi, funzionali allo sviluppo di programmi di intervento incentrati sulla prevenzione e la continuità assistenziale.

⁹ Progetto transfrontaliero ALCOTRA "Modelli Integrato di Salute per una Montagna inclusiva"

L'accesso a questo tipo di struttura è predisposto dal medico di assistenza primaria se il paziente è proveniente dal domicilio, da altre strutture residenziali o direttamente dal Pronto soccorso, e ciò al fine di evitare forme inappropriate del ricovero per acuti, ma potrebbe essere disposto anche all'atto di una dimissione ospedaliera.

Il Piano nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede per la Valle d'Aosta il finanziamento per la realizzazione strutturale di 1 Ospedale di Comunità su 2 che lo standard teorico prevede per la popolazione regionale, avendo ciascuno un bacino di utenza di 50.000 assistiti.

L'Ospedale di Comunità è una Struttura residenziale territoriale extra ospedaliera prevista dalla normativa vigente (decreto ministeriale n.70/2015, Patto per la Salute 2014-2016; Piano Nazionale della Cronicità 2016) e non ricompresa nelle strutture di cui agli articoli 29 e 30 del DPCM 12 gennaio 2017. La determinazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi dell'Ospedale di Comunità per la Valle d'Aosta sono quelli che il presente Piano recepisce a seguito dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome Rep. atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020.

L'Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, prevede ricoveri brevi di 15-20 giorni a pazienti che, a seguito di un episodio acuto o di una riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili al domicilio ma che, per ragioni famigliari o strutturali, non sono erogabili in tale sede e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continua anche notturna.

La struttura individuata può essere pubblica, o privata accreditata, purché in possesso dei requisiti richiesti che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, oltre che la misurazione dei processi e degli esiti.

Tra gli obiettivi del ricovero vi può essere anche l'empowerment dei pazienti e dei caregiver attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità clinica soprattutto al momento del rientro al domicilio.

È prevista inoltre la possibilità di dedicare dei posti letto ai pazienti con demenza o disturbi comportamentali purché si preveda per essi un'assistenza in ambienti protetti.

Tanto la gestione quanto l'attività nell'Ospedale di Comunità sono basate su un approccio multidisciplinare, multi professionale e inter professionale in cui sono garantite le collaborazioni delle diverse competenze.

Con attenzione ai livelli di responsabilità:

- la responsabilità igienico organizzativa e gestionale complessiva è in capo al Direttore di Distretto, che svolge anche funzione di collegamento con i responsabili sanitari clinici e assistenziali e la direzione dell'Azienda USL;
- la responsabilità clinica è in capo ad un medico di medicina generale, anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale, oppure a un medico dipendente oppure ad un medico convenzionato o operante in una struttura pubblica o privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale;

- la responsabilità organizzativa e gestionale di ogni singolo modulo è in capo al coordinatore infermieristico;
- la responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze e l'assistenza/sorveglianza infermieristica è garantita H24.

L'operatore socio sanitario (OSS) è responsabile delle attività e funzioni secondo le proprie competenze.

L'accesso alla struttura da parte del paziente deve rispondere a specifici criteri, quali:

- diagnosi già definita;
- prognosi già definita;
- eventuale punteggio /scala di valutazione;
- programma di trattamento già redatto e condiviso con il paziente o con la famiglia.

La valutazione deve essere rapida e basarsi su scale o modelli di valutazione standardizzati e validati, sia per quanto riguarda il livello di criticità o instabilità clinica, sia per il livello di complessità assistenziali e di autonomia del paziente. Le scale di valutazione, opportunamente rivalutate nel corso della degenza e alla dimissione, consentono di cogliere le potenzialità e le peculiarità di questa struttura che si colloca all'interno di un continuum assistenziale dall'ospedale al domicilio e consente di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate. Se necessario il paziente sarà valutato in modo multidimensionale da parte dell'*équipe* di valutazione multidimensionale territoriale dedicata (UVMD) per esplicitare eventuali percorsi territoriali post dimissione che comprendano le cure domiciliari, l'erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, il trasferimento in altre strutture della rete.

L'Ospedale di Comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali i servizi di specialistica ambulatoriale, i servizi di Emergenza Urgenza. Oltre a ciò, il Piano prevede che vengano definiti appositi accordi con i servizi di supporto:

- laboratorio analisi (*Point of Care*);
- radiologia;
- medicina fisica e riabilitativa;
- servizio dietetico e nutrizione clinica;
- servizio sociale.

L'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale secondo l'Accordo Collettivo Nazionale o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale 6 giorni su 7 (escludendo quindi la domenica e gli altri giorni festivi) che garantiscono almeno un'ora settimanale di presenza in struttura per singolo ospite. L'assistenza medica nelle ore notturne e nei giorni festivi e pre festivi è assicurata dai medici di continuità assistenziale.

Per ogni modulo fino a 20 posti letto è garantita la presenza di:

- un coordinatore infermieristico;
- un infermiere;
- due operatori socio sanitari per ciascun turno e un infermiere e un operatore socio sanitario per il turno di notte.

È inoltre prevista la funzione dell'infermiere *Case manager*.

I processi assistenziali garantiti dall'Ospedale di Comunità devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto e l'Azienda USL.

La collaborazione con le associazioni del Terzo settore può offrire in tale contesto un valore aggiunto al percorso del paziente oltre che alla rilevazione del livello di soddisfazione e della qualità percepita da parte dei pazienti stessi o dei *care giver*.

Ogni Ospedale di Comunità deve implementare il sistema informativo dedicato con i contenuti informativi documentanti l'attività clinica svolta su ogni paziente e assicurare la tempestiva trasmissione dei dati al livello regionale che provvederà ad inoltrare, a sua volta, i dati del flusso informativo al livello nazionale per il monitoraggio delle prestazioni rese dai presidi residenziali di assistenza primaria/Ospedali di Comunità nell'ambito dei flussi del Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS).

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

L'efficacia dell'offerta dipende dalla corretta valutazione dei bisogni, dalla possibilità di identificazione di percorsi precisi da parte dell'utenza e dal riconoscimento di un unico canale di accesso dato dalla Centrale Operativa Territoriale (COT)¹⁰ per le cure extra ospedaliere erogate da servizi territoriali integrati a rete.

Le attuali funzioni ospedaliere, residenziali e domiciliari devono pertanto essere ricomposte ed integrate secondo obiettivi specifici che tengano conto della diversità e della dinamicità dei bisogni dei soggetti deboli. In particolare, l'accesso alle fasi assistenziali integrate deve essere riservato ai soggetti che soddisfano simultaneamente criteri di eleggibilità come quelli di seguito elencati:

- ✓ dimissione protetta dall'ospedale per acuti in quanto la persona presenta:
 - non autonomia o non autosufficienza definite attraverso l'applicazione di uno strumento di valutazione multidimensionale validato;
 - necessità di continuità di cure e/o carenza di efficace supporto familiare e/o altre problematiche socio ambientali gravi;
- ✓ integrazione valutativo-terapeutica con gli specialisti durante le cure intermedie extra-ospedaliere in quanto la persona presenta:
 - necessità di interventi specialistici per complicanze di malattia evolutiva o eventi acuti intercorrenti;
 - necessità di trattamenti di supporto (nutrizione artificiale, terapia antalgica, specialistica, ecc.) o di monitoraggio clinico-assistenziale e/o *follow-up* specialistici;
 - fragilità psico-sociale;
- ✓ ammissione agevolata e protetta verso l'ospedale per acuti in quanto la persona presenta:
 - complicanze di malattia evolutiva o eventi acuti intercorrenti o rischio di peggioramento del quadro clinico che necessitino di interventi sanitari erogabili solo in ospedale;
 - rispondenza ai criteri dei protocolli validati per la revisione dell'accesso e dell'utilizzo delle prestazioni ospedaliere.

¹⁰ Di cui alla deliberazione della Giunta regionale n.76 del 1 febbraio 2021

Il collegamento tra il presidio ospedaliero per l'appropriato e tempestivo invio dei pazienti alle strutture territoriali più idonee al bisogno è effettuato dalla Centrale Operativa Territoriale, i cui vantaggi sono evidenti:

- la riduzione del tempo di degenza media;
- l'aumento dell'indice di rotazione dei posti letto;
- la razionalizzazione del processo di dimissione protetta;
- una maggiore appropriatezza e gradualità dei differenti *setting* di cura;
- la prevenzione del problema dei *bed-blockers*;
- la razionalizzazione delle risorse del territorio;
- l'integrazione socio sanitaria e continuità assistenziale;
- l'integrazione con i PDTA;
- i sistemi di *business intelligence* per l'analisi dei dati di attività.

La Centrale Operativa Territoriale che svolge un ruolo di integratore e di facilitatore tra l'ospedale ed il territorio, dispone della mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio e garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente, organizzando le attività post dimissione, in collaborazione con i soggetti preposti, e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.

Nell'organizzazione e strutturazione di tale modello di coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, dovrà collocarsi anche il raccordo con il sistema di emergenza-urgenza, per il tramite di strumenti informativi e di telemedicina, con il numero unico europeo e con l'attività svolta dalla Centrale Unica di Soccorso, sistema integrato per il coordinamento degli enti dell'emergenza, finalizzato ad ottimizzare l'impiego di risorse umane, mezzi e strumenti disponibili, tra cui gli apparati di comunicazione e i sistemi informativi.

IL RIORDINO DELL'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE, PER DISTURBI PSICHICI, PER DISABILITÀ E PER DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dispone, agli articoli n.33, n.34 e n.35, in forma separata e distinguendo in relazione ai diversi bisogni assistenziali (cura o riabilitazione, intensivi o estensivi) i criteri di accesso ai servizi, ai trattamenti e alle prestazioni che diventano, pertanto, diritti esigibili da erogare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale per coloro che sono portatori di disturbi psichici, di disabilità e di dipendenze patologiche.

In materia di alcol dipendenze la Valle d'Aosta registra da sempre valori critici e tra gli indicatori usati per valutare l'efficienza dell'assistenza territoriale come alternativa a quella ospedaliera, vi è il tasso di ospedalizzazione per patologie correlate all'alcol ogni 100.000 abitanti che nella nostra regione è il più alto in Italia e triplo rispetto al valore medio, a significare la necessità che per questa forma di dipendenza, molto diffusa a livello regionale, si attivino risposte adeguate in ambito territoriale.

Nonostante queste condizioni siano presenti in forma congiunta in alcune persone, determinando quadri clinici particolarmente complessi sotto il profilo assistenziale, il presente Piano dispone che l'attuale offerta regionale di strutture residenziali e semiresidenziali venga riorganizzata funzionalmente a partire dalle deliberazioni vigenti¹¹, sulla base delle caratteristiche cliniche e assistenziali che questi tre ambiti di cura e di riabilitazione determinano, anche quando presenti in forma congiunta.

¹¹ DGR n.1051/2020; DGR n. 314/2021 e DGR n.1727/2021

Il riordino dell'assistenza territoriale e la sua necessaria integrazione con l'assistenza ospedaliera, da un lato, e con l'assistenza socio assistenziale dall'altro, si rende particolarmente necessaria per rispondere in forma appropriata alle condizioni di fragilità clinica e sociale che le persone con disturbi mentali, con disabilità e con dipendenza patologica vivono unitamente alle loro famiglie e agli altri soggetti di prossimità.

Questa complessa e multi dimensionale offerta di risposta organizzata, che il Servizio Sanitario Regionale deve garantire, deve anche ispirarsi al principio di umanizzazione delle cure prevedendo, laddove possibile, forme di domiciliarità assistita che consentano un più rapido ed efficace reinserimento nella vita di relazione e in quella sociale.

LA RETE INTEGRATA PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

Negli ultimi decenni la salute mentale ha progressivamente portato a consapevolezza le istituzioni di una dimensione importante del bisogno di salute che non ha sempre trovato equità e risposte omogenee nelle regioni italiane e che mantiene tutt'ora diversità significative di accesso alle cure. Si registra da tempo un aumento della prevalenza dei disturbi mentali in tutte le classi di età, certamente anche a causa delle gravi crisi economiche, sociali e il dilagare di nuove sostanze psicotrope sempre più accessibili per costi e per canali di acquisto soprattutto tra i giovani. L'emergenza da Covid 19 ha, inoltre, evidenziato drammaticamente come le persone già affette da disturbi di salute mentale, a seguito delle limitazioni imposte dal confinamento e della conseguente esclusione dalla partecipazione alla vita sociale, abbiano manifestato aggravamenti della patologia di base, anche importanti.

Non intervenire tempestivamente sul percorso di cura con efficacia clinica e appropriatezza gestionale significa incorrere nel rischio di una cronicità inaccettabile, soprattutto se a carico di giovani o di persone ancora attive socialmente, con pesanti conseguenze umane, famigliari e sociali.

Per contrastare questo fenomeno, ma soprattutto per abbattere lo stigma che ancora colpisce le persone affette da queste patologie, occorre indirizzarsi verso una salute mentale di comunità, attraverso servizi di prossimità, investendo nella sanità territoriale e mettendo il paziente al centro di un progetto. Anche in Valle d'Aosta, il Dipartimento di salute mentale (DSM) è chiamato a fronteggiare questo nuovo scenario complesso e umanamente rilevante, innovando profondamente l'organizzazione e le prassi, mantenendo la priorità dell'intervento territoriale e la necessità di definire percorsi di cura appropriati per patologie ad alta complessità e/o ad alta prevalenza, attraverso dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che riducano disomogeneità di trattamento e discrezionalità nelle cure.

Allo stato attuale è in corso una sperimentazione a livello nazionale¹², a cui partecipa anche la Valle d'Aosta, sulla valutazione di 4 percorsi assistenziali nelle regioni italiane, relativi ad altrettante patologie psichiatriche gravi: la schizofrenia, il disturbo bipolare, la depressione grave e il disturbo di personalità.

¹² Gruppo di lavoro Ministero, Agenas e Regioni per i nuovi indicatori relativi ai PDTA da inserire nel decreto 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"

La necessità di condividere e validare in termini scientifici un percorso diagnostico terapeutico assistenziale richiama sia la necessità di equità di trattamento, sia l'attenzione a prassi validate che nell'ambito della salute mentale attengono principalmente la valutazione di indicatori di processo più che di esito del trattamento. La difficoltà quindi che si incontra nel rispondere ad un bisogno di salute mentale non consiste solo nella pratica clinica, ma risiede anche nell'integrazione tra tutti gli ambiti di assistenza e di vita della persona malata.

Nell'ambito della salute mentale, infatti, molto più che in altri settori sanitari, è richiesta una presa in carico integrata della persona e della famiglia e l'adozione di un approccio assistenziale che associ, accanto alla dimensione clinico-terapeutica basata sull'evidenza, il miglioramento del funzionamento sociale delle persone malate e interventi finalizzati all'inclusione sociale e al coinvolgimento della comunità nel percorso di recupero e riabilitazione.

La centralità è assunta dalle persone e dai processi che si costruiscono per la cura e la riabilitazione e, in quest'ottica, i servizi sono da valutare sulla base degli esiti clinici e sociali e del cambiamento culturale complessivo. Tale approccio presuppone stili operativi dei servizi orientati all'interazione con altri soggetti, istituzionali e non, attraverso l'individuazione, lo sviluppo e l'utilizzo di nuovi strumenti gestionali.

L'innovazione organizzativa e funzionale va introdotta anche in ambito psicoterapeutico, riabilitativo e psicofarmacologico in modo che i soggetti colpiti da problemi di salute mentale possano essere garantiti da interventi terapeutici fondati sulle evidenze (Evidence Based Medicine).

In tale direzione vanno anche le indicazioni del Piano per la Salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che nei principi trasversali comprende anche l'universalità della copertura sanitaria, l'approccio ai diritti umani, gli interventi basati sull'evidenza, servizi orientati a tutte le fasi di vita, un approccio multisettoriale ed il coinvolgimento delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali e dei loro familiari nei percorsi di cura. Su quest'ultimo punto, il Piano si orienta verso modelli, sviluppati da anni in altre realtà regionali, dove le figure degli utenti familiari esperti (UFE) o esperti alla pari (ESP), integrano, in qualità di volontari o di dipendenti da soggetti del Terzo settore convenzionati con le aziende sanitarie, l'operato delle figure professionali facilitando la presa in carico e la cura efficace degli assistiti portatori di patologie e ponendo questi soggetti "alla pari" degli operatori stessi.

Il presente Piano ritiene l'ambito della salute mentale una priorità assoluta di intervento, specie perché sempre più giovani manifestano un rischio di disagio psichico.

Per dare una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi ai disagi psichici, il Piano favorisce l'utilizzo del *budget di salute*, inteso come strumento integrato socio sanitario a sostegno del progetto terapeutico personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, famigliari, sociali e sanitarie, al fine di migliorare la salute della persona nell'ottica della sua possibile guarigione, del benessere, del funzionamento psico-sociale, dell'inclusione e della partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Il *budget* di salute vuole permettere a quanti sono affetti da malattie mentali gravi e persistenti di sviluppare le abilità emotive, sociali e intellettuali necessarie per vivere, studiare e lavorare nell'ambiente sociale di scelta, migliorando di fatto le proprie possibilità di avere successo in maniera autonoma, all'insegna della salute e del benessere della persona.

In questa direzione vanno ricondotti anche i "percorsi di residenzialità leggera", noti anche come "abitare supportato". La realizzazione di strutture residenziali con compiti riabilitativi è stata in questi anni un elemento fondamentale per il superamento della istituzionalizzazione del malato mentale; nello stesso tempo si è resa necessaria una revisione costante del bisogno riabilitativo per eludere il rischio di riproporre, seppure in forme diverse, nuove pratiche di marginalizzazione ed istituzionalizzazione.

Particolare interesse assumono quindi gli interventi, di natura socio sanitaria, che permettono lo sviluppo di nuovi ed alternativi percorsi che supportano le persone con disturbo mentale nel superare difficoltà relative ad ambiti di base del funzionamento personale, come, per esempio, quello sopra citato dell'abitare supportato, garantendo loro l'integrazione nel proprio territorio sociale. Si tratta, infatti, di un percorso solo parzialmente legato a diretti interventi riabilitativi, ma che si colloca nelle forme di aiuto a persone con una discreta autonomia e che possono coinvolgere l'auto aiuto, il volontariato, il diritto alla casa e il sostegno abitativo oltre a qualsiasi altra forma sociale di intervento (ad es. il *co housing*) purché rientranti in una specifica progettazione guidata.

Trattandosi di misure non afferenti all'ambito strettamente sanitario, possono ricavare importante valore aggiunto dal coinvolgimento degli Enti locali, dei sindaci, dei volontari sul territorio e delle agenzie di residenzialità pubblica all'interno di percorsi di cultura solidale.

In questi casi il ruolo del Dipartimento di salute mentale si limita a monitorare e supportare l'andamento del progetto di vita dei soggetti inseriti (per le parti di competenza) in relazione ai progetti individuali, prevedendo un supporto tecnico intensivo domiciliare finalizzato. L'assistenza sanitaria prestata dal Dipartimento di salute mentale rientra nell'assistenza riabilitativa fornita a domicilio, che viene erogata a ogni singolo utente nella nuova realtà abitativa, in coerenza con quanto previsto dai LEA.

Si è già convenuto che la salute mentale è una delle aree sanitarie più complesse, poiché il suo perseguimento necessita di una stretta integrazione del sistema sanitario con i servizi sociali, le famiglie e la società in generale. Trattare con forme inadeguate, e spesso anche inappropriate, un problema di salute mentale accresce il rischio di un passaggio verso la cronicità che, specie nei soggetti più giovani, assume dei costi umani e sociali non accettabili. La quota di ricoveri inappropriate per disturbi mentali è spesso l'indicatore di una modalità assistenziale inadeguata che non trova nell'assistenza territoriale, e nella rete tra servizi, operatori, famiglie e pazienti, una modalità condivisa di percorso efficace di cura. Il Dipartimento di salute mentale deve quindi svilupparsi in senso fortemente inclusivo, secondo il paradigma del neuro-sviluppo, a forte responsabilità tecnica e gestionale di una rete di servizi per interventi integrati multidisciplinari e centrati sulla persona. Le aree operative di riferimento dipartimentale sono: la salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta e le dipendenze patologiche.

Anche per la disabilità è necessario formulare progetti di intervento con dipartimenti, servizi e realtà a vario titolo interessate per una integrazione socio sanitaria più ampia caratterizzata dalla trasversalità d'azione.

Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) evidenzia, infatti, la necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande di salute e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle *équipe* e i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Il PANSM delinea un modello di approccio alle problematiche e ai bisogni emergenti nel settore della Salute Mentale che deve garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura;
- servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone;
- LEA garantiti dall'Azienda USL nel suo complesso e non solo dal Dipartimento di salute mentale o dai servizi per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza;
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Lo stesso PANSM propone a tal fine tre modelli clinico-organizzativi che corrispondono a tre livelli di intensità di cura atti a governare il processo assistenziale:

- collaborazione/consulenza: modalità di lavoro strutturata tra Dipartimento di salute mentale e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali;
- presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione di un *case manager*.

L'assistenza nel campo della salute mentale è assicurata e governata dall'Azienda USL attraverso il Dipartimento di salute mentale. Il modello operativo che il presente Piano prevede trasferisce dall'ospedale al territorio la presa in carico di una parte della casistica che oggi impropriamente si rivolge alla struttura per acuti in un modello di tipologia di offerta che garantisce:

- Assistenza ospedaliera (Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura, c.d. SPDC);
- Assistenza territoriale (Centro territoriale di Salute Mentale / CSM, strutture residenziali e strutture semi-residenziali).

Il Piano prevede pertanto per l'assistenza territoriale :

- l'istituzione di 1 Centro territoriale di Salute mentale in ciascun Distretto, con conseguente reclutamento di personale specializzato necessario al suo funzionamento, all'interno delle Case della Comunità di alta complessità al fine di garantire una risposta H24 ed evitare quanto più possibile l'ospedalizzazione inappropriata, in accordo con le indicazioni ormai consolidate contenute nel Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 1994 "Progetto-obiettivo per la tutela della salute mentale 1994-1996", con orari e giorni di apertura prolungati e tali da garantire la continuità necessaria agli assistiti, nonché la disponibilità delle figure professionali preposte alla prevenzione e intervento tempestivo nelle situazioni di disagio alla manifestazione dei primi sintomi, erogare la tipologia di prestazione più appropriata, nell'ottica di evitare altresì l'istituzionalizzazione dei

pazienti. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il Centro territoriale di salute mentale è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

L'organizzazione dipartimentale prevede un'articolazione integrata dei servizi gestiti direttamente, sia dal punto di vista clinico che organizzativo, dal Direttore della struttura di psichiatria. La direzione unica è fondamentale ai fini di consentire il coordinamento dei diversi livelli di intervento e di dare continuità ai programmi terapeutici. Questo modello integra l'assistenza sanitaria (ospedaliera e territoriale) con quella socio sanitaria coinvolgendo nel processo di cura gli Enti Locali e tutte le altre aree del Distretto: dagli anziani agli adolescenti, dai tossicodipendenti ai disabili, dai soggetti con disturbo del comportamento alimentare ai detenuti.

Il Dipartimento di salute mentale, pur salvaguardando la sua natura transmurale, deve quindi fortemente integrarsi all'interno del Distretto; deve garantire la continuità ospedale-territorio e la continuità della presa in carico nelle diverse fasi della vita, inclusi i disturbi del neuro sviluppo, come, ad esempio, quelli che riguardano lo spettro autistico.

La riforma introdotta nel 1978 dalla Legge n.180 (Legge Basaglia) e ripresa, nello stesso anno, nella Legge n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha fortemente voluto spostare il trattamento del paziente con disturbo o malattia mentale dall'ambito ospedaliero all'ambito territoriale, quale luogo privilegiato ove attuare gli interventi terapeutici e riabilitativi, finalizzandone l'obiettivo al reinserimento in un contesto sociale. Il percorso territoriale di un paziente con bisogni complessi e con necessità di interventi multi professionali, si sviluppa attraverso una presa in carico da parte del Centro territoriale di salute mentale che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI).

Dando comunque preferenza all'approccio domiciliare e/o ambulatoriale, può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile. L'inserimento in una struttura residenziale avviene esclusivamente a cura del Centro territoriale di salute mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale. Si tratta di un processo attivo governato dal Dipartimento di salute mentale e non una semplice autorizzazione "passiva".

Questa procedura si svolge, ove possibile, mediante la sottoscrizione di un accordo/impegno di cura tra Dipartimento di salute mentale e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento, sul modello del budget di salute.

L'offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale, compresa quella dedicata alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare, rientra quindi pienamente nel sistema globale di trattamento e riabilitazione fornito dai Dipartimenti di salute mentale, il cui obiettivo è rispondere ai bisogni dell'utenza mediante l'erogazione di diversi livelli di intensità di cura nel rispetto dei vigenti LEA. Presso le strutture residenziali si attuano, in base al piano terapeutico, interventi di provata

efficacia relativamente alle aree clinico-psichiatrica, psicologica, riabilitativa ed interventi a carattere risocializzante. Questi interventi vengono prestati nelle diverse tipologie di unità di offerta, sanitarie e socio sanitarie della salute mentale. Tali unità di offerta possono erogare, in accordo con quanto previsto dai LEA, trattamenti con durate massime dei Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP), come di seguito riportato:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1): la durata massima dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 18 mesi, prorogabile per altri 6 con motivazione scritta e concordata con il Centro territoriale di salute mentale di riferimento e non ulteriormente prorogabile;
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2): la durata massima dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati (PTRP) non può essere superiore ai 36 mesi, prorogabile per altri 12, con motivazione scritta e concordata con il Centro territoriale di salute mentale di riferimento e non ulteriormente prorogabile;
- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3):
 - ✓ Comunità alloggio estensiva (CA estensiva), nella sotto tipologia con personale socio sanitario presente nelle 24 ore: la permanenza nella Comunità varia sulla base dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati (PTRP)
 - ✓ Comunità alloggio di base (CA base), nella sotto tipologia con personale socio sanitario presente nelle 12 ore: la permanenza nella Comunità varia sulla base dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati (PTRP)
 - ✓ Gruppo appartamento protetto (GAP), nella sotto tipologia con personale socio sanitario presente per fasce orarie: la durata del progetto è definita dal progetti terapeutico riabilitativo personalizzati (PTRP) con rivalutazione annuali in Unità di valutazione multidimensionale (UVM).
- Residenza socio sanitaria psichiatrica (RSSP): struttura socio sanitaria, anche mista, a prevalente finalità socio assistenziale destinata all'accoglienza di utenza con prevalente necessità lungo-assistenziale, per l'accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata al supporto ed al mantenimento delle abilità residue.

Questa offerta complessiva appare congrua alle necessità assistenziali, differenziate per intensità di cura, e coerente in termini di continuità assistenziale e permette inoltre di definire il ruolo della residenzialità psichiatrica all'interno del sistema complessivo di cure offerto dal Dipartimento di salute mentale. Ciononostante è indispensabile, al fine di rendere sostenibile il sistema di offerta in relazione ai fabbisogni, aggiornati periodicamente con disposizioni regionali sulla base dei bisogni emergenti rilevati dal Dipartimento di salute mentale, attuare azioni programmate di integrazione con: la gestione territoriale ambulatoriale e domiciliare, il ricorso strategico alle strutture semi-residenziali, la razionalizzazione delle degenze ospedaliere ed il ricorso ai percorsi di residenzialità leggera per promuovere l'autonomia dell'utenza.

Con attenzione ai servizi semi-residenziali, questi assumono un ruolo fondamentale nel garantire agli assistiti una soluzione alternativa all'istituzionalizzazione e hanno funzioni terapeutico-riabilitative tese ad impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero. Sono utilizzati da soggetti provenienti dai servizi di assistenza territoriale o da strutture residenziali, la cui sofferenza psichica è riferibile a cause diverse e iscrivibile in quadri psicopatologici molto differenziati.

Nei servizi semi-residenziali sono attuati percorsi riabilitativi miranti all'autonomizzazione e alla risocializzazione degli utenti anche attraverso programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in ambito lavorativo e a programmi di animazione sociale. Oltre alle attività interne alla struttura semi residenziale sono promossi incontri di sostegno alle famiglie e di collegamento con gli altri servizi del territorio.

L'offerta assistenziale si contraddistingue per la messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici, la cui durata è legata al singolo individuo e coincide con il periodo di presa in carico della persona e dei suoi bisogni sanitari e sociali. Non esistono tempi massimi di accesso ai servizi semi-residenziali e territoriali psico-socio-educativi, ma ciascun progetto deve essere periodicamente rivalutato e modificato tenendo conto dei diversi bisogni espressi e della diversa fase del percorso, anche esistenziale, della persona.

Alla luce di quanto sopra esposto, con la deliberazione della Giunta regionale n.1727/2021 sono state aggiornate le disposizioni regionali concernenti i requisiti organizzativi e strutturali delle strutture residenziali, semi-residenziali e dei servizi psico-socio-educativi territoriali per la salute mentale, nell'ambito delle quali:

- sono stati allineati i requisiti medesimi a quanto disposto dal DPCM 12 gennaio 2017 concernente i livelli essenziali di assistenza sopra citato, in particolare con riferimento alla durata degli inserimenti e alla ripartizione degli oneri per la permanenza nelle strutture;
- sono stati introdotti, nelle modalità organizzative attuali, gli strumenti sopra descritti previsti dal PANSM, con particolare riferimento al *budget* di salute, al Piano di lavoro individualizzato, al potenziamento della presa in cura degli assistiti attraverso l'erogazione di prestazioni nell'ambito dei servizi territoriali, superando, laddove possibile, l'istituzionalizzazione, anche mediante soluzioni abitative supportate da interventi educativi e riabilitativi che permettano la progressiva reinclusione sociale, abitativa, lavorativa. La flessibilità del modello assistenziale che è stata sinora delineata deve infatti tenere in debita considerazione la sfida di implementare un approccio alla presa in carico e in cura sempre più votata al piano assistenziale / riabilitativo del singolo assistito, il quale, nel superare la logica dei c.d. "minutaggi" nella definizione dell'apporto prestazionale delle singole figure professionali, che ha governato il sistema dell'offerta sino ai nostri giorni, evolva e si declini in un vero e proprio piano delle attività quotidiane, dove le risposte assistenziali sono particolarmente personalizzate, sia in termini di operatività, sia in termini di apporto delle singole figure professionali reputate necessarie;
- è stata aggiornata la dotazione di personale per ogni tipologia di nucleo e di servizio, al fine di garantire la presenza delle figure professionali necessarie ad applicare gli interventi sopra declinati, anche prevedendo l'introduzione di nuove figure, quali gli utenti e i familiari esperti.

Infine, con attenzione alla telemedicina, la pandemia da Covid 19 ha dimostrato come sia possibile incrementare notevolmente l'uso di questo strumento anche nell'ambito degli interventi per la salute mentale, sia per videoconferenze tra specialisti interessati da un comune percorso assistenziale di presa in carico, sia per interventi individuali e di gruppo da remoto. Il Piano dispone pertanto il mantenimento di questa modalità soprattutto nelle zone in cui è maggiore la carenza di personale, oltre che all'interno dei Dipartimenti di emergenza e urgenza e accettazione, prevedendo la collaborazione sia con i medici ivi operanti, sia con la rete dei medici di assistenza primaria.

LA RETE INTEGRATA PER UNA PRESA IN CARICO DI COMUNITÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Il DPCM 12 gennaio 2017, che disciplina e aggiorna i livelli essenziali di assistenza, definisce, all'art. 34, nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale, trattamenti riabilitativi alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. Tutti i trattamenti devono includere prestazioni erogate secondo metodi e strumenti *evidence based*, necessari ed appropriati al bisogno. In quest'ottica, la deliberazione della Giunta regionale n.1051/2020 ha individuato i requisiti organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio sanitarie semi-residenziali per persone disabili, in linea con le indicazioni previste dal DPCM. La prima applicazione sul territorio regionale della suddetta deliberazione ha riguardato il servizio semi-residenziale per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico (SDA). Si tratta di un servizio che, a seguito del rilievo che il DPCM dei LEA 2017 ha posto a questo disturbo (art. 60), si è evoluto da un livello di assistenza socio assistenziale a uno socio sanitaria.

Sempre in materia di disturbi dello spettro autistico, il presente Piano individua la necessità di implementare l'offerta assistenziale di strutture residenziali socio sanitarie, anche attraverso soluzioni innovative quali le *farm community*, per dare risposta a un bisogno regionale la cui entità complessiva, stante la complessità diagnostica, è ancora oggetto di valutazione e che richiede, sia interventi contingenti, sia interventi lungo tutto il percorso di vita.

A completamento del percorso di adeguamento, sia normativo, sia organizzativo-gestionale, intrapreso con l'adozione della sopra citata deliberazione della Giunta regionale n.1051/2021, relativa alle strutture socio sanitarie semi-residenziali per disabili, in ottemperanza a quanto previsto dal DPCM concernente i LEA, saranno individuati i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture e servizi che erogano trattamenti socio sanitari in regime residenziale, nonché in ambito psico-socio-educativo territoriale per le persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. Con tale attività sarà possibile erogare trattamenti a maggiore impegno sanitario, rispondenti a bisogni sempre più complessi e caratterizzati da necessità di interventi integrati.

LA RETE INTEGRATA PER UNA PRESA IN CARICO DI COMUNITÀ DELLE PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza, garantisce, all'art. 35, alle persone con dipendenza patologica (anche sottoposte a misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare), inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, trattamenti terapeutico riabilitativi e trattamenti pedagogico riabilitativi con programmi differenziati per intensità, complessità e durata, nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale.

I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- accoglienza;

- attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SeRD) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, familiare, di coppia o di gruppo);
- interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- collaborazione con la rete sociale formale e informale;
- collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione, o in regime di detenzione domiciliare;
- collaborazione con i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta;
- collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
- rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, e altro);
- collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.

In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza, o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio sanitario sulle 24 ore;
- trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;
- trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio sanitario nell'arco della giornata.

Gli interventi terapeutici, riabilitativi e assistenziali erogati si caratterizzano per intensità, durata e caratteristiche diverse e sviluppano un percorso di cura longitudinale articolato in tre fasi, a ciascuna delle quali corrispondono setting assistenziali differenti, che possono costituire erogazioni di una medesima struttura:

1. Centro crisi (SRD 1.A): uscita dalla crisi, osservazione comportamentale, impostazione della terapia farmacologica, approfondimenti diagnostici, orientamento e costruzione del programma terapeutico riabilitativo;
2. Percorso terapeutico-riabilitativo (SRD 1.B - fase B01): sviluppo del programma terapeutico riabilitativo, supporto al monitoraggio delle condizioni psico-fisiche, assistenza medica ed eventuali somministrazioni farmacologiche, sostegno individuale e/o di gruppo e alle attività espressive;
3. Percorso di reinserimento lavorativo e sociale (SRD 1.B - fase B02): seconda fase del programma riabilitativo, attraverso un setting assistenziale poco strutturato e ad alta autonomia, rivolto a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, per consentire il passaggio dalla situazione protetta alla vita autonoma.

Il modello adottato ai fini della cura, dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti affetti da dipendenze patologiche, in analogia alle prese in cura dei disturbi della salute mentale e del comportamento alimentare, si basa su percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e sui bisogni dei pazienti piano terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP). Gli interventi devono prevedere la sinergia tra i servizi sanitari, i servizi sociali, gli enti del Terzo settore e le associazioni sul territorio, al fine di garantire una presa in cura globale della persona, sul modello del budget di salute già enunciato con riferimento alla cura dei disturbi mentali. Le strutture e i servizi pubblici e privati accreditati offrono un'ampia gamma di interventi, con differenti livelli di intensità assistenziale, per seguire in modo appropriato ed efficace l'evoluzione del singolo paziente nelle fasi del suo percorso terapeutico, riabilitativo ed esistenziale, con l'obiettivo di recuperare le capacità residue e permettere, quanto più possibile, il suo reinserimento nell'ambiente sociale e familiare.

Il percorso del singolo utente può prevedere interventi differenti nella medesima struttura, ma anche interventi in sequenza in differenti strutture o sul territorio. Tutti gli inserimenti di utenti residenti sono disposti dal Dipartimento di salute mentale, previa presa in carico dell'assistito e valutazione, per il tramite della Unità di Valutazione della Salute Mentale (UVSM).

I percorsi diagnostico-terapeutici delineati nella presa in carico, hanno una durata condizionata dalla risposta del singolo individuo, pur con limiti temporali, oltre i quali non si ritiene più appropriata una proposta riabilitativa, ma si prosegue con una presa in carico di bisogni sociali e sanitari.

LA SANITÀ PENITENZIARIA

In materia di assistenza sanitaria presso la Casa circondariale di Brissogne, in linea con quanto previsto all'articolo 2 del Protocollo d'Intesa dedicato, siglato tra il Ministero della Giustizia e la Regione autonoma Valle d'Aosta, quest'ultima si impegna a recepire le indicazioni e le disposizioni emanate a livello centrale in materia di assistenza sanitaria penitenziaria e ad impartire le direttive e gli indirizzi all'Azienda USL, per l'esercizio delle funzioni sanitarie di competenza. La vigente deliberazione della Giunta regionale n.1850, del 10 dicembre 2015¹³ disciplina infatti, a livello regionale, questo ambito assistenziale, in accordo con le indicazioni statali.

La partecipazione attiva dei referenti regionali presso il gruppo interregionale della sanità penitenziaria facente capo al Coordinamento area territoriale della Commissione salute favorisce il confronto con gli altri referenti regionali e permette di contribuire, ciascuno con le esperienze correlate al proprio territorio, all'aggiornamento e alla predisposizione dei documenti di indicazioni di livello centrale, per poi darne applicazione contestualizzata al proprio sistema regionale. In tal senso, e all'interno del gruppo interistituzionale, si stanno avviando i lavori finalizzati ad un aggiornamento delle linee guida sopra citate in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti.

In parallelo, stanno iniziando, in alcune realtà regionali, le prime sperimentazioni concernenti la realizzazione di strutture per minori autori di reato. Lo scopo è quello di avviare l'offerta di nuove tipologie di servizi, rispondenti a minori con problematiche complesse caratterizzate da compromissioni del funzionamento personale e sociale.

Per quanto i numeri esigui del contesto regionale spesso non giustificano l'istituzione sul territorio di alcune tipologie di strutture, il presente Piano si impegna a seguire con attenzione tali processi e percorsi, anche nell'ottica di instaurare collaborazioni sovraregionali a maggiore garanzia di tutela per i cittadini in stato di reclusione.

LA MEDICINA DI GENERE

Gli effetti della pandemia, in termini di rallentamento o sospensione di alcune attività sanitarie, ha limitato anche la diffusione di nuovi approcci in ambito di assistenza sanitaria regionale, condizionando lo sviluppo del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge n.3/2018, per il quale, prima dell'emergenza, erano state poste in essere alcune delle attività propedeutiche alla sua applicazione.

Tale attività resta tuttavia un impegno prioritario per il sistema sanitario regionale, per l'adempimento del quale si procederà, come previsto dalle indicazioni vigenti, a porre in essere attività finalizzate alla diffusione di un modello che garantisca:

- la previsione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e le scienze umane che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura;
- la promozione e il sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere;
- la promozione e il sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, garantendo adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario;
- la promozione e il sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

¹³ avente per oggetto "Recepimento dell'accordo sul documento linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali approvato dalla Conferenza unificata in data 22 gennaio 2015 (rep. n.3/cu). Approvazione di direttive all'Azienda USL in materia di sanità penitenziaria",

Con il presente Piano ci si impegna dunque:

- a recepire a livello regionale il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere e ad istituire il tavolo tecnico regionale per la medicina di genere;
- ad incentivare le attività in capo alle istituzioni centrali, quali la diffusione delle raccomandazioni agli Ordini e ai Collegi delle professioni sanitarie, alle società scientifiche e alle associazioni di operatori sanitari non iscritti a Ordini o Collegi, volte a promuovere l'applicazione della medicina di genere su tutto il territorio nazionale, nonché la fruizione della formazione dedicata presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie e l'organizzazione della medesima nell'ambito del piano formativo dell'Azienda USL con requisiti per l'accreditamento nell'educazione continua in medicina;
- a rendere progressivamente interdisciplinare, e trasversale in ogni branca e specialità, l'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere e a favorire un modello di erogazione delle cure basato non solo sulla valutazione delle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, ma anche su fattori personali, culturali e sociali dei singoli assistiti.

LA FARMACIA DEI SERVIZI

Afferiscono al Distretto anche le farmacie dei servizi, strutture già presenti sul territorio, che per la loro capillarità e presenza in zone anche disagiate e lontane dall'asse viario centrale, svolgono un importante ruolo di supporto del Servizio Sanitario Regionale.

L'avvio del progetto di valorizzazione del ruolo delle farmacie esistenti sul territorio a supporto del Servizio Sanitario Regionale, in quanto servizi decentrati e quindi di maggiore prossimità agli utenti, consiste, oltre che nell'attività ormai consolidata di distribuzione di alcuni farmaci e presidi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, nell'attribuzione alle medesime dell'attività di prenotazione di esami e/o visite specialistiche, attraverso un portale dedicato con funzione di Centro unico di prenotazione (CUP) on-line e di contestuale consegna di provette, contenitori e fogli di istruzione per la preparazione agli esami.

È intuitivo comprendere che, soprattutto in un territorio montano, la distribuzione capillare delle farmacie, renda le stesse un punto di frequentazione da parte dei pazienti cronici e non, e favorisca, laddove necessario, il monitoraggio degli stessi, anche su aspetti fondamentali quali l'aderenza terapeutica.

A livello nazionale il ruolo delle farmacie a supporto del Servizio Sanitario Nazionale, già previsto dal decreto legislativo n.502/1992 e dalla Legge 18 giugno 2009 n. 69 e poi più specificatamente dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, è ora annoverato nei principali documenti di programmazione sanitaria quali il Patto per la salute, il Piano cronicità e il Piano per il governo delle liste di attesa. In particolare, il ruolo delle farmacie nell'attività di prenotazione delle prestazioni (disciplinata dal decreto ministeriale 8 luglio 2011)¹⁴ come prima fase nell'avvio del progetto farmacie di servizi in Valle d'Aosta, offre un valore aggiunto anche nel raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano regionale di governo delle liste di attesa.

¹⁴ D.M. 8.07.2011 "Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

Con la pandemia, si è reso ancor più necessario avvalersi della disponibilità delle farmacie anche nelle attività di prevenzione e contrasto del contagio da Covid 19, in tal senso, con la Legge 178/2020, cosiddetta legge di bilancio 2021, si è disposto che i test mirati a rilevare la presenza di anticorpi IgG e IgM e i tamponi antigenici rapidi per la rilevazione di antigene Sars Cov 2 possano essere eseguiti anche presso le farmacie aperte al pubblico dotate di spazi idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Tale opportunità è stata dunque colta anche a livello regionale, con la sigla dell'Accordo per l'erogazione di tamponi e test presso le farmacie e il conseguente avvio del servizio (deliberazione della Giunta regionale n.211/2021), nonché con l'applicazione del successivo accordo nazionale concernente l'erogazione di test antigenici rapidi presso le farmacie a prezzo calmierato.

Inoltre, dando seguito all'Accordo quadro in data 30 marzo 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, Federfarma e Assofarm per la somministrazione da parte dei farmacisti del vaccino anti Sars Cov 2, è stata adottata la deliberazione della Giunta regionale n. 461, in data 26 aprile 2021, con la quale è stato recepito lo schema di Accordo tra la Regione autonoma Valle d'Aosta, l'Azienda USL e le organizzazioni sindacali dei farmacisti (Federfarma Valle d'Aosta e Assofarm Valle d'Aosta), per l'estensione delle attività svolte dalle farmacie sul territorio nell'ambito del progetto farmacia dei servizi, con la somministrazione dei vaccini anti Sars Cov 2, la quale ha avuto avvio nel mese di maggio 2021. Da ultimo, sempre in tema di vaccinazioni, il decreto legge n.105/2021 ha altresì previsto la somministrazione presso le farmacie medesime del vaccino antinfluenzale.

Il progetto nazionale farmacie di servizi, prevede l'implementazione di altri servizi per il cittadino, quali l'offerta di attività professionali (fisioterapisti, infermieri, ecc.), i consulti preliminari possibili mediante la dotazione presso le farmacie di dispositivi medici e apparecchiature, ma anche il supporto all'attivazione del fascicolo sanitario elettronico reso possibile già dal mese di giugno 2021.

LA RETE EMERGENZA URGENZA

L'evoluzione che il presente Piano profila per l'assistenza sanitaria regionale, sia ospedaliera che territoriale, rende particolarmente evidente la necessità di un adeguamento del sistema di Emergenza-urgenza regionale.

L'organizzazione attuale del sistema di Emergenza territoriale (E.T.) presenta delle problematiche a cui è prioritario trovare soluzione, perché un sistema di emergenza territoriale efficace impatta positivamente sull'esito di molte patologie tempo dipendenti, e perché per una regione a elevata vocazione turistica rappresenta un elemento qualificante con cui presentare l'offerta turistica.

L'orografia della Valle d'Aosta e la conseguente distribuzione della popolazione residente richiedono un modello organizzativo coerente con tali peculiarità. Altre problematiche sono anche da ricondurre alle difficoltà che, non solo a livello regionale, oggi caratterizzano l'arruolamento di medici con specialità pertinenti a queste funzioni (anestesisti rianimatori, medici di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza).

Una efficace e completa revisione della Legge regionale n.4/2008, che a tutt'oggi regola tale sistema, anche alla luce della revisione in corso a livello nazionale in materia, permetterà di meglio qualificare gli interventi dell'organizzazione del sistema emergenza-urgenza alle reali necessità della

popolazione valdostana e al territorio in cui si trova ad operare; il tutto, nel rispetto dei criteri di tempestività previsti dagli attuali livelli di assistenza e secondo standard di qualità organizzativa e appropriatezza funzionale coerenti anche alle indicazioni normative fornite a livello comunitario e nazionale.

La nuova rete regionale dell'emergenza-urgenza dovrà garantire, implementare, uniformare e riorganizzare il soccorso sanitario di emergenza in tutti i suoi aspetti e in raccordo con tutte le altre strutture/enti coinvolti, (anche per la gestione di maxi emergenze), includendo in esse quelle del Terzo settore e le reti extra regionali, in particolare per le patologie tempo dipendenti, come previsto dal DM n.70/2015.

In particolare, il DM n.70/2015, in materia di rete territoriale del soccorso, dispone che il nuovo modello organizzativo dell'assistenza sia caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse. Precisa come esso debba prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in questo modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

Il DM n.70/2015 prevede inoltre che la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati venga individuata utilizzando un criterio basato sull'attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti, applicando un necessario correttivo per la copertura ottimale nelle zone, come quelle del territorio regionale, che presentano particolari difficoltà di accesso e di percorrenza al fine di garantire ovunque l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali. In particolare per la Valle d'Aosta il tempo di percorrenza verso l'unico ospedale regionale non può non considerare la possibilità di accordi, previsti anche dalle reti tempo dipendenti (TD) di cui al medesimo DM n.70/2015, con i presidi del Piemonte.

Allo stato attuale il Sistema di emergenza territoriale dispone di 4 sedi di soccorso avanzato (Donnas, Châtillon, Aosta e Morgex) di cui:

- la sede di Donnas, proprio per la sua prossimità al confine amministrativo e geografico della regione, è medicalizzata H24;
- la sede di Châtillon è medicalizzata H12 in orario notturno e vede la presenza di un infermiere specializzato nelle ore diurne;
- la sede di Aosta vede la presenza H24 di un infermiere specializzato, di un medico nella Centrale unica di soccorso (CUS) H24 e di un medico su automedica H12 in orario diurno;
- la sede di Morgex, dispone di un infermiere specializzato su ambulanza H24 ed è supportato, all'occorrenza, dall'intervento del medico in servizio presso la sede di Aosta.

Al bacino di utenza potenziale della popolazione residente, una delle problematiche a cui la riorganizzazione del sistema di emergenza territoriale deve trovare risposta è, come noto, l'aumento della popolazione presente in alcuni periodi dell'anno derivata dall'afflusso turistico. L'ammontare stimato delle presenze turistiche per ciascuna delle 4 sedi vede accrescere il bacino di:

- Morgex di circa 150.000 turisti in inverno (dicembre-aprile) e 180.000 in estate (giugno-settembre);
- Aosta e la plaine di circa 140.000 turisti in inverno (dicembre-aprile) e 190.000 in estate (giugno-settembre);
- Donnas di circa 120.000 turisti in inverno (dicembre-aprile) e 140.000 in estate (giugno-settembre);
- Châtillon di circa 98.000 turisti in inverno (dicembre-aprile) e 56.000 in estate (giugno-settembre).

Ai fini dell'ottimizzazione delle risorse l'attribuzione corretta dei codici di gravità in ingresso è effettuata attraverso l'utilizzo di specifici protocolli in dotazione al personale della Centrale unica del soccorso (*Medical priority*) che guida nella selezione della risorsa più appropriata per rispondere all'emergenza.

Individuata la risorsa appropriata, il sistema deve garantire anche i tempi di risposta tra l'arrivo della chiamata alla centrale operativa e l'arrivo del mezzo sul luogo della chiamata che non sempre sono in linea con lo standard previsto dai livelli essenziali di assistenza, anche in ragione della complessità orografica.

A tal proposito, mentre è bene sottolineare come la velocità delle ambulanze possa essere fondamentale, il Piano sottolinea come lo può essere altrettanto la capacità dei cittadini di saper affrontare il periodo che intercorre fra il momento del malore e l'arrivo del 118, seguendo scrupolosamente le istruzioni pre-arrivo fornite dall'infermiere della centrale operativa.

Il Piano dispone pertanto che il modello organizzativo per il nuovo sistema di emergenza territoriale preveda una implementazione sia qualitativa, sia quantitativa, delle risorse umane destinate alle postazioni sopra individuate, al fine di garantire una copertura più celere e appropriata, attraverso l'impiego di risorse professionali, supportate dall'impiego dei volontari del soccorso, che garantiscano una maggiore flessibilità del Sistema stesso con possibilità di risposte diversificate a seconda delle reali esigenze assistenziali.

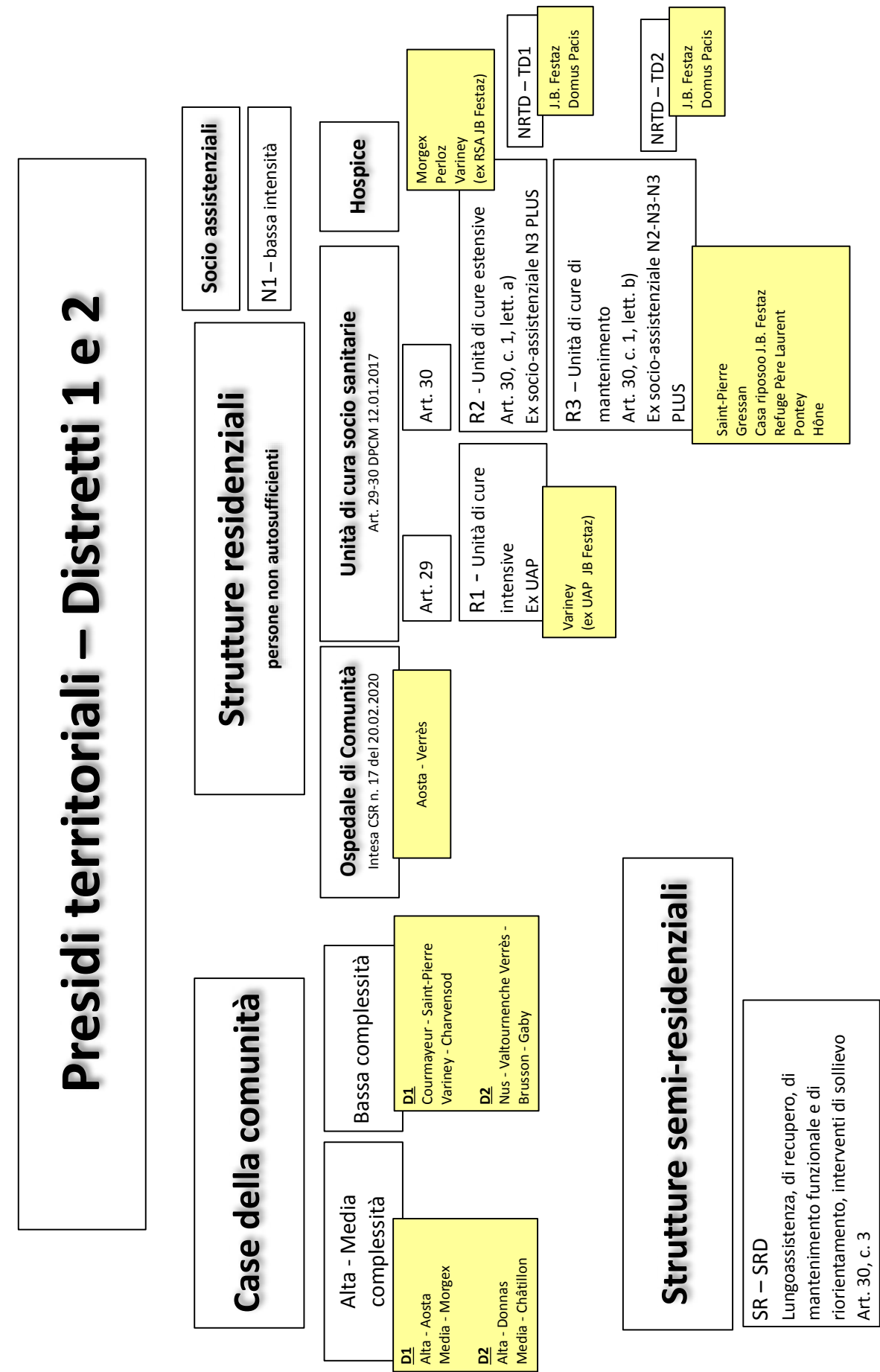
Il modello che il Piano individua e che deve essere sottoposto a valutazione di fattibilità e pertinenza, oltre che una graduale e progressiva implementazione, prevede pertanto:

- la presenza stabile di un medico stabile presso la Centrale unica del soccorso H24 a garanzia di appropriata valutazione della casistica delle chiamate;
- una rete "a maglie strette" di ambulanze con tempi di intervento rispondenti ai tempi previsti dalla normativa vigente e personale (anche volontario) rispondente alla necessità di effettuare la defibrillazione precoce e le manovre di primo soccorso;
- una rete "a maglie medie" di ambulanze, nelle attuali 4 sedi, con infermiere specializzato con funzione autonoma di risposta appropriata ai codici a bassa e media gravità, che svolga anche un ruolo di supporto al medico nei casi di codici ad alta gravità clinica;
- una rete "a maglie più larghe" di mezzi agili, come le automediche, a servizio di un numero più ampio di ambulanze anche attraverso le modalità di *rendez-vous*, ad esempio, nelle sedi di Aosta e di Donnas;
- il mantenimento di un elevato standard qualitativo del servizio di elisoccorso che rappresenta ogni anno il 6% circa dei trasporti complessivi.

Stante inoltre la vocazione turistica della Valle d'Aosta il Piano dispone che venga avviata una valutazione tecnica e di sostenibilità finalizzata a garantire il volo notturno condotto da elicotteri per il servizio medico di emergenza e per le attività di ricerca e soccorso in montagna.

Infine, aspetti centrali della revisione della Legge regionale n.4/2008, che oggi rappresentano altrettante criticità, dovranno essere quelli di:

- migliorare e rendere più performanti le collaborazioni in essere tra sistema aziendale dell'emergenza urgenza e la rete dei volontari del soccorso realizzando una vera rete territoriale;
- rideterminare gli standard di funzionamento, di personale qualificato e di mezzi atto a supportare con efficacia una nuova rete di postazioni nel rispetto del territorio e dei bisogni che esso esprime, declinandolo tra una rete a maglie strette, una a maglie medie e una a maglie più larghe;
- garantire il mantenimento di un elevato standard qualitativo del servizio di elisoccorso considerato anche il progetto del nuovo ospedale regionale e valutando la fattibilità di un eventuale funzionamento notturno.



OBIETTIVI

- MA 2.1 Ridefinire i modelli e gli standard dell’assistenza territoriale regionale secondo i principi della complessità clinico assistenziale, dell’integrazione socio sanitaria distrettuale e della prossimità al cittadino
- MA 2.2 Potenziare il ruolo del Distretto dotandolo di responsabilità economico finanziaria attraverso l’assegnazione di un *budget* per la definizione del Piano Attuativo Territoriale (PAT) che, a seguito di una analisi locale dei bisogni, ne permetta lo svolgimento della funzione di committenza, di produzione e di garanzia di accesso ai servizi secondo equità e appropriatezza, monitorandone la qualità e gli esiti
- MA 2.3 Dotare la rete territoriale di strutture ambulatoriali e residenziali intermedie tra il domicilio e l’ospedale realizzando le Case della Comunità H12 e H24 e l’ospedale di Comunità conformemente ai livelli di servizio stabiliti dall’analisi dei bisogni e dalla dotazione già esistente di strutture e dotazioni tecnologiche in essere
- MA 2.4 Ampliare le forme di sussidiarietà orizzontale attraverso il coinvolgimento e la presenza dei cittadini e delle loro associazioni negli spazi stessi dei servizi territoriali, *in primis* le Case della Comunità
- MA 2.5 Applicare il principio dell’umanizzazione, già avviato nel caso dei ricoveri ospedalieri, anche alle strutture residenziali sanitarie territoriali per il tramite del supporto offerto da Agenas a questi progetti nazionali
- MA 2.6 Implementare l’assistenza domiciliare verso un modello di cure domiciliari integrate (di base o complesse) sanitarie, socio sanitarie e sociali, superando la logica prestazionale per una presa in carico trasversale e organizzata per obiettivi di salute secondo quanto già avviato in materia di revisione dell’attuale offerta con la deliberazione della Giunta regionale n.76/2021 e gli indirizzi del PNRR
- MA 2.7 Realizzare un sistema territoriale di garanzia di accesso e di appropriatezza della risposta rispetto al *setting* assistenziale necessario al bisogno attraverso la costituzione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) dotate di un adeguato team multi professionale
- MA 2.8 Adeguare alle evidenze emerse a seguito della stratificazione della popolazione regionale per intensità di bisogno assistenziale e patologie il Piano regionale della Cronicità secondo il modello del *Chronic Care Model*
- MA 2.9 Costruire un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato sulla medicina di iniziativa, in coerenza con il Piano cronicità, il Piano della prevenzione e il Piano per il governo delle liste di attesa incentrato su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi tra ospedale e territorio, sulla qualità e sull’appropriatezza delle prestazioni

- MA 2.10 Aggiornare il ruolo e le funzioni della medicina in convenzione riconoscendone la funzione strategica nel nuovo modello dell'assistenza sanitaria territoriale indicato dalla recente normativa anche attraverso l'evoluzione degli Accordi integrativi regionali derivanti dall'ACN e la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in accordo con i medici convenzionati del territorio (di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali)
- MA 2.11 Sviluppare le forme innovative della telemedicina nelle attività di diagnosi, visita e consultazione con priorità di sviluppo nelle aree disagiate, nelle specialità con minore dotazione di medici e in tutte le situazioni di cronicità e fragilità a vantaggio del paziente
- MA 2.12 Realizzare azioni efficaci di governo delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, qualificando la prescrizione, adeguando i sistemi informativi, riorganizzando i punti di offerta e avviando percorsi formativi e informativi sia ai medici (offerta) sia ai cittadini (domanda)
- MA 2.13 Attivare il nuovo modello assistenziale Ambulatori per la presa in carico della Cronicità gestiti dall'Infermiere di famiglia e di comunità (IFC) in collaborazione con altri professionisti presenti nella comunità, anche per le attività di promozione e prevenzione della salute e di *empowerment* individuale
- MA 2.14 Riorganizzare e riqualificare l'intera rete consultoriale ricomponendone l'attuale frammentazione, secondo quanto disposto anche dal decreto nazionale sul riordino dell'assistenza territoriale
- MA 2.15 Strutturare all'interno del nuovo modello organizzativo e funzionale dell'assistenza territoriale il ruolo delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) in particolare per l'assistenza domiciliare
- MA 2.16 Implementare la rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore anche a seguito della deliberazione della Giunta regionale 1237/2020 integrandone le prestazioni in ogni ambito assistenziale (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare)
- MA 2.17 Riorganizzare l'attuale rete di strutture residenziali territoriali differenziandola per intensità di cura e distinguendo tra strutture a valenza sanitaria e socio sanitaria (in capo all'Azienda USL) e socio assistenziale (in capo agli EELL) prevedendo per tutte la definizione di adeguati standard assistenziali
- MA 2.18 Riorganizzare la rete dei servizi per la salute mentale secondo una logica integrata tra ospedale e territorio oltre che comunitaria che preveda la predisposizione di punti di pronto soccorso psichiatrico presso il Centro territoriale di salute mentale al fine di evitare quanto più possibile l'ospedalizzazione

- MA 2.19 Riorganizzare la rete dei servizi per le persone con disabilità, e le loro famiglie, secondo comunitaria una logica integrata tra tutti i servizi sanitari, socio sanitari, socio assistenziali e sociali
- MA 2.20 Riorganizzare la rete dei servizi per le persone con dipendenza patologica secondo una logica comunitaria integrata tra ospedale e territorio
- MA 2.21 Realizzare il modello delle Farmacie di servizi quali punti di offerta capillare sul territorio anche nelle zone disagiate e lontane dall'asse viario centrale definendo le attività e formalizzando il ruolo attraverso la stipula di apposito Accordo regionale
- MA 2.22 Ridefinire la rete dell'Emergenza sanitaria extraospedaliera garantendo uniformità e raccordo con tutte le strutture e i soggetti coinvolti, ridefinendo gli standard di funzionamento, di personale e di mezzi per una nuova rete a maglie differenziate anche in relazione al progetto del nuovo ospedale

MACRO AREA 3

**L'ASSISTENZA SANITARIA OSPEDALIERA
IN UNA NUOVA LOGICA PRODUTTIVA E FUNZIONALE DI RETE**

La pandemia da Sars Cov 2 ha evidenziato in molti dei sistemi sanitari regionali che un'assistenza ospedaliera separata dal territorio in termini di *continuum* assistenziale non può più rappresentare una risposta adeguata ai bisogni di salute, tanto in fase ordinaria quanto, maggiormente, in fasi di emergenza pandemica. Nonostante la sostanziale tenuta del servizio sanitario ospedaliero regionale all'aumento esponenziale di casi da contagio, anche di elevata complessità clinica, l'esperienza pandemica ha evidenziato i limiti del ricorso a una struttura ospedaliera funzionalmente rigida e poco adatta a convertirsi in occasione delle emergenze, con conseguenze sulla riduzione drastica, fino anche alla temporanea sospensione, di interventi e prestazioni già programmate. Oltre a ciò, la dispersione dell'attuale presidio su tre sedi contrasta con la ricerca di una maggiore qualità e sicurezza delle cure e necessita della revisione del progetto architettonico dei servizi ospedalieri regionali tenendo in debita considerazione la capacità produttiva rispetto al fabbisogno, le diverse intensità di cura, il bacino di utenza e la morfologia del territorio.

Dall'analisi del contesto è emerso come in Valle d'Aosta permanga tutt'ora, nonostante la normativa nazionale e le indicazioni nazionali sulla programmazione, un modello sanitario ancora troppo incentrato sull'ospedale: assegnare a una struttura per la cura delle acuzie bisogni assistenziali diversi, con livelli di intensità di cure più bassi, non solo comporta inefficienza, spreco di risorse finanziarie e professionali, ma accresce i tempi di attesa e non consente una risposta appropriata e sicura, priva dei rischi che il permanere in una struttura ospedaliera può comportare allo stato di salute delle persone fragili. Impegnare l'ospedale regionale su una casistica non consona ne abbassa il profilo clinico assistenziale di cura e rende meno attraente anche per i professionisti il permanere nell'organizzazione sanitaria di appartenenza.

La Valle d'Aosta dall'esperienza pandemica, e dalle criticità emerse, ha tratto alcune evidenze che, nel presente Piano, si coniugano in linee di sviluppo future, sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per acuti e per riabilitazione e lungodegenza, sia per quanto riguarda l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali, tanto in fase ordinaria di gestione, quanto in fase emergenziale.

Il territorio regionale e il bacino di utenza della Valle d'Aosta determinano un fabbisogno di cure ospedaliere che trova risposta in un unico presidio su più sedi, con un tasso di ospedalizzazione di 170 ricoveri ogni 1.000 abitanti, superiore allo standard del decreto ministeriale n.70/2015¹⁵ in virtù della clausola di salvaguardia riconosciutaci dallo stesso decreto; allo stato attuale permane una quota di inappropriatazza per una parte dei ricoveri, dovuta sia alla debole integrazione tra cure ospedaliere e cure territoriali, sia all'assenza di strutture sanitarie intermedie tra l'ospedalizzazione e le cure domiciliari.

¹⁵ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

Il Piano pertanto prevede per l'assistenza ospedaliera una riorganizzazione finalizzata alla riunificazione in un'unica sede dell'assistenza per acuti e una riqualificazione differenziata per diversa intensità di cura attraverso la dotazione architettonica di un nuovo ospedale per acuti e una struttura antistante, ma collegata ad esso, per la bassa intensità di cura, con funzioni di diagnosi e cura diurne H12, a gestione prevalentemente infermieristica. Ciò comporta la collocazione nell'area dell'attuale presidio riorganizzato anche della psichiatria e dell'area materno-infantile.

In attesa del completamento dell'opera, con le finalità appena descritte, saranno individuate soluzioni funzionali adeguate, a carattere temporaneo, specie nel caso di una gestione di eventuali nuove emergenze sanitarie.

Parimenti, occorre pervenire ad un modello di cure, integrato con il territorio, che si occupi della continuità assistenziale sia sotto il profilo dei protocolli diagnostico terapeutici condivisi, particolarmente indicati per le cronicità e la salute mentale, sia sotto il profilo di forme alternative al ricovero per acuti, più orientate alle cure domiciliari, anche attraverso il potenziamento della telemedicina e teleassistenza. Alla rete intra regionale deve poi corrispondere una rete interregionale, governata, che garantisca tempestività di risposta e sicurezza alle cure su specifiche situazioni cliniche. Sul totale dei residenti, nel 2020, il 14,6% si rivolge fuori regione e lo fa per il 65% nelle strutture piemontesi e per un ulteriore 20% in quelle lombarde.

La mobilità sanitaria è un diritto, ma va regolata per i ricoveri programmati se si vuole mantenere elevata, tanto la produttività e la qualità delle cure ospedaliere regionali, quanto garantire qualità e sicurezza di percorso assistenziale nei casi di patologie particolarmente complesse quali, ad esempio, quelle tempo dipendenti (emergenze cardiologiche, ictus e politrauma tra tutte).

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA PRIMA E DOPO LA PANDEMIA

Da circa quarant'anni, in Italia ma non solo, si è assistito a una progressiva riduzione dei posti letto per acuti, per lungodegenza e riabilitazione. Dal punto di vista normativo si sono succedute diverse fasi delle politiche di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di riduzione delle loro dotazioni strutturali a partire già dalla metà degli anni 80 (Legge n.595/1985) fino al decreto ministeriale n.70/2015 sugli standard ospedalieri che riconosce alle Regioni a statuto speciale la possibilità di autodeterminare il proprio modello organizzativo, seppure nel rispetto dei principi indicati. Ciò che in questo lungo processo vengono determinati come principi di funzionamento sono, da un alto, la necessità di riservare agli ospedali la casistica delle patologie acute, e per degenze brevi e, dall'altro, un incardinamento della dotazione di posti letto e di discipline specialistiche presenti, ai bacini di utenza della popolazione assistita. Il tutto, guidato dall'intendimento principale di contenere la spesa e rendere sostenibile il sistema sanitario pubblico.

Si sono quindi concentrate le risorse maggiori sulle strutture ospedaliere, ritenendo che ciò avrebbe permesso di sfruttare in modo più completo le risorse professionali in esse operanti, assicurando quella continuità nella pratica e nell'esercizio delle competenze che risultano fondamentali per la qualità del lavoro, soprattutto nelle prestazioni chirurgiche. Se ciò ha trovato evidenze scientifiche per alcuni interventi chirurgici, per i quali un basso volume di attività non assicura adeguati livelli di sicurezza al paziente, non tutti i percorsi assistenziali avrebbero dovuto ricevere una simile valutazione.

Di fatto però questo modello, valido nell'impostazione di principio, non solo non ha trovato una omogenea applicazione nei diversi contesti regionali ma, soprattutto, non è stato accompagnato ovunque da un contemporaneo investimento sull'assistenza territoriale, sulle strutture sanitarie intermedie e su tutta la filiera che costituisce la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio e viceversa. Questo *vulnus* nel modello organizzativo, presente anche nella nostra regione, ha prodotto una quota di ospedalizzazioni evitabili per patologie che avrebbero ricevuto una risposta più appropriata, efficace e a minore costo sul territorio se si fosse agito per dotarlo di adeguate strutture in rete, di servizi, di personale e di risorse tecnologiche adeguate. La configurazione organizzativa dei servizi ospedalieri e l'impostazione che ne è derivata dei servizi extra ospedalieri hanno finito in molti casi per privare il territorio di un sistema adeguato di cure di prossimità.

Questa impostazione dimostrava già delle criticità evidenti in fase pre-pandemica quando, a seguito della transizione epidemiologica, che a partire dagli anni '80 aveva ridotto sensibilmente la mortalità per malattie infettive e concentrato l'interesse epidemiologico sulle patologie cardiologiche, cerebro vascolari e sui tumori, rivelava invece come l'allungamento della speranza di vita portava con sé un aumento delle patologie croniche, inadeguate ad essere affrontate in sede ospedaliera se non nei casi, da limitare con percorsi di cura efficaci, in cui si riacutizzavano, e per le quali era il territorio la sede più appropriata di trattamento.

L'arrivo della prima fase della pandemia, e la sua valutazione *ex post*, ha portato all'emergere di due constatazioni da cui derivare altrettante consapevolezze per il futuro del sistema sanitario regionale.

La prima riguarda il fatto che la scarsità di risorse sul territorio ha favorito, all'aumento esponenziale dei casi, il trasferimento di molti pazienti Covid 19 in ospedale, immaginando questo come il luogo più idoneo a gestire, in una logica di maggiore produttività aziendale, una patologia complessa, ancora in parte non bene conosciuta, con una elevata richiesta di interdisciplinarietà di competenze specifiche. Se da un lato ciò è stato vero e l'ospedale, nonostante il forte congestionamento subito, che ne ha persino interrotto l'attività ordinaria, ha sostenuto l'urto dell'ondata pandemica, di fatto ha anche involontariamente favorito la diffusione iniziale dei contagi, specie in un presidio unico quale quello regionale in cui è stato molto difficile creare tempestivamente, e mantenere, la separazione dei percorsi e l'utilizzo esclusivo del personale dei reparti Covid 19.

La seconda consapevolezza che la pandemia ha favorito è che le politiche di de-ospedalizzazione richieste dal decreto ministeriale n.70/2015, che avrebbero dovuto essere accompagnate dalla costruzione e dal rafforzamento di un sistema di servizi di assistenza territoriale e domiciliare, di fatto, hanno fortemente penalizzato l'intero sistema delle cure primarie che, all'apice della curva pandemica, ha dovuto arrendersi all'impossibilità sia di gestire adeguatamente una casistica molto numerosa di contagiati, sia di limitare, almeno in parte, il coinvolgimento delle strutture ospedaliere presso le quali, nel contempo, affluiva un elevato numero di pazienti.

Le difficoltà e le criticità del sistema sanitario regionale, evidenziato ulteriormente dal Covid 19, devono a questo punto avvalersi della capacità di quello stesso sistema sanitario regionale per trasformare ogni mancanza in una opportunità e in una linea di sviluppo futura.

Per quanto fin qui evidenziato, e come logica conseguenza operativa, il Piano individua come indispensabili e prioritari nel prossimo quadriennio:

- lo sviluppo di forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero, tra le quali l'individuazione di strutture sanitarie residenziali intermedie e di Ospedali di Comunità (OdC), per altro previsti, e in parte finanziati, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- il potenziamento e lo sviluppo delle cure primarie in una logica di rete, perché se non si rafforzano i servizi territoriali, anche il potenziamento delle dotazioni ospedaliere rischia di essere solo limitatamente funzionale;
- la definizione del progetto del nuovo ospedale regionale, finalizzato alla riunificazione in un'unica sede della assistenza per acuti, differenziando l'intero complesso in due edifici a diversa intensità di cura: uno dedicato ai reparti di degenza H24, al nuovo Pronto soccorso, al comparto operatorio e alle terapie intensive, l'altro a minore intensità, con funzioni di diagnosi e cura diurne H12, a prevalente gestione infermieristica, e destinando la lungodegenza e la riabilitazione alla sede del Beauregard;
- l'individuazione di strutture temporanee, operanti nella fase di esecuzione dell'opera edilizia del nuovo ospedale, che assolvano alle esigenze del nuovo modello sanitario regionale in fase ordinaria e in eventuali nuove fasi pandemiche.

L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA REGIONALE

L'assistenza ospedaliera regionale si avvale di un unico presidio sulle attuali tre sedi e dispone della convenzione con una struttura mono-specialistica, privata accreditata, che è l'Istituto Clinico Valdostano (ISAV) di Saint-Pierre, per la chirurgia ortopedica e per la riabilitazione funzionale in ambiti afferenti a discipline complementari o affini a quella di acuzie.

La dotazione complessiva di posti letto ammonta a 511 posti letto (PL), di cui 435 presso l'ospedale regionale e 76 in convenzione presso ISAV. Dei 435 posti letto della struttura pubblica regionale: 384 sono dedicati ai malati acuti (346 ordinari e 38 day hospital e day surgery), 30 alla lungodegenza e riabilitazione e 21 sono posti letto definiti "tecnici" quali ad esempio le culle. Dei 76 posti letto della struttura privata convenzionata: 12 (10 PL ordinari + 2 PL day surgery) sono dedicati ai malati acuti e 64 alla riabilitazione. Tale dotazione si riferisce ai posti letto medi a gennaio 2020 (per i reparti rianimazione, malattie infettive e pneumotisiologia sono stati considerati i posti letto pre-Covid 19).

Con attenzione agli standard ospedalieri nazionali, di cui al decreto ministeriale n.70/2015, che riconosce una clausola di salvaguardia alla Regione autonoma Valle d'Aosta, è indicato alle regioni di conseguire il valore di riferimento di un'offerta complessiva di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, comprensiva di 0,7 posti letto da dedicare alla riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

Secondo questo valore standard di riferimento, ma in conseguenza alla clausola di salvaguardia, la deliberazione della Giunta regionale n.642/2017 determina gli standard ospedalieri regionali rapportati alla popolazione residente, che conferiscono al territorio regionale un'offerta di 3,95 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti di cui 0,7 dedicati alla riabilitazione e lungodegenza, e ciò anche in considerazione dell'aumento stagionale del bacino di utenza a seguito della presenza di turisti per diversi mesi all'anno e alla presenza di un unico presidio che deve poter fronteggiare una domanda di salute superiore, per qualità, a quella che un ridotto bacino di utenza prevedrebbe, seppure nel rispetto della sicurezza e della qualità delle cure.

Con attenzione all'attività ospedaliera, l'indice che esprime la complessità della casistica trattata dall'ospedale regionale pone il valore regionale di poco inferiore al valore medio nazionale ed è un dato coerente e atteso, dato il bacino di utenza regionale e la presenza di un unico presidio, con conseguente capacità di offerta. A fronte però della complessità clinica media dei ricoveri dell'ospedale regionale l'indice che confronta efficienza ed efficacia, in relazione ad uno standard nazionale, pone in questo caso il valore del presidio regionale in posizione lievemente sfavorevole rispetto al valore medio nazionale, a denotare che, mediamente, a parità di casistica, la degenza media dei ricoveri regionali è più lunga di quella standard; una situazione nota da tempo e che, verosimilmente, è riconducibile sia a problemi di inefficienza organizzativa, sia di mancanza di strutture intermedie, a cui il presente Piano intende dare soluzione.

L'analisi dei dati di contesto relativi alla funzionalità ospedaliera regionale mostra infatti con chiarezza come vi sia, in media, una buona efficacia clinica nelle cure ospedaliere ma che gli aspetti organizzativi e funzionali necessitano ora di essere affrontati secondo una logica, e un modello, più generale, che non riguarda solo l'assistenza ospedaliera, ma anche quegli aspetti dell'assistenza sanitaria che hanno competenza esternamente all'ospedale e che, se non adeguatamente governati, inevitabilmente influiscono in termini di performance sulla funzionalità ospedaliera.

Si tratta, principalmente, e come noto, poiché già indicato da numerosi documenti di programmazione nazionale (dal Piano prevenzione, al Piano cronicità, considerato anche il Piano per il governo delle liste di attesa), della gestione delle malattie croniche e di tutte quelle situazioni che hanno una filiera nella soluzione del problema clinico che chiama in causa l'assistenza territoriale/domiciliare, l'assistenza primaria e l'integrazione con il servizio sociale.

Con attenzione alla valutazione degli esiti delle cure ospedaliere e, in particolare, sull'efficacia clinica di alcune procedure chirurgiche, da anni il Programma nazionale esiti (PNE) dell'Agenzia per i servizi sanitari nazionale (AGENAS) mette a disposizione una serie di indicatori, concordati con le Regioni, utili non certo a confronti tra le stesse, ma individuati a servizio delle stesse, affinché, attraverso un'attenta e continua attività di monitoraggio e valutazione, le istituzioni regionali possano disporre di conoscenze utili al governo della sanità. Si tratta, quindi, di strumenti conoscitivi che aiutano a comprendere i fenomeni sanitari, a descrivere le peculiarità del territorio in termini di bisogno di assistenza e a individuare le buone pratiche e i percorsi virtuosi su cui l'ospedale può contare.

L'analisi di questi indicatori rappresenta un valido strumento a supporto della programmazione regionale ma, in Valle d'Aosta, assume ancora una valenza troppo limitata e poco diffusa tra tutti coloro che sono coinvolti a vario titolo nella programmazione e nella gestione dell'assistenza ospedaliera, tanto a livello clinico quanto a livello amministrativo. Con il presente Piano e con gli atti amministrativi che conseguiranno, si intende estendere la valenza di questi strumenti in termini di valutazione a tutti i livelli operativi e decisionali affinché possano costituire validi strumenti a supporto delle decisioni.

Gli indicatori PNE 2020 assegnano all'ospedale Parini un livello di aderenza a standard di qualità mediamente alta e, laddove ciò avviene in misura minore, è per il fatto che, sulla base anche del decreto ministeriale n.70/2015, oltre che per evidenze presenti nella letteratura scientifica, la valutazione clinica è rapportata ai volumi di attività, e questo rappresenta certamente un limite strutturale fisiologico per l'unico presidio regionale della Valle d'Aosta che gravita su un bacino di utenza di circa 123.000 assistiti.

Situazione diversa è invece quella in cui gli indicatori regionali PNE descrivono alcune pratiche specifiche, come ad esempio la proporzione di tagli cesarei sul totale dei parti, che nella nostra regione risulta superiore allo standard previsto, stante il numero di parti in un anno. In questa, ed altre situazioni cliniche specifiche, non collegabili al volume di attività ma, ad esempio, ad una maggiore durata della degenza ospedaliera o a re-interventi chirurgici o a re-immissioni in ricovero per la stessa causa entro un limite di tempo stabilito, il Piano si adopererà per avviare con l'Azienda USL delle analisi congiunte atte a pervenire ad una pratica clinica più appropriata o a percorsi specifici di monitoraggio sulla qualità dell'assistenza e sul rischio clinico.

Nel collegare i principi e gli standard indicati dal decreto ministeriale n.70/2015 al contesto, alla specificità dell'ospedale regionale della Valle d'Aosta e al progetto del nuovo ospedale non unicamente sotto il profilo del progetto architettonico, ma soprattutto sotto l'aspetto organizzativo e funzionale, il presente Piano traccia alcune direttive in merito sia all'assistenza ospedaliera regionale, sia all'intera offerta di residenzialità sanitaria e socio sanitaria regionale.

Con attenzione all'assistenza ospedaliera in Valle d'Aosta e alla relativa produttività, il presente Piano dispone che in merito ai principi del decreto ministeriale n.70/2015¹⁶, e in virtù della clausola di salvaguardia riconosciuta all'art.3¹⁷ lo stesso decreto:

- debba essere mantenuto in considerazione, e rispettato, per la sua impostazione generale e, soprattutto per la nostra regione, per la possibilità di costituirsi quale strumento di riconversione e di ri-orientamento delle risorse verso il territorio;
- non debba invece essere applicato con la rigidità che pone, in modo selettivo, ad esempio, sui criteri soglia dei volumi di attività o sui bacini di utenza da collegare a talune specialità cliniche.

In altre parole, in una logica di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza clinica, ma anche di mantenimento di alcune eccellenze presenti nel presidio regionale, la buona qualità dell'esito clinico, in taluni casi, può dimostrare di coesistere anche a fronte di un mancato raggiungimento della soglia minima di interventi previsti per una determinata procedura chirurgica. Ad esempio, la soglia definita nel 2015 di un volume minimo di 135 mastectomie primarie per anno, è lontana dall'essere applicata in molte strutture ospedaliere nazionali, tra le quali quella regionale, senza che questo determini un basso livello degli indicatori di esito e la dimostrazione della qualità clinica regionale è data dal fatto che l'ospedale di Aosta sia un centro HUB per la chirurgia della mammella nella rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta che pur prevede il rispetto di definiti standard qualitativi assistenziali.

Parimenti, l'ospedale della Valle d'Aosta potrebbe anche mantenere alcune specialità chirurgiche per le quali sono indicati bacini di utenza più ampi di quello regionale, a patto che la specialità in questione costituisca uno dei nodi di una rete extra regionale di competenze specifiche, in grado anche di operare, quando richiesto, con l'ausilio di applicazioni innovative, già funzionanti, di telemedicina e di tecno assistenza presso l'ospedale regionale, supportata a distanza da *équipe* chirurgiche specialistiche che afferiscono a presidi con più ampi bacini di utenza. Gli esiti degli interventi di neurochirurgia, da anni presente come specialità clinica nel presidio regionale, sono un'evidenza di questa possibilità, al pari di quelli di chirurgia vascolare, per la quale il decreto pone il limite di un bacino di utenza non raggiungibile per la Valle d'Aosta neanche considerando i periodi di maggiore afflusso turistico regionale.

¹⁶ In fase di revisione a livello nazionale

¹⁷ Vedi Art. 46bis della Legge n.23/2017 (*Criteri e modalità di applicazione del decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70*) che modifica la LR n.5/2000

Il presente Piano indica pertanto la necessità di una maggiore attività di valutazione, di processo e di esito clinico, in particolare su alcune selezionate procedure chirurgiche che il PNE offre come strumento di valutazione della qualità ospedaliera, a prescindere dai limiti rigidi posti dalla normativa nazionale che, se riconoscono la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale, recepita anche dalla normativa regionale, salvaguardano tuttavia i principi generali posti dal legislatore. Al fine di realizzare questa attività, permanente e istituzionale, in capo alla Direzione medica di presidio (DMP), il cui esito è oggetto di analisi da parte della Direzione strategica aziendale per il supporto alle proprie decisioni, il Piano dispone che la stessa Direzione medica di presidio si doti di competenze specifiche per la promozione di studi clinici, progetti finanziati, collaborazioni istituzionali e accademiche e per la valutazione delle tecnologie in termini di *Health Technology Assessment* (HTA).

In merito alla capacità funzionale del presidio ospedaliero il Piano dispone di avviare un'analisi in merito alla congruità dei posti letto operativi e alla conseguente articolazione delle strutture ospedaliere, anche in riferimento all'intensità di cura, che orienti la definizione dell'atto aziendale.

Stante infine l'avvio dei lavori per la realizzazione del nuovo presidio ospedaliero e la ristrutturazione dell'ex Mauriziano per la nuova destinazione d'uso, a minore intensità clinica, il Piano dispone che la Giunta approvi con proprio atto l'attivazione e lo sviluppo di servizi e linee programmatiche di investimento per il periodo transitorio intercorrente fino al completamento dei lavori e ciò anche in ordine alla messa a norma dell'attuale ospedale.

LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERCORSO CHIRURGICO E DEI TEMPI DI ATTESA PER IL RICOVERO

Si è fin qui cercato di dimostrare quanto una gestione dell'ospedale con problemi di inefficienza organizzativa e, in alcune situazioni specifiche, poco appropriata per una struttura preposta alle acuzie possa abbassarne il livello di performance e la capacità di risposta. Il problema delle liste di attesa si origina anche da questa situazione.

Il Programma nazionale per il governo delle liste di attesa (PNGLA)¹⁸, recepito con deliberazione della Giunta regionale n.503/2019, oltre ad indicare i tempi massimi per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in base alle classi di priorità prescritte sulla ricetta specialistica, stabilisce anche i tempi massimi per l'erogazione di alcune prestazioni in regime di ricovero, in *day hospital* e in *day surgery*.

Per una serie di interventi e prestazioni invasive in ricovero programmato è previsto, come noto, l'uso obbligatorio, da parte dello specialista che prescrive il ricovero, delle classi di priorità clinica come di seguito declinate:

CLASSE A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

¹⁸ Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome del 28 febbraio 2019. Repertorio Atti n.28/ CSR 28/2/2019

CLASSE B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o 1 ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. Grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

L'attribuzione ad una specifica classe di priorità rende trasparente al cittadino, ed equo rispetto al suo bisogno, l'ordine di accesso al ricovero e permette alla Direzione medica del presidio. A questo proposito si rammenta che i recenti dettati normativi sulla compilazione della nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO) hanno reso obbligatoria l'indicazione della data di prenotazione del ricovero (data di inserimento in lista), che corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, e la specificazione della classe di priorità del ricovero stesso. È necessario, quindi che, a partire dal flusso ordinario dei ricoveri (SDO), si strutturi un sistema di monitoraggio sistematico dei tempi d'attesa per le prestazioni in regime di ricovero.

Con attenzione a questo specifico ambito di criticità il presente Piano intende delineare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento anche alle liste di attesa chirurgiche, in considerazione del fatto che trattasi di un problema complesso e non facilmente risolvibile senza una profonda riorganizzazione del sistema e introduce a questo fine la funzione della Gestione Operativa (GO), già applicata con successo in contesti diversi da quello locale.

La gestione della programmazione chirurgica deve essere condotta in modo da assicurare un flusso continuo nel percorso del paziente, riducendone la variabilità e garantendo lo scorrimento delle liste secondo i criteri di priorità clinica, superando la compartimentazione organizzativa tra le diverse discipline, in modo da guadagnare in efficienza ed assicurare risposte migliori per il paziente.

Il presente Piano prevede pertanto il superamento della logica della compartimentazione tra diversi setting di erogazione nell'affrontare la problematica dei tempi di attesa, operando all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta e considerando il Pronto soccorso, le attività in regime di ricovero, le attività ambulatoriali quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e per il governo del quale è necessario adottare strumenti omogenei e coerenti tra di loro in grado di adeguare, in maniera flessibile, la capacità di risposta in relazione all'andamento della domanda. Ciò consente di operare in termini di governo della rete dell'offerta, sia pubblica che privata, definendo piani di produzione che rispondano in modo adeguato alla domanda espressa, ricostruita attraverso analisi strutturate dei fabbisogni.

Con questo intendimento, l'approvazione di apposite linee guida regionali che dispongano l'introduzione di una funzione di Gestione Operativa, a supporto della Direzione aziendale e dei dipartimenti nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico, mediante la

programmazione dell'utilizzo delle aree produttive secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, assegnando in modo dinamico le disponibilità degli asset e delle attrezzature condivise, costituisce un'azione efficace nel governo delle liste di attesa.

Non vi è dubbio che la fase acuta della pandemia abbia compromesso alcune attività di monitoraggio ordinarie ma, come anche indicato nella deliberazione della Giunta regionale n.503/2019, poiché l'inserimento nella lista di attesa dei ricoveri deve avvenire tramite procedura informatizzata centralizzata a livello aziendale è opportuno che l'Azienda USL stessa definisca, secondo le modalità previste dalla Gestione Operativa, il piano per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato al fine di raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio. Si rammenta infine come questo sistema consenta, al momento dell'inserimento in lista di attesa di comunicare al cittadino informazioni puntuali sul suo ricovero, sulla classe di priorità assegnata e sul relativo tempo massimo di attesa, oltre alle necessarie indicazioni organizzative previste quali, ad esempio, quelle che riguardano le procedure del pre-ricovero.

La gestione efficiente del percorso chirurgico deve essere vista nella prospettiva del governo clinico, che identifica un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari attraverso politiche di programmazione e gestione dei servizi che devono avere come elemento fondante il miglioramento della qualità e della sicurezza, mettendo al centro i bisogni della persona in condizione di necessità. La deliberazione della Giunta regionale n.1300/2021 ha recepito l'accordo nazionale recante le linee di indirizzo per la gestione del paziente chirurgico programmato e ha demandato all'Azienda USL:

- la definizione di una governance aziendale con funzioni di controllo e di governo del processo;
- un'analisi dell'impatto organizzativo e un cronoprogramma che delinei le fasi di attuazione del percorso;
- l'identificazione delle funzioni e delle responsabilità dei singoli professionisti coinvolti nel processo organizzativo;
- l'implementazione di una procedura informatizzata centralizzata per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri come già stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale n.503/2019.

A supporto di questa attività, il presente Piano dispone che siano monitorate le attività previste con lo scopo di assicurare che l'intero percorso del paziente chirurgico venga assicurato secondo le disposizioni, i tempi di attesa, i criteri di appropriatezza, equità e trasparenza indicati. Con l'adozione di questo percorso, si intende ridurre l'inefficienza organizzativa attraverso la definizione del percorso del paziente, individuando elementi essenziali quali l'attività, i ruoli, i tempi, le responsabilità, gli elementi di rischio e gli strumenti di lavoro che definiscano le modalità organizzative capaci di garantire il corretto funzionamento del percorso stesso, dal momento dell'indicazione chirurgica, all'accesso in ospedale, al ricovero, al trattamento chirurgico, fino alla dimissione.

UMANIZZAZIONE E GESTIONE DEL PAZIENTE DISABILE IN OSPEDALE

La figura dei volontari, istituita secondo la Legge n.266/1991, accresce il grado di umanizzazione dei servizi sanitari mediante una serie di attività realizzate in modo personale, spontaneo e gratuito, per il tramite delle organizzazioni di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro, anche indiretto, ed esclusivamente per fini di solidarietà.

I volontari sono già presenti da anni e con differenti attività, all'interno delle strutture ospedaliere regionali. Il presente Piano dispone un ampliamento delle collaborazioni, specie a seguito dell'esperienza pandemica quando, le già presenti carenze di personale hanno evidenziato con maggiore criticità l'impatto sulle persone anziane, sole o fragili che, per ragioni di sicurezza, hanno visto interdetta le possibilità di accompagnamento in caso di ricovero urgente o di accesso momentaneo alla struttura ospedaliera.

La carenza di personale e le problematiche collegate al Covid 19 non possono limitare la necessità di una umanizzazione dei servizi e l'attenzione alle persone. I volontari, opportunamente formati e organizzati, possono accompagnare le persone nella gestione delle pratiche di prenotazione, pagamento, fornire semplici informazioni, supportare i familiari nell'espletamento di piccole commissioni, essere presenti nel pronto soccorso nelle situazioni nelle quali la permanenza è preclusa agli accompagnatori. Inoltre, la progressiva digitalizzazione dei servizi, ha spesso reso più difficile alle persone più deboli (anziani, stranieri, ecc.) l'accesso ad alcune prestazioni e servizi. Far sentire le persone accolte e sostenute, anche attraverso un piccolo gesto o un sorriso, aiuta sia il paziente sia il personale sanitario per quegli adempimenti che possono essere facilmente delegati ad un volontario esperto e qualificato. La tutela della salute e della sicurezza in ambito lavorativo¹⁹, impone l'obbligo di formazione e informazione ai lavoratori e pertanto, in questo contesto, ai volontari, sul tema della sicurezza e sorveglianza sanitaria con obblighi che riguardano:

- l'informazione sui rischi specifici;
- la conoscenza delle misure di emergenza;
- la conoscenza delle misure di prevenzione e protezione;
- il rispetto delle procedure o istruzioni operative;
- le principali norme che regolano l'assistenza sanitaria;
- gli aspetti igienico-preventivi.

Le situazioni maggiormente sensibili nella richiesta di aiuto morale e materiale sono certamente quelle che riguardano l'avvicinare il malato psichiatrico, il malato oncologico, il fine vita, il rapporto con i bambini malati ricoverati e con la solitudine degli anziani nei reparti e nelle strutture residenziali territoriali.

Il presente Piano dispone quindi una collaborazione più estesa e istituzionale con le associazioni di volontariato che conduca alla predisposizione da parte dell'Azienda USL di linee guida, protocolli, istruzioni operative e regole di comportamento da condividere all'interno dell'Azienda e che devono essere diffuse a tutti i volontari.

Le persone con grave disabilità intellettiva, comunicativa e neuromotoria hanno difficoltà a vedere soddisfatto il loro diritto alla salute, usufruendo dei percorsi ospedalieri ordinari. Tali persone hanno difficoltà ad eseguire visite ed esami strumentali semplici (prelievi ematici, visita clinica, ecc) o complessi (esami invasivi, diagnostica radiologica, interventi chirurgici). La loro presenza in ospedale impatta sulla normale organizzazione delle attività a causa del fatto che questa non è pensata per accogliere persone con caratteristiche e necessità di accudimento speciali.

¹⁹ Decreto legislativo n. 81/2008, art. 3, comma 12 bis

In questo scenario, l'Ospedale San Paolo di Milano, già nel 2000 aveva predisposto, con la collaborazione delle associazioni di volontariato, il progetto DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*), un modello di accoglienza medica caratterizzato da percorsi diagnostici e di orientamento terapeutico differenziati, dedicati ai disabili gravi e gravissimi, con grave disabilità intellettiva, comunicativa e neuromotoria che è stato assunto a modello per trovare realizzazione anche presso l'ospedale regionale. A fronte di ciò, il presente Piano dispone che il progetto DAMA in Valle d'Aosta si articoli nelle seguenti fasi progressive coinvolgendo in tutte le fasi le associazioni di Volontariato interessate:

- un'analisi della situazione attuale in cui si comprenda l'entità dei pazienti disabili che ricorrono abitualmente ad esami e trattamenti medici presso l'ospedale regionale ogni anno, differenziati per gravità, capacità di collaborazione e tipologia di bisogno;
- individuazione di un referente DAMA per ciascuna specialità e coinvolgimento nel progetto DAMA di tutti gli operatori della medicina territoriale che inviano la persona verso l'ospedale, oltre all'individuazione delle strutture ospedaliere maggiormente coinvolte, al fine di definire percorsi di inquadramento della casistica, di valutazione breve e di rivalutazione al termine del percorso dedicato;
- formazione specifica dedicata di tutte le figure individuate quali referenti DAMA del progetto;
- avvio di una sperimentazione della durata di almeno 3 mesi con valutazione finale ed eventuale revisione del percorso;
- informazione pubblica specifica a tutti i portatori di interesse dell'avvio del progetto DAMA in Valle d'Aosta con dettaglio sulle modalità di accesso e di fruizione.

IL RUOLO DELL'OSPEDALE NELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Da quasi dieci anni in Italia si è cercato di avviare dei percorsi validi di riforma - dal decreto legge n.158 del 2012 al DM n.70 del 2015 - che avrebbero potuto cambiare la sanità nazionale e regionale anche in previsione di un'emergenza quale quella che si è prodotta con il Covid 19. La mancanza di una fase attuativa delle riforme è causa di molte delle criticità che si sono poi manifestate.

Uno dei punti del decreto legge n.158/2012 riguardava la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale che prevedeva il processo di de-ospedalizzazione da accompagnare a un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio. Si sottolineava l'importanza del coordinamento tra i medici di medicina generale e specialisti, al fine di decongestionare gli ospedali e di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, organizzazione e gestione. Obiettivi oggi perseguibili anche attraverso lo sviluppo dell'ICT (Tecnologie dell'informazione e della comunicazione) quale strumento indispensabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

Il riordino dell'assistenza primaria, così come ridisegnato dal decreto legge n.158/2012, fondato sulle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (unità complessa di cure primarie), in Valle d'Aosta non si è mai concretizzato ed ora può avvantaggiarsi del ritardo per superare alcuni limiti che ne avevano ostacolato l'attuazione. Rispetto ad allora l'esperienza pandemica ha certamente prodotto nuove consapevolezze. È infatti evidente l'assoluta indicazione ad orientare l'assistenza verso una direzione che individui una reale alternativa al ricovero ospedaliero, potenziando attività quali la continuità assistenziale, l'ospedalizzazione a domicilio, la diagnostica a domicilio, le cure domiciliari integrate, le attività socio assistenziali, le RSA, il volontariato.

Per questa ragione, nonostante in Valle d'Aosta l'assistenza sanitaria ospedaliera presenti un buon livello di qualità clinica ma anche una serie di problemi di inefficienza organizzativa, il presente Piano ha individuato tra le cause dell'inefficienza organizzativa una mancanza di strutture intermedie tra la dimissione dal ricovero e il domicilio, ovvero, tra il domicilio (o la residenza socio sanitaria o socio assistenziale) e un bisogno di cure che non ha ancora valenza di ricovero ma che, al contrario, intende evitarlo.

L'Ospedale di Comunità, struttura territoriale extra ospedaliera introdotta dal presente Piano nella Macro area 2, rappresenta una modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute, di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie croniche che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto.

Si tratta di una casistica per la quale il ricovero ospedaliero, di solito più frequente in un reparto di medicina, risulta eccessivo rispetto alle condizioni cliniche del paziente nel quale prevale un bisogno di assistenza non grave e che, data la sua fragilità, è consigliato indirizzare in una struttura diversa da quella nosocomiale dove la tipologia di ambiente preposto a trattare una casistica di più elevata complessità clinica potrebbe esporlo a rischi infettivi, a stati confusionali seppure transitori e precoci declini fisici e mentali conseguenti al ricovero non appropriato.

Nell'ottica dell'integrazione tra ospedale e territorio l'Ospedale di Comunità dovrebbe anche promuovere la costruzione di rapporti di interdipendenza non solo con il presidio ospedaliero ma anche con il sistema territoriale dei servizi, funzionali allo sviluppo di programmi di intervento incentrati sulla prevenzione e la continuità assistenziale. La Macro area 2 del presente Piano dedica attenzione specifica a questa nuova tipologia di struttura.

Nell'obiettivo di una progressiva deospedalizzazione della casistica non congrua ad un'assistenza per acuti e nella gradualità, quindi, della risposta del modello sanitario e socio sanitario regionale integrato, ad un livello inferiore di bisogno sanitario assistenziale rispetto all'Ospedale di Comunità, il Piano individua le strutture residenziali socio sanitarie. Si tratta di strutture non ospedaliere, a valenza sanitaria, che ospitano per un periodo variabile da poche settimane ad un tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite al domicilio e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di un'articolata assistenza sanitaria. Si differenziano dall'Ospedale di Comunità per la diversa intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti che, in relazione al loro stato psico-fisico, possono, in alcuni casi, trovare nella stessa anche "ospitalità permanente" e le modalità di valutazione e di accesso che sono disposte nell'ambito della Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il Piano quindi, nel disporre il riordino della rete delle attuali strutture socio sanitarie residenziali a caratterizzare il livello delle cure intermedie (*vedasi Macro Area 2*), assegna anche all'ospedale un ruolo nuovo all'interno dell'assistenza sanitaria territoriale in una logica di reciprocità di funzioni spesso complementari.

L'ospedale deve assumere progressivamente nel tempo, e anche nel percepito comune, il ruolo di luogo di cura intensivo e acuto, oltre che di interventistica programmata. Allo stesso tempo, poiché sarà

impossibile raggiungere questo obiettivo senza ripensare a un più adeguato approccio ai bisogni dei pazienti fragili, un servizio di cura quanto più possibile domiciliare, nel proprio ambiente familiare e sociale, dovrà trovare anche nell'ospedale, con i suoi specialisti, una collaborazione professionale che offra ai servizi del territorio protocolli condivisi, competenza tecnica e tecnologica sanitaria adeguate. Tutto ciò, al tempo del Covid 19, diviene sempre più attuale e necessario. Non sarà più possibile superare i limiti organizzativi delle strutture ospedaliere attuali se non ci si renderà disponibili a ripensarle e a reinterpretarne la missione.

Sarà sufficiente procedere, seppure con gradualità, ad una concreta attuazione di quanto è stato già programmato a livello nazionale e applicare alla Valle d'Aosta, stante la sua particolarità geografica, politica e morfologica, le possibilità offerte dalla tecnologia e dalla telemedicina.

Nel contesto di un'assistenza sanitaria territoriale riformata sarà l'ospedale ad andare incontro al cittadino superando il modello ospedale-centrico interpretato fino ad oggi come un unicum dai confini assistenziali delimitati e un debole raccordo con i servizi che lo circondano.

DETERMINAZIONE DEL PROGETTO DI OSPEDALE REGIONALE

La difficile gestione ospedaliera nella fase acuta della pandemia da Sars Cov 2 ha avuto come effetto positivo il maturare di nuove consapevolezze e la verifica dei precedenti assunti su come sia necessario ripensare al modello di assistenza ospedaliera. Questa consapevolezza non attiene ovviamente solo alla componente strutturale e architettonica, di cui già si dispone del progetto esecutivo, ma fa riferimento, soprattutto, alla componente produttiva, organizzativa e funzionale in un contesto che assicuri qualità e umanizzazione alle cure.

Con il decreto ministeriale n.70/2015 è stato sicuramente introdotto un importante cambiamento culturale nell'organizzazione della sanità ospedaliera, basata su criteri di appropriatezza, efficienza e sostenibilità; ciò nonostante, il sistema ospedaliero regionale, al pari di quello nazionale, è in gran parte vetusto e, soprattutto, non concepito per situazioni emergenziali. Pertanto, nonostante il modello di sanità ospedaliera pre pandemica sia risultato sostanzialmente adeguato e funzionale alla gestione ordinaria delle patologie acute e abbia mostrato una sostanziale tenuta in fase pandemica, ha contemporaneamente evidenziato caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche che, se non riescono ad essere sufficientemente modulabili, non consentono una risposta flessibile e adattiva. Questa rigidità del sistema ospedaliero, ascrivibile anche alla vetustà delle strutture, non favorisce un tempestivo riadattamento degli spazi, la differenziazione in sicurezza dei percorsi e modifiche nella logistica.

Il decreto legge n.34/2020, convertito dalla Legge n.77/2020 e definito decreto Rilancio, ha previsto una serie di interventi volti ad un complessivo rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue diverse articolazioni. In particolare, le misure di riordino della rete ospedaliera (art. 2, decreto legge n. 34/2020) e dei percorsi organizzativi si inseriscono in un più ampio panorama di riorganizzazione complessiva del servizio sanitario, che coinvolge inevitabilmente i servizi territoriali, di emergenza urgenza, la gestione del personale e molteplici altri aspetti tra loro correlati.

Questa riorganizzazione, volta al rafforzamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero è passata anche attraverso la stesura, da parte delle Regioni, di un apposito piano di riorganizzazione previsto dal decreto stesso, volto a fronteggiare adeguatamente le esigenze pandemiche, come quella da Covid 19, garantendo l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure.

IL NUOVO OSPEDALE PER ACUTI

L'ideazione di un nuovo ospedale per la Valle d'Aosta risale ormai a molti anni fa: essa si rese possibile poiché, con decreto del Presidente della Giunta regionale della Valle d'Aosta n.75 del 2 marzo 1970, l'allora ospedale Mauriziano di Aosta fu costituito in Ente ospedaliero regionale ai sensi della Legge 12 febbraio 1968 n.132. Solo a partire dal 1970, quindi, la gestione amministrativa (compresa la gestione del personale) dell'ospedale di Aosta fu trasferita alla Regione autonoma della Valle d'Aosta, mentre fino ad allora il nosocomio aostano fu amministrato direttamente dall'ordine torinese.

Nel 2009, consapevoli che la dispersione dell'ospedale regionale su tre sedi rendeva poco efficace ed efficiente l'assistenza ospedaliera si costituì la Società *in house* della Regione autonoma Valle d'Aosta COUP (Complesso Ospedaliero Umberto Parini), in gestione speciale per il tramite di Finaosta S.p.a., con lo scopo di "realizzare l'unificazione delle tre sedi ospedaliere regionali al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate" che fu anche l'obiettivo n. 27 del Piano Regionale per la Salute ed il Benessere sociale per il triennio 2006-2008 approvato con Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Nel 2014 al progetto per il nuovo ospedale venne richiesto il rispetto degli obiettivi e dei vincoli di mandato di cui alla deliberazione della Giunta regionale n.1495 del 24 ottobre 2014 in ordine al contenimento, per quanto possibile, dei costi di investimento e di gestione.

Nel 2018, la Legge regionale n.12 Legge di stabilità regionale per il triennio 2019/2021 ha previsto, per gli interventi in materia di sanità, all'art. 14, che la Società Coup srl - nell'ambito del mandato conferito con apposita convenzione - compisse una "valutazione costi/benefici per la realizzazione del presidio ospedaliero", determinandone l'attualità e la sostenibilità tecnica, economica e finanziaria del progetto di ampliamento dell'ospedale Umberto Parini anche alla luce del rinvenimento, in corso d'opera, di un importante reperto archeologico risalente all'età del Ferro scoperto nell'area di cantiere del previsto ampliamento²⁰.

Il "Documento di economia e finanza regionale (DEFR) per il triennio 2019/2021", approvato nella seduta del Consiglio regionale del 19 dicembre 2018, ha poi posto la determinazione del modello ottimale di ospedale regionale all'interno di una strategia programmatica regionale per la sanità più ampia, prevedendo un impegno a garantire un nuovo sistema di welfare regionale, anche attraverso la revisione del progetto già approvato²¹ dell'Ospedale Umberto Parini, in modo tale da renderlo concretamente rispondente alle necessità dei valdostani.

²⁰ Il Comitato scientifico archeologico, a seguito del rinvenimento, nel novembre 2014, del grande cerchio di cippi lapidei e del tumulo di un condottiero, risalenti all'Età del Ferro, ha definito la scoperta un "unicum" a livello europeo.

²¹ DGR 719 del 26/04/2013 "Approvazione del programma pluriennale 2013/2019 e biennale 2013/2014 di attività e di spesa della società Coup srl, per la realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale "U. Parini" di viale Ginevra in Aosta, nonché approvazione del progetto definitivo della terza fase relativa all'ampliamento del presidio e valutazione positiva sulla compatibilità ambientale del progetto stesso, ai sensi della LR 12/2009.

Ciò implicava la progettazione di un ospedale che fosse coerente alle nuove linee di intervento della politica sanitaria regionale, tra le quali le più rilevanti, recepite dal presente Piano nella Macro area 2, sono:

- la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali attraverso la previsione di nuclei di cure intermedie presso le strutture residenziali per anziani finalizzate ad accogliere pazienti in dimissione protetta dall'ospedale, ivi compreso il fine vita, e ad evitare i ricoveri ospedalieri inappropriati;
- il ridisegno delle funzioni ospedaliere in relazione all'intensità di cura nell'ottica del progressivo spostamento dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali verso il territorio;
- lo sviluppo e la definizione, a valle dell'Accordo di confine sottoscritto con la Regione Piemonte, di accordi interaziendali, prioritariamente con l'Azienda USL Torino 4 ma non solo, per la creazione di percorsi terapeutici e assistenziali integrati, *équipe* miste, condivisione di risorse umane e tecnologiche, privilegiando i servizi territoriali di prossimità a quelli ospedalieri;
- il potenziamento, tra il resto, dell'offerta sanitaria del poliambulatorio di Donnas, a beneficio di un bacino di utenza "a scavalco" tra le due regioni di confine;
- la revisione del progetto per la realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale resosi necessario alla luce della sopravvenuta esigenza di tutelare il patrimonio archeologico rinvenuto nel sito e rivalutazione della soluzione organizzativa e gestionale più idonea a presidiare e seguire i lavori di ampliamento.

La Giunta regionale ha pertanto conferito a Coup²² l'incarico per svolgere la valutazione costi/benefici di cui alla suddetta Legge regionale n. 12/2018²³. Le nuove esigenze ospedaliere e le nuove condizioni archeologiche al contorno non hanno tuttavia mutato l'originario schema di realizzazione dell'intervento, che rimane suddiviso nelle cinque fasi principali sequenziali di cui la prima e la seconda, rispettivamente concernenti la realizzazione del cunicolo di collegamento e la realizzazione degli scavi archeologicamente assistiti, risultano essere concluse.

Non vi sono state ulteriori evoluzioni sino alla approvazione della deliberazione del Consiglio regionale n. 234/XV in data 19 dicembre 2018. In attuazione del punto 7) della medesima deliberazione, in data 20 febbraio 2020, è stata costituita la Società SIV srl, in house della Regione autonoma Valle d'Aosta in gestione speciale per il tramite di Finaosta S.p.a., con atto di fusione fra le Società ex Coup srl. ed ex Nuv srl. La Società si occupa di attuare opere pubbliche di competenza regionale e rilevanza strategica ed ha come obiettivo attuale la realizzazione del presidio unico ospedaliero per acuti di viale Ginevra in Aosta e le infrastrutture ad esso collegate.

Il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) per il triennio 2021/2023 ha ribadito che l'ospedale e l'assistenza sanitaria territoriale saranno al centro della nuova programmazione, unitamente all'attività che in questi ambiti è svolta dal personale a vario titolo impegnato. Occorre verificare la compatibilità tecnico-progettuale ed economica, nonché la realizzabilità in termini cronologici adeguati dell'attuale progetto dell'ospedale, ferma restando l'opportunità di sondare altre soluzioni qualora gli esiti della verifica sopra descritta risultassero non percorribili. Conseguentemente, nel mese di marzo del 2021 si è svolto un confronto tra Assessorato, società SIV e progettisti e soprintendenza ai fini di verificare la realizzabilità dell'opera. Ad esito di questo confronto in data 9 aprile 2021, la soprintendente ai beni culturali così ha riconosciuto la compatibilità di una convivenza dei servizi ospedalieri con il sito museale archeologico dedicato ai reperti rinvenuti nell'area di scavo propedeutica al cantiere.

²² Deliberazione della Giunta regionale n. 788/2019

²³ Nel luglio 2019 Coup ha costituito una Gruppo di lavoro formato da Regione, Ausl, Coup, SDA Bocconi di Milano e da membri esperti esterni per l'assistenza ed il supporto alla stesura della Relazione valutativa di cui alla Legge regionale n.12/2018.

Ciò costituisce un importante avanzamento nel proseguimento dell'iter verso la realizzazione dell'ampliamento dell'attuale presidio ospedaliero.

Ai sensi della deliberazione della Giunta regionale 1180/2021 adottata a seguito della risoluzione approvata dal Consiglio regionale il 13 maggio 2021, il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) per il triennio 2022/2024, approvato nella seduta del Consiglio regionale del 21 luglio 2021, dispone che nel primo semestre del 2022 si definisca la modifica della progettazione esecutiva del nuovo presidio ospedaliero regionale per adeguarla alla salvaguardia e alla valorizzazione dei ritrovamenti archeologici. Contestualmente, proseguiranno le fasi progettuali della ristrutturazione dell'attuale ospedale e si termineranno la definizione e l'individuazione dei servizi ospedalieri che saranno attivati, anche tenendo conto degli effetti dell'attuale pandemia. Tutto ciò di concerto con il tavolo attivato tra Regione e Comune di Aosta, anche al fine di proseguire la verifica in corso sulla compatibilità tecnico-progettuale ed economica, nonché sulla realizzabilità in termini cronologici adeguati dell'attuale progetto complessivo dell'ospedale.

Ad oggi sono in corso di esecuzione la fase 3, oggetto di revisione progettuale, al fine di circoscrivere gli scavi archeologici e di edificare le opere strutturali speciali, aventi lo scopo di ridurre il rischio residuo archeologico ed offrire, quindi, le necessarie garanzie di fattibilità per proseguire con la realizzazione dell'appalto principale del nuovo edificio sopra gli scavi archeologici, di fronte la struttura del Parini esistente. Sono state programmate, a decorrere dal 2023, la fase 4, riguardante la realizzazione del polo materno-infantile e della psichiatria, e la fase 5 di riqualificazione dei rimanenti servizi dislocati all'interno dell'ospedale Umberto Parini.

Gli accadimenti che si sono succeduti non hanno modificato il principio ispiratore del progetto che continua a basarsi sull'applicazione di due fondamentali teorici:

- l'umanizzazione degli spazi deputati alla cura;
- l'utilizzo di un modello gestionale-organizzativo basato sull'intensità di cura. In quest'ultimo caso l'applicazione pratica trova riscontro nella creazione di due grandi poli ospedalieri, collegati anche sotto il profilo architettonico, nei quali vengono collocate, distintamente, le prestazioni legate all'alta intensità di cura nell'edificio di nuova costruzione antistante l'attuale e quelle invece afferenti alla complessità assistenziale infermieristica e la bassa intensità nella struttura ex ospedale mauriziano.

Il concetto di umanizzazione, basato sul principio della centralità del paziente, prende forma attraverso la principale arteria distributiva identificata con un nuovo ingresso dell'ospedale. Concepito come un elemento parzialmente chiuso ma totalmente coperto, l'ingresso svolge il ruolo di catalizzatore dei flussi pedonali che si muovono lungo viale Ginevra e che attraversano la città indirizzandoli verso gli spazi pubblici della collettività. La parte della popolazione che intende accedere all'ospedale percorre la via principale e viene introdotta nell'area su cui gravitano tutte le principali funzioni di accoglienza, idonee ad orientare gli utenti e a mitigare la percezione dello spazio circostante attraverso l'integrazione di funzioni proprie degli ambienti pubblici e la commistione dei differenti fruitori sulla base di un sistema multipolare.

La presenza di luoghi aperti quali piazze e giardini dislocati in più punti dell'area accresce il principio di umanizzazione e rende piacevole e distensivo il territorio circostante l'ospedale. Tale principio è stato esteso anche ai luoghi destinati alle attività lavorative, decidendo di evitarne la collocazione nei settori interrati degli edifici o, comunque, utilizzando accorgimenti architettonici che permettano l'introduzione della luce naturale negli ambienti.

Una grande hall di accesso sarà utilizzata anche come connettore tra “nuclei” differenziati per tipologie assistenziali e per prestazioni erogate. I nuclei tipologici sono stati concepiti allo scopo di ottimizzare i flussi del personale sanitario e del pubblico e migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza.

Sono stati identificati cinque nuclei, di cui i 3 principali oggetto della riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, sono²⁴:

- Il corpo definito “ospedale H24” (interamente nuovo), per le caratteristiche prestazionali connesse all'alta intensità di cura nel quale vengono trattate le patologie più gravi che richiedono un ricovero ordinario e trattamenti altamente specializzati;
- Il corpo definito “ospedale H12” nel quale si prevede di inserire attività ospedaliere a bassa intensità di cura e di natura assistenziale infermieristica per le quali non è previsto alcun ricovero o permanenza prolungata oltre le ore diurne, con l'eccezione del reparto di psichiatria;
- Il corpo definito “ospedale materno-infantile” dedicato alle procedure che coinvolgono sia le donne nelle fasi precedenti e postume al parto sia i neonati e i bambini che necessitano di cure.

La creazione dei tre grandi poli ospedalieri (H24, H12, materno infantile) ognuno dei quali riservato a specifiche caratteristiche assistenziali, permette di concentrare personale e pazienti in zone con esigenze simili, contribuendo ad una maggior efficacia delle prestazioni sanitarie.

La struttura regionale di ricovero per acuti verrà pertanto sottoposta ad interventi di riqualificazione mediante:

- ridisegno organizzativo e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi;
- promozione di interventi per l'innovazione strutturale e tecnologica, a supporto della riorganizzazione e redistribuzione dei posti letto e delle specialità/attività;
- definizione di strategie per la valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza di riferimento regionale;
- definizione ed applicazione di percorsi di riorganizzazione, redistribuzione ed ammodernamento della diagnostica strumentale;
- definizione ed adozione di modelli organizzativi innovativi, quale risposta ad obiettivi di ottimizzazione sia dei percorsi clinico-assistenziali che degli aspetti economico-gestionali.

Con attenzione alla dotazione di posti letto totali esclusivamente per acuti prevista nel progetto di ampliamento e ristrutturazione del presidio ospedaliero Umberto Parini è pari a 445, di cui 300 posti letto di degenza ordinaria, 84 posti letto diurni in *day hospital* e 61 posti letto tecnici (dialisi, osservazione breve intensiva (OBI) di Pronto soccorso, *reveil* di blocco operatorio e terapie indifferibili).

²⁴ Gli altri 2 sono: Un corpo indicato come luogo per la ristorazione del personale sanitario e per gli utenti e un corpo riservato alla Morgue e collocato in luogo indipendente e defilato per preservarne la riservatezza e il rispetto del dolore.

Tuttavia, per l'attuazione della risoluzione del Consiglio regionale n. 6.01 del 13/05/2021 in materia di posti letto, la revisione del progetto della fase 3 di ampliamento ospedaliero potranno determinare un eventuale aggiornamento generale dei posti letto ordinari, diurni e tecnici, anche in ottemperanza alle nuove prescrizioni Covid 19; la revisione del progetto preliminare delle fasi 4 e 5 di ristrutturazione dell'ex Mauriziano potranno parimenti determinare un eventuale aggiornamento del numero di posti letto di ostetricia, ginecologia, nido, pediatria, neonatologia e psichiatria.

La risoluzione del Consiglio regionale n. 6.01 del 13 maggio 2021, ha impegnato il Governo regionale a:

- procedere con la variante del progetto esecutivo dell'ala est dell'ospedale regionale per adeguarla alla salvaguardia e alla valorizzazione dei ritrovamenti archeologici per il tramite di SIV;
- proseguire contestualmente le fasi progettuali della ristrutturazione dell'attuale ospedale e terminare la definizione dei servizi ospedalieri che saranno attivati anche tenendo conto degli effetti dell'attuale pandemia;
- procedere all'attivazione del tavolo di lavoro tra Regione, Comune di Aosta, i progettisti e SIV al fine di proseguire la verifica in corso sulla compatibilità tecnico-progettuale ed economica, nonché sulla realizzazione in termini cronologici adeguati dell'attuale progetto complessivo dell'ospedale, anche alla luce della pandemia;
- presentare il progetto alla popolazione valdostana attraverso gli strumenti più opportuni.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 1.180 del 20 settembre 2021, ritenuto opportuno in conformità alla risoluzione del Consiglio regionale n. 6.01, in data 13 maggio 2021, si conferisce, quindi, mandato alla società SIV S.r.l. affinché riconsideri il progetto della fase 3 - ampliamento polo tecnologico, parcheggio sud, corpo H24 e *hospital street* - per soddisfare le seguenti esigenze:

- inglobare e salvaguardare gli interventi recenti relativi ai lavori in termini sia di realizzazione del collegamento sanitario interrato di viale Ginevra e di rilievo delle testimonianze archeologiche, sia strutturali nell'ambito dello scavo archeologicamente assistito del fronte nord dell'area di ampliamento ospedaliero;
- adottare, per la fase 3, relativa all'ampliamento ad est, l'ipotesi 1 dello studio di compatibilità dei servizi ospedalieri con il sito archeologico, datato novembre 2018 e aggiornato nel marzo 2021, redatto dallo Studio di architettura CSPE S.r.l. di Firenze, approvato dall'Azienda USL nel 2019, che ingloba il sito archeologico da salvaguardare aggiornare parte di quanto deliberato con deliberazione della Giunta regionale n.1495 in data 24 ottobre 2014 (in particolare il ripristino dell'ultimo piano e dei corrispondenti posti letto dedicati alle degenze e il ripristino dell'elisupeficie);
- recepire tutto quanto contenuto nella valutazione costi/benefici di cui alla Legge regionale n. 12/2018, art. 14, con particolare riferimento all'aggiornamento dei dati ospedalieri e degli indicatori di monitoraggio.

Infine, conformemente a quanto disposto dalla Legge n.120/2007²⁵, per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale all'interno del progetto del nuovo ospedale regionale, il presente Piano dispone che siano assunte le iniziative edilizie più idonee ad assicurare gli interventi necessari per rendere disponibili i locali destinati a tale attività.

²⁵ Legge 3 agosto 2007, n.120 “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”

GESTIRE LA TRANSIZIONE

La realizzazione del nuovo presidio ospedaliero, completato anche della parte ristrutturata dell'attuale Parini, richiederà un tempo non inferiore ad 8 anni durante i quali l'attività proseguirà secondo le direttive che il presente Piano dispone.

In attesa del completamento dell'opera, ma con la definizione del modello organizzativo e funzionale che prevede un continuum assistenziale tra ospedale e territorio, il Piano dispone che vengano individuate delle strutture a valenza temporanea, anche richiedenti adattamenti strutturali e tecnologici, con la finalità di gestire il periodo di transizione intercorrente tra l'attuale fase pandemica e il completamento dell'ampliamento e della ristrutturazione del presidio ospedaliero.

Nella ipotesi di una ripresa epidemica, per quanto si possano ridurre i numeri di pazienti infetti che avranno necessità di ricovero, la gestione generale dell'attività sanitaria dei presidi ospedalieri non potrà prescindere dai temi di protezione di pazienti e operatori in regime di trattamento infettivologico, individuando logistiche precise all'interno delle aree dell'emergenza, della medicina e della chirurgia.

Le richieste di adeguamento strutturale, impiantistico e distributivo prescritte dal decreto legge n. 34/2020, convertito con la Legge n.77/2020, comportano conseguenze importanti all'interno del presidio ospedaliero.

Il "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera" ex art. 2 del decreto legge n. 34/2020, approvato dal Ministero il 13 luglio 2020, ha previsto alcuni interventi urgenti, finalizzati a:

- dotare l'ospedale Umberto Parini di una struttura prefabbricata di circa 1000 m² in cui ospitare un pronto soccorso riservato ai pazienti positivi al Covid 19, con ingresso e flussi separati dagli accessi per pazienti negativi, 8 nuovi posti di terapia intensiva e 9 posti di terapia sub-intensiva;
- introdurre adeguate azioni organizzative volte a ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale;
- intervenire sul sistema di trasporti dedicati ai trasferimenti di pazienti positivi al Covid 19.

Gli interventi urgenti dovevano strutturare il nuovo corpo denominato "C1". Trattandosi di una struttura prefabbricata finanziata dai fondi di cui alla Legge 34/2020, la Regione autonoma Valle d'Aosta ha richiesto al Ministero della Salute la revisione del progetto riguardo al corpo C1, stante l'approvazione della deliberazione della Giunta regionale n.1180/2021 che ha dettato le disposizioni per la revisione del progetto definitivo esecutivo del nuovo presidio ospedaliero.

In attesa di formalizzare l'assenso alla revisione del progetto con il Ministero, è stata realizzata, nel frattempo, per dare immediata soluzione a bisogni assistenziali a pandemia non ancora conclusa, la struttura prefabbricata denominata "Triangolo" per l'incremento del reparto di terapia intensiva esistente tramite la realizzazione di ulteriori 10 posti modulari che consentono di integrare le esigenze di posti letto fino alla realizzazione del nuovo presidio ospedaliero. Sono altresì in corso di realizzazione ulteriori 7 posti letto di terapia sub intensiva in un'apposita struttura prefabbricata adiacente al corpo D (malattie infettive anatomia patologica e morgue) dell'attuale ospedale Umberto Parini.

Nella eventualità di una ripresa epidemica è necessario mantenere i percorsi per le patologie tempo dipendenti (infarto miocardico, ictus cerebrale, traumi) sia per pazienti positivi al Covid 19, sia per pazienti sospetti. È necessario che, in occasione di una nuova possibile ondata pandemica, non vengano perse prestazioni ambulatoriali relative a prime visite specialistiche non urgenti (oggetto di LEA) o a prestazioni ambulatoriali specialistiche di secondo livello, in quanto anche un breve ritardo diagnostico è in grado di provocare un *rebound* nell'incidenza di molte patologie acute. A tal fine, il presente Piano dispone il mantenimento della televisita specialistica, per permettere lo screening dei casi mediante la telemedicina e consigliare l'accesso al Dipartimento emergenza urgenza e accettazione (DEA) solo ai casi sospetti o meritevoli di trattamento.

La televisita, come introdotto alla Macro area 2, è uno strumento funzionale anche in periodi ordinari per monitorare i casi cronici ed è una prerogativa che la telemedicina ha dimostrato essere praticabile. Con il termine telemedicina (TLM) si intende la trasmissione in tempo reale di informazioni cliniche tramite l'utilizzo dei sistemi informatici. Oltre ai servizi territoriali, la telemedicina trova infatti interessanti applicazioni anche all'interno dell'ospedale, in particolare per alcune procedure chirurgiche di alta complessità.

Non meno importante in telemedicina è la possibilità di fornire una prestazione diagnostica e terapeutica più tempestiva ed efficace evitando i trasferimenti non strettamente necessari di pazienti gravi, per i quali il trasporto potrebbe arrecare dei rischi alla già compromessa condizione clinica. Da ricordare, infine, l'ottimizzazione dei tempi e delle risorse sanitarie e l'ingente risparmio economico favoriti dall'eliminazione dei costi di trasporto (elicottero, ambulanza) e del personale medico coinvolto.

Una prima applicazione in neurochirurgia, ora divenuta prassi ordinaria presso l'ospedale regionale, ha dimostrato la sostenibilità di questa metodica nei casi di consulto a distanza con l'ospedale di Alessandria negli interventi alla colonna. Il presente Piano prevede di diffondere su più ampia scala i modelli già validati e a definirne di nuovi.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN UNA LOGICA DI RETE INTRA ED EXTRA REGIONALE

L'emergenza epidemiologica ancora in corso deve rappresentare un'opportunità per ripensare e rivedere il Servizio Sanitario Regionale in un'ottica di integrazione tra la rete ospedaliera e la rete territoriale.

Il Servizio Sanitario Regionale è infatti tenuto a rendere organici e strutturali gran parte degli interventi che dovranno essere indirizzati sempre più verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multi professionale. Solo ridefinendo la rete ospedaliera in un'ottica di integrazione con i servizi del territorio, sarà possibile offrire una risposta adeguata alla crescente domanda di assistenza, non solo riferita alla situazione infettivologica e pandemica in corso, ma anche a quella relativa all'attività ordinaria.

Come prescritto dalla normativa vigente, in generale, le strutture sanitarie devono concorrere a garantire gli obiettivi assistenziali, in qualità di erogatori di prestazioni a tutela della salute del cittadino, osservando i principi di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, centralità del paziente, umanizzazione e rispetto della dignità del paziente. Diventa, quindi, strategico promuovere l'appropriatezza delle

cure nell'ottica di un uso sempre più razionale ed efficace delle risorse pubbliche, sviluppando forme di collaborazione che trovano concretezza nella messa in rete delle competenze clinico-assistenziali e nell'implementazione di percorsi assistenziali multidisciplinari, in un'ottica di centralità del paziente rispetto al sistema sanitario.

Tale approccio assume un valore particolare anche in funzione del ripensamento del modello di offerta sanitaria e socio sanitaria regionale, il quale deve basarsi su strumenti di governo strutturali e organizzativi che perseguono obiettivi di presa in cura dei pazienti con forme trasversali tra ospedale e territorio. Per lo sviluppo delle reti è infatti necessario riequilibrare i ruoli sia delle diverse professionalità/prestazioni interne del presidio ospedaliero, sia quelle tra l'ospedale ed il territorio di riferimento.

Dall'analisi degli indicatori del Programma nazionale esiti (PNE) relativi ad alcuni esiti clinici indesiderati dell'attività ospedaliera – riammissioni a 30 giorni per appendiciti laparoscopiche in età pediatrica, ricoveri successivi al cesareo durante il puerperio, riammissioni a 30 giorni per protesi d'anca o per protesi al ginocchio per citare alcuni esempi - al pari del valore non pienamente performante di alcuni indicatori previsti dal decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia²⁶ sul monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) palesano il fatto che a livello regionale è necessario ridefinire il ruolo dell'ospedale all'interno dell'intero sistema dei servizi sanitari e realizzare l'integrazione con il territorio, privilegiando tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura e recupero o rieducazione funzionale in un percorso definito che pone al centro la persona. Al contrario, come alcuni valori critici dimostrano, ad oggi spesso sono da attribuire al mancato collegamento con i servizi territoriali alcuni indicatori specifici non performanti rilevati sull'ospedale.

Tra tutti questi, una attenzione particolare il Piano intende rivolgere verso l'area materno infantile e quella pediatrica.

Per quanto attiene il percorso nascita il Piano intende garantire l'uniformità dell'assistenza ostetrica su tutto il territorio regionale anche attraverso la riorganizzazione dei consultori, prevedendo un'adeguata presa in carico secondo il grado di rischio, con particolare riferimento alla gestione territoriale della gravidanza a basso rischio e alla riduzione delle complicanze neonatali legate alla prematurità e alla patologia malformativa. Lo sviluppo di una rete regionale con integrazione tra strutture a diversa complessità permette di indirizzare adeguatamente le risorse in modo da fornire il grado di assistenza adeguato al grado di rischio della gravidanza, con una prevalente gestione territoriale da parte dell'ostetrica delle gestanti a basso rischio richiedenti un percorso prenatale di base, un invio verso l'ospedale regionale per le gestanti che necessitano di assistenza di complessità più elevata, fino all'invio, previsto da opportuni percorsi assistenziali di rete, a strutture altamente specializzate extra regionali laddove la gravidanza si dimostri ad elevato rischio per la madre e per il nascituro o laddove la gravidanza si presenti in concomitanza con patologie e complicanze gravi.

²⁶ Decreto 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"

Con attenzione al taglio cesareo non vi è dubbio che esso rappresenti un intervento chirurgico efficace nel ridurre la mortalità e la morbidità materna e perinatale in presenza di una specifica indicazione; tuttavia, data l'elevata percentuale di tali procedure sul totale, determinata anche da assunti di medicina difensiva, è obiettivo del presente Piano migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica attraverso una riduzione dei tagli cesarei che oggi sono circa il 24% dei parti totali in un anno (di poco superiori a 800), riportando questa quota proporzionale verso lo standard raccomandato nelle strutture con meno di 1000 parti per anno, che pone il limite massimo²⁷ al 15%; questo in quanto non vi sono evidenze scientifiche disponibili che i benefici sopra citati vengono mantenuti in assenza di una reale giustificazione clinica. È opportuna pertanto l'adozione, attraverso la formalizzazione del protocollo clinico, di linee guida incentrate sull'utilizzo di strumenti descrittivi validati, quali ad esempio la Classificazione di Robson²⁸, per l'analisi del trend di esecuzione di parti cesarei nel tempo in modo da individuare correttamente le classi con tasso di tagli cesarei maggiori sulle quali focalizzare tanto gli sforzi organizzativi quanto quelli di sensibilizzazione verso le donne avvertendo sui rischi che un intervento chirurgico non necessario può comportare e limitarne in questo modo, nel tempo, l'esecuzione.

Il Piano intende anche promuovere azioni volte a favorire quanto più possibile il parto naturale con la possibilità di accedere in sicurezza alle procedure analgesiche (epidurale) previste per il travaglio e per il parto anche al fine di contenere la richiesta di taglio cesareo come soluzione al dolore.

Per quanto riguarda l'area pediatrica il Piano indica nella maggiore interazione tra ospedale e assistenza primaria la forma istituzionale per la riduzione di interventi inappropriati quali l'appendicectomia e la tonsillectomia, ritenuti da tempo evitabili se opportunamente trattati preventivamente in ambito territoriale, così come le riammissioni a 30 giorni per gli interventi di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica.

In materia di reti extra regionali, come noto, il decreto ministeriale n.70/2015 chiarisce come le reti cliniche rappresentino un nodo strategico per l'incremento della qualità dell'assistenza ospedaliera.

Il Piano pertanto dispone che nei prossimi anni siano istituite formalmente o completate e messe a regime le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate (*breast unit*, rete per ictus acuto, trauma grave, oncologica, trapiantologica, ecc.) e dato ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (rete per le emergenze cardiologiche, per le malattie vascolari, medicine specialistiche, ad esempio nefrologia con particolare attenzione allo sviluppo nel territorio della dialisi in assistenza domiciliare, ecc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia, anche attraverso il ricorso a strutture extra regionali ove richiesto.

Il ruolo dell'ospedale deve essere quello di gestire le problematiche assistenziali generate da una patologia ad insorgenza acuta e/o complessa. In tale ambito, rientrano, inoltre, le reti tempo dipendenti (RTD), dove il precoce e appropriato intervento sanitario verso il paziente diventa prerogativa della sua stessa sopravvivenza e dell'esito non invalidante della patologia stessa.

²⁷ Decreto ministeriale n.70/2015

²⁸ La classificazione di Robson divide le pazienti sottoposte a taglio cesareo in 10 classi mutuamente esclusive, definite in base alla parità, al numero di feti, alla presentazione fetale, all'età gestazionale e decorso del travaglio e del parto e consente di quantificare il peso percentuale di ciascuna classe sul totale delle partorienti.

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo dipendenti, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus. A seguito della deliberazione della Giunta regione n. 209/2019 sono state recepite "Le linee guida per la revisione delle reti cliniche. Le reti tempo dipendenti" e istituito il coordinamento regionale della rete. Anche a seguito del miglioramento della situazione pandemica, il presente Piano dispone che vengano riattivate le collaborazioni necessarie a valutare la fattibilità di istituire in collaborazione con la Regione Piemonte tali reti anche sul territorio regionale.

Con riferimento alle reti, è importante precisare che la loro implementazione non può prescindere dal contesto territoriale in cui le medesime trovano sviluppo. La Valle d'Aosta è una regione caratterizzata da una popolazione poco superiore a 123.000 assistiti, con una casistica clinica sovente limitata in termini di volumi di attività per alcune procedure cliniche, condizioni che, al fine di garantire sicurezza ed efficacia nelle prestazioni sanitarie, richiedono l'inclusione in sistemi di rete extraregionali in grado di soddisfare e/o integrare efficacemente e qualitativamente l'assistenza al paziente. Un esempio di rete già consolidata e di efficacia dimostrata in ambito oncologico è quella attiva con la Regione Piemonte, alla quale si aggiungono la Rete sangue, la Rete per le malattie rare e la Rete per i trapianti.

Con il presente Piano, si intende, quindi, riprogettare l'assistenza sanitaria ospedaliera regionale attraverso la costruzione di nuove reti ospedaliere extra regionali, in particolare per le patologie tempo dipendenti o il rafforzamento di quelle esistenti, contestualmente alla realizzazione o consolidamento di quelle tra ospedale e territorio e tra la Valle d'Aosta e altre regioni italiane.

Il concetto di rete si coniuga anche a livello di integrazione con il territorio. Il decreto ministeriale n.70/2015, in materia di standard ospedalieri, definisce che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale per:

- infarto;
- ictus;
- traumi maggiori;
- neonatologica;
- medicine specialistiche;
- oncologica;
- pediatria;
- terapia del dolore;
- malattie rare.

Per la definizione di alcune delle reti sopra elencate sono disponibili le linee guida organizzative e le raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle altre reti, l'AGENAS, insieme al Ministero della Salute e alle Regioni e Province autonome, ha definito alcune raccomandazioni da sancire tramite appositi accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Con riferimento alla rete per la presa in cura del paziente con malattia rara, auspicando nella prossima adozione di un nuovo Piano nazionale delle malattie rare, il cui ultimo aggiornamento risale all'anno 2016, gli interventi regionali per una risposta efficace ai bisogni di questi paziente devono tendere, anche in questo caso, verso l'implementazione di un modello di presa in cura globale. Come per

le patologie croniche, infatti, la pandemia ha fatto emergere, in maniera ancora più urgente, la necessità di potenziare, sia le prestazioni assistenziali e sociali, ad integrazione e complemento delle cure prettamente sanitarie, sia il regime di erogazione delle medesime, che deve tendere, sempre più, verso un'efficace risposta in ambito extra-ospedaliero. Occorre dunque, dopo una valutazione multidisciplinare e multidimensionale del paziente, predisporre un piano assistenziale individuale, che sia dinamico nel tempo e che assicuri una continuità tra il Centro di riferimento per la patologia rara da curare, l'ospedale, il territorio e il luogo di abitazione della persona.

Con la deliberazione della Giunta regionale n.4054/2006 è stato istituito il Registro regionale delle malattie rare, quale centro di raccolta e invio dei dati al Registro nazionale ed è stato individuato nel Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL, il Centro di coordinamento regionale.

La possibilità di avvalersi dell'esperienza virtuosa della Regione Piemonte, in considerazione dell'esiguità dei casi di persone affette da malattia rara in Valle d'Aosta che non permette di avere dati epidemiologici significativi, nonché il fatto di condividere lo stesso elenco di malattie rare esenti, ha portato alla decisione di fare confluire i dati del registro regionale della Valle d'Aosta nel registro piemontese e creare, di conseguenza, il Registro interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta (deliberazione della Giunta regionale n.234/2008). Questa attività ha permesso una collaborazione proficua negli anni e ha offerto, ad una piccola regione come la Valle d'Aosta, la possibilità di ricevere consulenza e supporto clinico da parte di medici specialisti ed epidemiologi piemontesi, al fine di sopperire alla inevitabile carenza di competenze specifiche sul territorio, dovute anche all'esigua frequenza della presa in cura di pazienti con malattia rara.

Alla collaborazione con il Piemonte, si aggiunge il confronto costante con le altre Regioni nell'ambito del tavolo tecnico interregionale delle malattie rare, in capo al coordinamento Area assistenza ospedaliera della Commissione salute, finalizzato ad individuare un approccio il più possibile omogeneo tra i territori nella garanzia dei servizi e delle prestazioni offerti, nella modalità di presa in cura dei pazienti e, in generale, nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli assistiti. Ad oggi, l'elenco delle malattie rare riconosciute a livello regionale è quello approvato con la deliberazione della Giunta regionale n.1273/2017, con la quale è stato recepito l'elenco nazionale di cui all'allegato 7 del DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza) e al quale è stata aggiunta, in accordo con la Regione Piemonte, la patologia insufficienza intestinale cronica benigna.

IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA

Troppo a lungo la mobilità sanitaria ospedaliera ha rappresentato un elemento di valutazione principalmente finanziario, volto cioè a stabilire la sostenibilità, nel tempo, del saldo tra una mobilità passiva che, per un ospedale unico con un bacino di utenza di ridotte dimensioni quale quello regionale, è fisiologicamente più elevata della mobilità attiva.

Sotto il profilo finanziario il saldo della mobilità 2021, con riferimento all'anno 2019, conguagliato sull'anno 2017, per la Valle d'Aosta, in tema di assistenza sanitaria ospedaliera ammonta a 7.770.237 milioni di Euro, che originano da una differenza tra un debito di 15.421.461 milioni di Euro dovuti alle altre regioni per il ricovero di valdostani e un credito di 7.651.224 milioni di Euro dovuto alla

Valle d'Aosta per i ricoveri presso il presidio regionale di residenti in altre regioni. Nel valutare le voci di credito indotte dall'attrattività di alcune prestazioni rese dall'ospedale regionale a non residenti è opportuno considerare che non tutta la mobilità attiva si configura come guadagno in quanto, per alcune tipologie di ricovero, il costo di produzione di un ospedale delle dimensioni di quello regionale potrebbe non essere totalmente coperto dal rimborso della tariffa stabilita a livello nazionale, da cui, si impone una valutazione in termini di guadagno o di investimento comunque utile, anche a fronte di una potenziale perdita.

Del debito conseguente a ricoveri di residenti valdostani fuori regione, nel 2020, il 71% è reso al Piemonte e il 19% alla Lombardia.

Come già ripetuto all'interno di questo documento, la mobilità dei cittadini rappresenta un diritto sancito anche dalla normativa vigente, ma se al riconoscimento di tale diritto non si accompagna una attenta azione di governo, non solo si compromette la qualità delle cure regionali, ma si rischia di esporre i propri residenti a logiche opportunistiche, legate al profitto e non alla sicurezza e qualità delle cure, messe in atto da strutture extra regionali. Più precisamente, se a prescindere dall'entità della spesa non si analizzano le prestazioni soggette a mobilità passiva, detta anche "fuga", e le dinamiche da cui traggono origine, si rischiano almeno tre conseguenze gravi sulla quella qualità e sul potenziale dell'assistenza ospedaliera regionale:

- la prima, un aumento dei costi senza modificare la qualità dell'assistenza;
- la seconda, l'impossibilità di compiere strategie di investimento ragionate sull'ospedale regionale;
- la terza, una delega alle logiche di mercato dei principi quali la garanzia e la sicurezza delle migliori cure in relazione al bisogno ai residenti.

La mobilità dei pazienti deve pertanto essere considerata, a tutti gli effetti, come un tema di competenze della programmazione sanitaria regionale e, quindi, strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA) oltre che, ovviamente, al dimensionamento dei posti letto.

Il Piano dispone quindi, che sul tema della mobilità sanitaria, sia per la parte ospedaliera, che ne costituisce la voce preminente, sia per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali, quali ad esempio la diagnostica per immagini, si attivino attività dedicate di monitoraggio, analisi e valutazione in collaborazione con l'Azienda USL, diretta produttrice di tali prestazioni, non solo per ridurre quanto più possibile la quota di debito dovuta a prestazioni a bassa e media complessità che rientrano nella capacità produttiva dell'ospedale regionale ma anche per destinare parte di quella spesa a progetti di investimento e sviluppo regionale che incidano anche sull'attrattività delle prestazioni offerte e, quindi, sulla mobilità attiva che costituisce voce di credito per la Regione.

Sulla cosiddetta "mobilità di confine"²⁹, quella che per i residenti in Valle d'Aosta determina il ricorso a strutture di ricovero pubbliche e private, accreditate dalle regioni confinanti piemontesi e di prossimità lombarde, il legislatore ha previsto degli strumenti di governo rappresentati dagli Accordi di confine.

²⁹ Vedi recenti "Patti per la Salute" tra le Regioni.

Come spesso accade però, la contrattazione tra Regioni di diverso potenziale ed entità, quale potrebbe essere quella tra la Valle d'Aosta e il Piemonte sul tema dei flussi di mobilità ha già avuto in passato criticità che non hanno trovato soluzione. Ciò tuttavia non pregiudica che la Valle d'Aosta si appelli ad un diritto, quale quello della sottoscrizione di un accordo di confine, riconosciuto anche dal legislatore, compiendo tutte le azioni necessarie sotto il profilo amministrativo e tecnico.

Collegato al tema già introdotto di una individuazione ottimale di ospedale anche in termini di produttività, vi è quello del governo della mobilità sanitaria ospedaliera attraverso l'analisi di quali prestazioni è opportuno garantire fuori regione per volumi troppo esigui di attività e bacino regionale troppo ridotto e quali invece porre al centro di un rilancio dell'ospedale regionale anche in termini di investimento.

In materia di attrattività è evidente che solo da una attenta ed efficace attività di governo della mobilità sanitaria è possibile stabilire su quali segmenti di offerta ospedaliera, specie se di media o alta complessità chirurgica, la Valle d'Aosta abbia evidenza di successo e possa intraprendere investimenti di medio e lungo periodo sia in termini di tecnologie sia in termini di formazione e attrazione di personale qualificato.

Limitatamente alle situazioni di elevata complessità clinica e rare, per le quali la programmazione sanitaria regionale non eroga l'assistenza, il presente Piano prevede di valutare la fattibilità di un intervento normativo che introduca misure di sostegno alle persone o famiglie interessate da queste particolari situazioni.

OBIETTIVI

- MA 3.1 Ridefinire il ruolo dell'ospedale regionale all'interno della più ampia rete assistenziale regionale dei servizi territoriali valorizzando opportunamente, con percorsi di appropriatezza gestionale, le forme di assistenza alternative al ricovero e a più bassa intensità clinica, migliorando l'appropriatezza dei ricoveri (Ospedale di Comunità, residenze socio-sanitarie)
- MA 3.2 Predisporre un sistema di indicatori per la valutazione e il governo dell'efficienza organizzativa e funzionale dell'ospedale regionale a supporto delle decisioni strategiche
- MA 3.3 Costituire un gruppo di lavoro permanente e a composizione variabile, tra Azienda USL e Assessorato, dedicato alla valutazione e al miglioramento della performance rilevata attraverso indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e del Progetto Nazionale Esiti, anche sviluppando una piattaforma regionale di monitoraggio costante dei valori
- MA 3.4 Aggiornare e mantenere il Programma operativo regionale per la gestione dell'emergenza Covid (art.8 c1 del dl 18/2020) nella fase antecedente il completamento della realizzazione del nuovo complesso ospedaliero regionale

- MA 3.5 Introdurre la funzione di Gestione Operativa, in capo all'Azienda USL, che governi i processi di produzione erogativa e di presa in cura dei pazienti, in particolare per il governo dei tempi di attesa di area chirurgica, che tenga in considerazione sia la capacità produttiva dell'ospedale regionale, sia la mobilità passiva, con differenziazioni nella garanzia degli interventi chirurgici di alta, media e bassa complessità clinica
- MA 3.6 Monitorare l'attuazione da parte dell'Azienda USL delle linee guida nazionali in materia di percorso del paziente chirurgico programmato
- MA 3.7 Riorganizzare i percorsi della rete regionale di riabilitazione, con particolare riferimento all'assistenza riabilitativa domiciliare a seguito di dimissione ospedaliera, prevedendo collegamenti funzionali programmati con l'assistenza territoriale
- MA 3.8 Portare a compimento i documenti tecnici di progettazione (progetti definitivo ed esecutivo del Nuovo Ospedale (fase 3), il progetto di fattibilità tecnico-economica della ristrutturazione dell'esistente (fasi 4 e 5) e lo schema distributivo funzionale dell'intero complesso) nei tempi previsti, utili all'avvio delle relative attività di gara
- MA 3.9 Predisporre azioni di comunicazione diffusa e differenziata tra i vari sottogruppi di popolazione inerenti la presentazione pubblica del progetto del nuovo ospedale
- MA 3.10 Sviluppare le reti cliniche ospedaliere extra regionali, anche tempo dipendenti (TD), in ambito nazionale ed extra nazionale se necessario, al fine di garantire un elevato livello di qualità clinica correlabile ad adeguati volumi di attività e favorendo la formazione e lo scambio professionale con *équipe* miste di operatori sanitari
- MA 3.11 Predisporre un sistema di valutazione per il governo della mobilità sanitaria ospedaliera finalizzato sia alla programmazione degli investimenti sulla produttività ospedaliera regionale, sia alla predisposizione degli Accordi di confine da stipularsi con le Regioni limitrofe
- MA 3.12 Aggiornare il Piano di miglioramento continuo del grado di umanizzazione del ricovero, di cui alla convenzione con AGENAS approvata con deliberazione della Giunta regionale n.592/2017 e alla deliberazione dell'Azienda USL n.307/2019.
- MA 3.13 Istituire forme di collaborazione stabile in ospedale con le associazioni di volontariato per un maggiore grado di umanizzazione dei servizi e di attenzione alle persone, specie se anziane, sole o fragili, sottoposte a ospedalizzazione, o a frequentazione occasionale per visite e accertamenti
- MA 3.14 Implementare, con le organizzazioni del volontariato, la realizzazione del progetto DAMA di accoglienza e accompagnamento nel percorso ospedaliero riservato alle persone con disabilità, anche grave, e ai loro famigliari

MACRO AREA 4

LA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI IN UNA LOGICA DI WELFARE INTEGRATIVO E GENERATIVO

La definizione degli indirizzi prioritari e delle strategie per un nuovo sviluppo del sistema regionale dei servizi sociali 2022-2025 avviene non solo nell'ambito della crisi legata alla pandemia da Covid 19, la quale da sanitaria è immediatamente diventata strutturale e sistemica ampliando le disuguaglianze sociali già presenti soprattutto a danno delle persone già in condizione di svantaggio, ma anche a seguito dell'approvazione, nel mese di agosto 2021, da parte della Rete della protezione e dell'inclusione sociale istituita dal decreto legislativo n.147/2017 quale organismo a livello nazionale di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla Legge n.328/2000, del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023.

Quest'ultimo include il Piano sociale nazionale 2021-2023 - strumento programmatico per lo sviluppo dei servizi e degli interventi delle politiche sociali tramite l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20 della Legge n.328/2000 - e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 - strumento programmatico per lo sviluppo delle politiche dirette al sostegno e al superamento delle condizioni di povertà e esclusione sociale tramite l'utilizzo delle risorse della quota del Fondo Povertà attribuita agli ambiti territoriali delle regioni.

La Rete ha inoltre già avviato le azioni per la definizione del Piano per la non autosufficienza 2022-2024 strumento programmatico per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire alle persone non autosufficienti tramite l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'art. 1, comma 1264, della Legge n.296/2006.

I Piani nazionali approvati hanno individuato un primo blocco di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), come definiti dalla Legge n.328/2000, verso cui tendere attraverso scelte strategiche comuni e la presente programmazione regionale intende definire specifici interventi diretti a sviluppare sia quanto già realizzato all'interno del sistema regionale, sia nuove iniziative con l'obiettivo di garantire in Valle d'Aosta il livello minimo di prestazioni e servizi forniti a tutti i cittadini, sia in forma gratuita sia attraverso forme di compartecipazione alla spesa. L'obiettivo è tendere alla realizzazione di un sistema omogeneo di offerta rispetto al bisogno, con riferimento ad alcuni servizi e interventi ritenuti essenziali, che garantisca la tutela dei diritti sociali e una maggiore equità territoriale nella loro distribuzione a livello regionale.

Risorse significative destinate alle priorità indicate saranno garantite anche dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per tre specifici interventi sul sociale, a regia nazionale, ma che sono per la massima parte destinati alla realizzazione di interventi che verranno realizzati dagli Ambiti sociali territoriali, in ambito socio sanitario, di sostegno alle persone con disabilità e di contrasto alla povertà estrema.

Gli obiettivi strategici individuati nei Piani nazionali adottano un approccio fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi (non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa) e riguardano prevalentemente azioni innovative, o già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare.

La programmazione sociale regionale costituisce quindi un elemento fondamentale dove i LEPS, gli orientamenti e le priorità condivise nei Piani nazionali vengono integrati con quelli di competenza regionale.

Il presente Piano intende, quindi, promuovere un modello di welfare non solo integrativo, ma anche generativo, diretto cioè a valorizzare le capacità delle persone che ricevono contributi e/o assistenza da parte della rete dei servizi sociali e del Terzo settore (TS), mettendo al centro le persone e le loro capacità e non solo i bisogni, costituendo una sfida per professionisti, volontari e operatori dei servizi pubblici e privati, soggetti con responsabilità politiche.

Il fine ultimo è il superamento delle pratiche assistenzialistiche, basate sulla messa a disposizione di supporti economici, ma anche l'individuazione di strumenti utili a migliorare la condizione di vita di ogni persona, intesa nella sua unità ma con bisogni diversificati sia nelle diverse fasi della vita, sia nelle diverse situazioni contingenti e che richiedono risposte e supporti trasversali e non limitati a interventi settoriali inidonei a prendere in carico la persona nel suo complesso.

UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE

Un modello culturale di riferimento, capace di orientare le politiche verso un sistema di welfare di comunità e generativo, necessita dell'apporto di tutti e, oltre alla ridistribuire delle risorse, deve promuoverne la moltiplicazione, generare benefici diffusi, aumentare le capacità delle persone di fare fronte agli avvenimenti difficili della vita, riducendo i conflitti sociali e valorizzando le differenze culturali, prevedendo alcuni cambiamenti per i quali è indispensabile un lavoro di condivisione e di co-costruzione del sistema, con il coinvolgimento di tutti i soggetti del territorio: Enti locali, Terzo settore, volontariato, privato sociale, e cittadinanza.

Come già stabilito dalla Legge n.328/2000, il decreto legislativo n.147/2017 affida alle Regioni e alle Province autonome "l'adozione di Ambiti territoriali sociali omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche del lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego".

Attualmente le funzioni di programmazione delle politiche sociali sono gestite in forma associata da parte dell'Amministrazione regionale per il tramite del Piano di zona regionale, il quale, come stabilito nell'Accordo di programma, garantisce l'articolazione territoriale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale e ne assolve le funzioni. In considerazione dell'esperienza maturata nell'ambito della gestione del Piano di zona avviato nell'anno 2010, il presente Piano intende ridefinire il modello di programmazione concertata delle politiche sociali al fine di snellire i processi e ottimizzare i tavoli istituzionali, anche ai sensi degli sviluppi normativi statali³⁰.

³⁰ DLGS. n.117/2017 "Codice del Terzo settore"; decreto ministeriale n. 72 del 31 marzo 2021 "Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli artt. 55-57 del DLGS. n.117/2017 (Codice del Terzo settore)"

A livello regionale, in considerazione dei principi e dei contenuti sviluppati nella Macro area 5 del presente Piano e come già rappresentato nella Macro area 2 che definisce il Distretto socio sanitario come ambito regionale ottimale dove assicurare l'assistenza territoriale integrata e individua 2 Distretti socio sanitari e socio assistenziali anziché 4, si rende necessario ridefinire quanto stabilito dall'Accordo di Programma con specifico riferimento alla gestione in forma associata da parte dei Comuni delle funzioni e servizi.

La riorganizzazione nell'ambito dei 2 Distretti socio sanitari e socio assistenziali dovrà avvenire nell'ambito della *governance* del sistema regionale per la salute e il benessere sociale, i cui principi e contenuti sono sviluppati nella Macro area 5 del presente Piano, al quale saranno chiamati a partecipare tutti i soggetti attualmente coinvolti nell'ambito del Piano di zona affinché siano valorizzate le esperienze positive e si possano concordare soluzioni alternative, condivise, in ordine alle criticità emerse. Ciò anche in considerazione della necessità di coinvolgere attivamente e concretamente tutti gli attori responsabili nelle diverse aree di competenza nella realizzazione di interventi e servizi sociali integrati con quelli sanitari, socio sanitari, del lavoro, dell'istruzione e della formazione professionale, dell'abitazione e giudiziarie, in una logica di promozione di una il più possibile omogenea offerta sul territorio regionale, ma anche in base ai diversi bisogni che all'interno di quest'ultimo sono rilevati.

La programmazione delle politiche sociali, diretta a garantire i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) è necessariamente integrata con quella delle politiche sanitarie e socio sanitarie a garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), come già descritta e sviluppata in tutte le Macro aree oggetto della programmazione del presente Piano, in quanto alcuni LEA, come definiti dal DPCM del 12 gennaio 2017, prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali, la garanzia dell'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. L'integrazione richiede la costruzione di un modello organizzativo per un utilizzo funzionale delle risorse professionali, capace di mettere in rete le prestazioni di maggior impatto sulle situazioni di disagio personale e sociale erogate in tutti gli ambiti previsti dai LEA.

L'integrazione con le politiche del lavoro assume rilevanza in quanto la mancanza di lavoro e di reddito sono spesso all'origine di situazioni di fragilità. Il Reddito di cittadinanza, introdotto recentemente a livello nazionale, e gli interventi di sostegno economico già attivi da anni a livello regionale intendono sostenere dette situazioni anche al fine di evitare che la difficoltà economica conduca a forme di deprivazione all'origine di una esclusione sociale dalla quale sia difficile uscire. D'altra parte, a norma del decreto legge n.4/2019, il sostegno economico deve accompagnarsi a politiche attive finalizzate al conseguimento della massima autonomia attraverso gli strumenti, ambedue riconosciuti come LEPS, del Patto per l'inclusione sociale e del Patto per il lavoro.

Il lavoro costituisce l'elemento fondamentale per il conseguimento dell'autonomia, sia essa piena o parziale; in ogni caso le politiche sociali devono, in tale contesto, relazionarsi costantemente con le politiche del lavoro, inserendo nei progetti individuali la dimensione del lavoro, la strumentazione e la formazione necessari. Non a caso in tutti i progetti per la vita indipendente nell'ambito della disabilità, così come in quelli proposti sul sociale nell'ambito del PNRR, la dimensione sociale e quella lavorativa sono sempre associate e collegate alla dimensione abitativa.

Il problema abitativo, infatti, è anch'esso all'origine della situazione di fragilità delle persone; laddove i servizi sociali riescono a farsi carico dell'emergenza abitativa immediata, soprattutto per le persone in condizioni di particolare fragilità o a situazioni particolari (si pensi solo all'emergenza freddo), non sono in grado, da soli, di offrire una risposta duratura se non affiancando le politiche sociali a coerenti *politiche abitative*.

In tal senso, queste ultime saranno dirette a integrare e rendere più efficiente ed efficace l'impiego delle risorse e delle infrastrutture già presenti sul territorio, favorendo l'incremento del patrimonio immobiliare pubblico destinato a tale scopo, al fine di contrastare i fenomeni di povertà abitativa peraltro aggravati dall'impatto socio-economico della pandemia da Covid 19.

Se lavoro, reddito e casa costituiscono gli elementi fondamentali di una risposta duratura al bisogno e alle fragilità delle persone, l'ambito sociale non può prescindere dall'interagire con quello dell'istruzione, innanzitutto perché l'istruzione costituisce l'elemento essenziale di cittadinanza e la sua mancanza costituisce elemento di esclusione e di trasferimento intergenerazionale della povertà e dell'esclusione sociale. In tal senso gli obiettivi formativi, anche di base, così come la regolare frequenza a scuola dei minori costituiscono elementi fondamentali dei Patti per l'inclusione sociale e, più in generale, dei progetti individualizzati di presa in carico. Emerge infatti con evidenza come una significativa quota di beneficiari del Reddito di cittadinanza è priva dei titoli di scolarizzazione di base. Infine, ma non da ultimo, un ulteriore elemento centrale delle politiche del lavoro è costituito dalla formazione professionale, dall'aggiornamento e dal miglioramento delle professionalità.

La tutela dei minori e delle famiglie è uno degli ambiti in cui è strettissima la collaborazione con le autorità giudiziarie, che devono essere presenti nella definizione delle politiche territoriali.

Particolarmente importante è, a tale riguardo, lo sviluppo di un costante confronto e di una collaborazione negli ambiti legati alle problematiche delle famiglie con minori, quali la valutazione della genitorialità, la definizione di spazi neutri e di centri per la realizzazione di incontri protetti, la costruzione delle reti per la promozione e il sostegno dell'affido, la garanzia di qualità della tutela pubblica, la tutela delle persone di minore età non accompagnati. Inoltre, risulta indispensabile potenziare la collaborazione fra i servizi sociali territoriali e le autorità giudiziarie nelle azioni di reinserimento degli ex detenuti e nell'attiva promozione di misure alternative alla detenzione. In questo senso la programmazione territoriale dovrà anche favorire il più possibile la stipula di accordi con l'autorità giudiziaria per l'inserimento lavorativo dei condannati ammessi all'esecuzione penale esterna.

Il presente Piano introduce innovative scelte organizzative e gestionali dirette a separare la funzione di gestione dei servizi e degli interventi da quella di programmazione delle politiche sociali, concentrando l'attività degli Enti locali e della Regione nella programmazione, nel monitoraggio e nella valutazione delle politiche sociali e dei fondi ad essa collegati, indispensabile per la realizzazione dei LEPS e per l'accesso ai fondi statali e europei.

TERZO SETTORE E VOLONTARIATO

Il Terzo settore, in base alla rispettiva forma giuridica e alla mission dell'ente, riveste particolare importanza nell'ambito della programmazione e gestione delle politiche e degli interventi sociali. Nello specifico:

- la cooperazione e il privato sociale in genere, il quale continua a essere chiamato a partecipare attivamente, attraverso i propri organismi e assieme agli stakeholder, alla definizione delle priorità e degli indirizzi di sistema, operando, su mandato del pubblico, per garantire i LEPS e il sistema dei servizi sociali nella misura e nei limiti in cui la fornitura concreta di questi ultimi viene esternalizzata;
- il mondo del volontariato, che deve diventare, di nuovo, essenziale non tanto per supplire alla mancanza di servizi pubblici, quanto nell'arricchire l'offerta, fornendo risposte che creino specifica qualità grazie all'inserimento nel tessuto sociale e alla quotidianità dei rapporti;
- le Fondazioni di comunità la cui mission è quella di migliorare la qualità della vita della comunità presente su uno specifico territorio e promuovere al loro interno la cultura del dono e della solidarietà. Nello specifico, la funzione di promozione dell'attività filantropica dei soggetti attivi della comunità, siano essi cittadini, imprese, enti pubblici od organizzazioni del Terzo settore risulta sempre più indispensabile sia in qualità di supporto alle politiche, ai servizi e ai progetti erogati dagli enti pubblici e privati sia al fine di rimuovere tutti quegli ostacoli di natura culturale, fiscale, legale ed amministrativa che normalmente impediscono ai membri di una comunità di contribuire allo sviluppo del bene comune.

Gli interventi programmatori del presente Piano intendono continuare a sviluppare e a migliorare un welfare territoriale in senso plurale e partecipato che, pur mantenendo una regia prevalentemente pubblica, stimoli la promozione di meccanismi di co-programmazione e co-progettazione come stabilite dalle recenti Linee guida sul rapporto tra Amministrazioni pubbliche e Enti del Terzo settore che ne sanciscono la possibilità di operare in ragione dell'interesse pubblico che ne orienta l'attività.

Il presente Piano è pertanto diretto a:

- rivedere la normativa regionale di settore, al fine di approvare una legge quadro regionale in materia di enti e associazioni di volontariato e di promozione sociale, di cooperazione sociale e di servizio civile, dando applicazione a quanto previsto dalla Riforma degli enti del Terzo settore, dal Codice del Terzo settore e dai relativi decreti attuativi, e istituendo, altresì, l'Ufficio regionale del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore;
- definire linee guida regionali sulla co-programmazione e la co-progettazione pubblico/privato e i successivi regolamenti attuativi. La necessaria integrazione strategica e operativa pubblico/privato per la programmazione, la progettazione e la gestione degli interventi e dei servizi sociali finalizzata a garantire e mantenere adeguati livelli di assistenza sul territorio regionale deve essere regolamentata con appositi strumenti normativi anche alla luce della recente Riforma del Terzo settore e dei relativi indirizzi in essa contenuti;

- promuovere un concreto sviluppo dei tavoli inter istituzionali regionali e territoriali nell'ambito della progettazione delle politiche socio assistenziali, socio sanitarie e socio-educative individuate come prioritarie dalla programmazione del presente Piano, razionalizzando le forme di concertazione esistenti, attualmente incardinate con l'obiettivo di valorizzare gli aspetti positivi conseguiti e superare le criticità riscontrate nella sua realizzazione, e rinforzando la logica della rappresentanza unita alla competenza per avviare reali luoghi di co-costruzione;
- valorizzare la logica generativa tramite progetti specifici e iniziative di formazione e informazione, destinate agli operatori dei servizi, ai volontari, alle famiglie che accedono ai servizi e a tutte le persone che vivono nella comunità, per ricostruire il senso di appartenenza, il concetto di bene comune, la corresponsabilità nel costruire risposte ai bisogni e ridurre il conflitto sociale e l'isolamento.

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

La Legge n.178/2020 ha stabilito un livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali definito da un rapporto tra assistenti sociali utilizzati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni Ambito territoriale per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della Legge 8 novembre 2000, n. 328, e l'ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000.

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 dedica grande rilievo al servizio sociale ribadendone l'importanza e delineandone le modalità organizzative e di erogazione del servizio, ponendo in evidenza che, a fronte di una generalizzata crescita della domanda sociale, alla quale contribuisce un indebolimento delle condizioni sociali ed economiche di molti individui e famiglie, è necessario potenziare questa tipologia di servizio e migliorarne la qualità in quanto elemento imprescindibile delle politiche sociali a favore delle persone, come dimostra il ruolo cardine affidatogli nella scelta di associare all'introduzione di una misura nazionale di sostegno al reddito una esplicita presa in carico delle persone (sociale o lavorativa).

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, come la Legge n.178/2020, indica il potenziamento del servizio sociale professionale quale LEPS, evidenziando come la stabilità del rapporto di lavoro e la dipendenza organica dagli enti titolari della funzione sociale degli operatori preposti alla presa in carico dei cittadini residenti costituisce garanzia della sua esigibilità.

Sul territorio regionale il rapporto tra assistenti sociali e residenti raggiunge già il rapporto 1 a 4.000, operando in numero di 51,57 assistenti sociali - dipendenti, a tempo determinato e a tempo indeterminato appartenenti all'organico dell'Ente Regione, del Comune di Aosta e, per la maggior parte, della Società di servizi della Valle d'Aosta S.p.a.

SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 individua quale LEPS la supervisione professionale nell'azione professionale e sulle competenze dell'assistente sociale e degli operatori sociali, la quale si caratterizza come processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale dell'operatore sociale, come accompagnamento di un processo di pensiero, di rivisitazione dell'azione professionale ed è strumento per sostenere e promuovere l'operatività complessa, coinvolgente, difficile degli operatori contribuendo anche a prevenire fenomeni di *burnout*.

L'obiettivo della supervisione professionale è infatti quello di migliorare la qualità delle prassi che gli assistenti sociali, e più in generale gli operatori sociali, adottano con particolare riferimento agli aspetti metodologici, valoriali, relazionali, deontologici ecc, sostenendoli nell'attività attraverso la messa a disposizione di strumenti che ne garantiscano l'equilibrio professionale.

Riconoscendo l'importanza di questa funzione, il supervisore del personale operante nell'ambito dei servizi sociali deve appartenere alla stessa professione del gruppo supervisionato e avere seguito percorsi specifici di formazione e di supervisione. Gli incontri di supervisione dovranno essere periodicamente programmati e un livello minimo, o di base, dovrà prevedere percorsi di gruppo indicativamente di 16 ore annue a cui affiancare momenti anche individuali o di supervisione in *équipe*.

La supervisione potrà essere organizzata anche per *target* particolari (es. neo-assunti, assistenti sociali coordinatori, ecc..) e quella mono-professionale potrà svilupparsi come attività individuale e/o di gruppo e/o per area di lavoro (es. area minori, area adulti, ecc..). Potrà essere svolta sia in presenza sia con modalità telematica a distanza, in particolare con riferimento ad aree territoriali nelle quali la presenza di operatori sociali è meno concentrata. Il percorso di supervisione deve garantire continuità nel tempo ed un numero adeguato di incontri, la cui cadenza solitamente è mensile, ma può essere anche bimestrale come quindicinale.

In presenza di *équipe* multi professionali il percorso di supervisione potrà comprendere incontri di supervisione organizzativa, in aggiunta al livello minimo di ore di supervisione professionale e non in sostituzione, in cui saranno presenti, oltre gli assistenti sociali, anche le altre figure professionali presenti nel servizio (psicologi, educatori professionali, ecc..), al fine di lavorare sulle modalità di funzionamento dell'*équipe*.

IL SISTEMA INFORMATIVO SIUSS

L'attività di programmazione delle politiche e dei servizi sociali è strettamente correlata a una puntuale analisi dei dati relativi ai fabbisogni della comunità e al sistema di offerta di servizi territoriali pubblici e privati. Questo processo di analisi dei bisogni deve svolgersi in maniera integrata e coordinata con la collaborazione dei vari attori e soggetti territoriali presenti nel sistema di welfare.

Il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 ha ribadito che il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS), istituito dal decreto legislativo n.147/2017, costituisce un’infrastruttura conoscitiva strategica per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione del sistema dei servizi sociali, attraverso la raccolta delle informazioni e dei dati relativi alle prestazioni sociali erogate dagli enti dello Stato, gli Enti locali, gli organismi gestori di forme di previdenza e di assistenza obbligatorie.

Nel periodo di vigenza del presente Piano, si rende necessario svolgere un ruolo centrale nella promozione di azioni dirette a:

- riorganizzare l’attività di raccolta e di sistematizzazione dei dati, con il coinvolgimento degli Enti locali e del Terzo settore operanti nella regione, in ordine ai bisogni della popolazione e a una dettagliata mappatura dei servizi pubblici e privati offerti sul territorio regionale, al fine di renderla continua e strutturata e strettamente correlata alla programmazione delle politiche sociali e degli interventi da realizzare sul territorio;
- coinvolgere in modo strutturato i diversi attori territoriali (Enti locali, Terzo settore...) nella definizione di una strategia complessiva e sinergica finalizzata all’analisi dei bisogni territoriali e nell’individuazione di modelli e strumenti operativi comuni di raccolta dei dati;
- valorizzare e sistematizzare l’alimentazione costante di dati informativi e di attività raccolti nell’ambito delle differenti banche dati esistenti, in sinergia quelle nazionali, non solo per assolvere correttamente ai debiti informativi, ma anche per utilizzare tali informazioni nell’ambito dell’analisi statistica, rappresentando una strategia indispensabile per governare il sistema regionale di welfare e per realizzare una pianificazione efficace ed efficiente degli interventi e dei servizi alla persona e monitorare il rispetto dei LEPS.

LE AZIONI PROGRAMMATICHE PRIORITARIE NELLO SVILUPPO
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

Nell’ambito del sistema di welfare regionale i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) individuati dal Piano sociale nazionale per il triennio 2021-2023 rappresentano solo in parte delle nuove sfide in quanto molti di questi livelli fanno già parte dell’offerta strutturata di servizi erogati in favore dei cittadini sul territorio regionale. Nonostante ciò, alcuni servizi dovranno essere potenziati e altri dovranno essere avviati, anche in base alle indicazioni ministeriali, per le quali sono previsti specifici finanziamenti.

La programmazione del presente Piano è diretta pertanto non solo a promuovere l’attivazione di azioni volte a garantire i LEPS individuati a livello nazionale, ma anche a integrare gli interventi e i servizi esistenti per adeguarli a quanto definito dal Piano nazionale.

Nello specifico, i LEPS e le azioni di potenziamento garantiti a livello regionale saranno i seguenti:

LEPS E PRINCIPALI AZIONI DI POTENZIAMENTO		
Intervento	Tipologia	Azioni
Utilizzo dell’ISEE quale means test	LEPS	Mantenimento
Servizio sociale professionale	LEPS	Riorganizzazione dell’esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Potenziamento professioni sociali	Potenziamento	Potenziamento dell’esistente, in particolare nell’ambito del progetti di presa in carico dei beneficiari di misure di sostegno al reddito statali e regionali.
Pronto intervento sociale	LEPS	Servizio da avviare sul territorio regionale
Punti unici di accesso (PUA)	Potenziamento	Riorganizzazione dell’esistente nell’ambito della nuova rete territoriale dei servizi ad integrazione socio sanitaria
Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato	LEPS/Potenziamento	Potenziamento dell’esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Supervisione personale servizi sociali	LEPS	Servizio da avviare ssul territorio regionale
Dimissioni protette	LEPS	Potenziamento dell’esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Prevenzione allontanamento Familiare (P.I.P.I.)	LEPS	Potenziamento dell’esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali

Intervento	Tipologia	Azioni
Careleavers	Potenziamento	Potenziamento dell'esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Sostegno monetario al reddito	LEPS	Servizio garantito dallo Stato e da fondi regionali
Presa in carico sociale / lavorativa	LEPS	Potenziamento dell'esistente per estendere il modello di presa in carico ad altre misure di sostegno al reddito regionali
Sostegno alimentare	Potenziamento	Potenziamento dell'esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Housing first	Potenziamento	Potenziamento dell'esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Centri servizio per il contrasto alla povertà	Potenziamento	Avvio del servizio anche in collaborazione e integrazione con quanto gestito dagli enti del Terzo settore
Servizi per la residenza fittizia	LEPS	Avvio del servizio
Progetti dopo di noi e vita indipendente	Potenziamento/LEPS	Potenziamento dell'esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali
Indennità di accompagnamento	LEPS	Mantenimento
Servizi per la non autosufficienza	Potenziamento/LEPS	Potenziamento dell'esistente per adeguarlo alla definizione e agli obiettivi statali

LIVELLI ESSENZIALI REGIONALI INTEGRATIVI

Intervento	Tipologia	Azioni
Introduzione del budget di salute	Sperimentazione	Avvio della sperimentazione nell'ambito delle misure a sostegno della disabilità
Potenziamento dei servizi territoriali (diurni, residenziali e domiciliari) per tutto il ciclo di vita delle persone disabili e per le persone non autosufficienti	Potenziamento	Incremento dell'offerta dei servizi diurni, residenziali e domiciliari in favore dei soggetti disabili
Riorganizzazione del sistema di accreditamento dell'offerta dei servizi per riorganizzazione disabili	Riorganizzazione	Si prevede una revisione e riorganizzazione del sistema di accreditamento dei servizi per disabili di concerto con gli attori territoriali coinvolti
Normativa regionale relativa alla misura economica a sostegno alla vita indipendente	Potenziamento	Avvio della revisione della normativa regionale relativa ai contributi in sostegno ai progetti di vita inclusivi dei soggetti con disabilità cognitiva indipendente al fine di renderli
Valorizzazione dell'attività dei caregivers (familiari, assistenti familiari) nella cura e sostegno delle persone anziane e delle persone con disabilità anche tramite il potenziamento delle misure di sostegno	Potenziamento	Potenziare il sostegno ai caregivers familiari sia tramite nuovi interventi e servizi sia tramite ulteriori misure di sostegno economico
Servizio di assistenza domiciliare	Potenziamento	Riorganizzazione e un potenziamento del servizio

Intervento	Tipologia	Azioni
Riorientamento delle strutture residenziali per anziani	Riorganizzazione	Riorganizzazione delle modalità gestionali delle strutture residenziali per anziani in base ai bisogni socio assistenziali. Azione sviluppata nella Macro area 2
Mediazione familiare	Potenziamento	Potenziamento del servizio di mediazione familiare a sostegno delle coppie con minori nell'affrontare fasi di conflittualità o separazioni problematiche
Iniziative culturali di contrasto alla violenza di genere e interventi a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza, ponendo attenzione anche ai maltrattanti in una logica multi professionale e di rete	Potenziamento	Potenziamento di azioni di sostegno alle donne vittime di violenza e interventi di sostegno anche nei confronti dei maltrattanti
Sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni	Nuova attivazione	Transizione al sistema dell'istruzione in applicazione di quanto previsto dalle <i>Linee guida pedagogiche per il Sistema integrato 0-6 anni</i> approvate dalla Commissione Nazionale del Ministero dell'Istruzione in data 30 marzo 2021

PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA)

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 individua tra le azioni prioritarie nella programmazione regionale, anche a valere sulle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), l’attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA), con particolare riferimento a tutti gli aspetti e ai bisogni dei cittadini di natura socio sanitaria.

A livello regionale i PUA saranno attivati all’interno delle Case di Comunità con l’obiettivo di sviluppare le funzioni loro affidate, svolte dal servizio di Sportello sociale, al fine sia di rendere effettivamente unico e facilmente individuabile al cittadino il punto di accesso dell’ambito sociale, ma anche in una logica di efficiente allocazione delle risorse umane disponibili per l’erogazione del servizio, con particolare riferimento all’assistente sociale, la cui attività è prevista nell’ambito dell’intero sistema territoriale socio sanitario.

Il PUA, infatti, è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l’accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o socio sanitaria, e la sua collocazione nelle Case di Comunità favorisce l’integrazione dell’attività, in particolar modo con i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta, fondamentale per la garanzia di una reale ed efficace assistenza socio sanitaria.

Il PUA, in quanto livello prioritario delle prestazioni sociali, è inteso non solo come luogo fisico, ma anche come modalità organizzativa, come approccio multi professionale ed integrato ai problemi del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi.

Il PUA deve pertanto perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e socio sanitari anche favorendo l’integrazione nell’ambito del servizio medesimo dei servizi di prossimità;
- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali e socio sanitarie, in una logica di continuità assistenziale e sulle modalità di accesso;
- superare la differenziazione dei diversi punti d’accesso, anche valorizzando l’apporto delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e interoperabilità dei diversi sistemi informatici;
- assicurare e rafforzare l’integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema socio sanitario, del lavoro e della formazione, assicurando sia il livello dell’accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale;
- promuovere la semplificazione e l’uniformità delle procedure, l’unicità del trattamento dei dati e la garanzia della presa in carico globale della persona con particolare attenzione ai servizi di supporto alla domiciliarità dell’assistenza.

Destinatari del servizio PUA sono le singole persone e le famiglie residenti, o temporaneamente presenti sul territorio, che esprimono un bisogno sociale o socio sanitario, specialmente se in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Con attenzione invece alle funzioni, per fornire risposte integrate, complete e appropriate ai bisogni delle persone è fondamentale che la lettura del bisogno sia multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare, ove opportuno.

Il PUA svolge pertanto le seguenti funzioni:

- attività di informazione ed orientamento ai cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale sociale e socio sanitario (integrati anche con i servizi del lavoro e della formazione) e sulle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime;
- accoglienza ed ascolto;
- raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda, con analisi dei bisogni espressi e non espressi;
- attivazione degli altri referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- prima valutazione dei casi;
- risoluzione dei casi semplici;
- avvio della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'équipe multidisciplinare integrata ed integrazione con i servizi della rete territoriale;
- sostegno nella definizione di un progetto personalizzato con l'individuazione degli interventi di supporto da attivare anche attraverso strumenti quali ad esempio il budget di salute;
- monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, socio sanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- attivazione di canali comunicativi con i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali socio sanitari;
- promozione di reti formali e informali nella comunità, al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio per la conoscenza dei problemi e delle risorse attivabili;
- raccolta dei dati e delle informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta dei servizi;
- aggiornamento della mappatura dei servizi e delle risorse sociali e socio sanitarie disponibili nel territorio comunale (strutture, servizi e interventi);
- monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati.

In merito alle professionalità coinvolte, il PUA svolge attività di *Front office* organizzato in modalità base, a cui è assegnato un operatore amministrativo, e in modalità avanzata a cui è assegnata la figura professionale dell'assistente sociale. Il personale deve disporre di adeguata formazione e aggiornamento professionale.

In merito invece alle modalità organizzative è richiesta una riorganizzazione del servizio di sportello sociale sul territorio regionale, dove attualmente sono presenti 8 sportelli presso le sedi degli Enti locali (*Unités des communes*, comuni) e, in parte, presso la sede dei presidi socio sanitari, nell'ambito delle Case di Comunità.

Per favorire l'adeguato funzionamento dei PUA il presente Piano individua come necessarie le seguenti attività:

- formalizzare le procedure operative dei percorsi integrati, nonché la relativa modulistica condivisa, al fine di garantire risposte adeguate, complete ed efficaci ai bisogni delle persone;
- promuovere attività d'informazione e sensibilizzazione, sulle funzioni del PUA, rivolta sia agli operatori dei servizi sociali, sanitari, socio sanitari territoriali ed educativi, del Terzo Settore e di altre istituzioni pubbliche e private, sia ai cittadini;
- promuovere l'utilizzo di un sistema informativo unico che permetta una presa in carico globale del cittadino, evitando la frammentazione e la duplicazione di azioni e interventi;
- disporre di un unico sistema informativo e/o di sistemi informativi in grado di dialogare o di essere interoperabili e che favoriscano l'implementazione di una banca dati sulle risorse sociali e socio sanitarie disponibili nel territorio regionale.

DIMISSIONI PROTETTE

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 prevede il sostegno e il rafforzamento delle azioni di valorizzazione dell'assistenza domiciliare in favore delle persone con fragilità, individuando, in tale contesto, le dimissioni protette quale LEPS finanziabile per la componente direttamente a carico dei servizi sociali territoriali.

Considerato che sul territorio regionale le dimissioni protette per i soggetti che possono fare riferimento a un domicilio rappresentano una prassi consolidata di intervento e che la sua programmazione è puntualmente sviluppata nella Macro area 2 nell'ambito delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT), in questa sezione della programmazione sociale regionale ci si sofferma sulle dimissioni protette per le persone che non dispongono di un'abitazione.

L'impossibilità di garantire *setting* di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità dovuta al sovrapporsi di fragilità conseguenti all'emarginazione sociale, all'assenza di un domicilio e, spesso, a problemi di salute psicofisica.

I destinatari degli interventi sono persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio regionale che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Occorre evidenziare, comunque, che l'individuazione di procedure e modalità specifiche non devono essere definite in chiave stigmatizzante e non pregiudicano la possibilità, qualora percorribile e ritenuta appropriata dai percorsi di valutazione, di accesso a diversi percorsi di cura, accoglienza e riabilitazione rivolte a tutta la popolazione.

La programmazione dell'organizzazione dell'attivazione delle dimissioni protette mirano a migliorare la qualità di vita delle persone in condizione di povertà estrema, promuovendo un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione e delle continuità delle cure e favorendo l'integrazione tra i sistemi sanitario e sociale, incentivando la presa in carico nel sistema socio sanitario di persone che, normalmente, sfuggono ai canali ordinari di accoglienza.

Al fine di individuare gli interventi più idonei da attivare sul territorio regionale, che dovranno svilupparsi in stretta integrazione con i servizi esistenti, si presentano alcuni servizi e interventi attivabili che saranno oggetto di co-progettazione con gli enti del Terzo settore e con l'Azienda USL al fine di valutarne l'effettiva fattibilità sul territorio regionale:

- presidio interno alla struttura ospedaliera;
- riserva di posti in alcune strutture di accoglienza che preveda la permanenza fino al termine del periodo di convalescenza;
- intervento socio sanitario presso il luogo di temporanea accoglienza (Casa di Ospitalità, Struttura di accoglienza, Comunità, alloggi di autonomia in convivenza).

All'interno di questi spazi di accoglienza devono essere offerti, a carico dell'ente pubblico/co-finanziamenti privati:

- presidio nell'arco delle 24 ore con l'apertura durante tutto l'anno;
- vitto, alloggio e lavanderia;
- oneri relativi alle utenze ed alla pulizia dei locali;
- sostegno nella cura ed eventuale riacquisizione dell'igiene personale;
- gestione della convivenza;
- monitoraggio dei comportamenti individuali e sostegno nella gestione di corrette modalità di relazione;
- individuazione di strutture adeguate alla persona al termine del periodo di convalescenza;
- presa in carico e attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali.

Rimane invece a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:

- visite mediche programmate o/e specialistiche;
- visite infermieristiche;
- gestione e fornitura di farmaci.

PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO FAMIGLIARE

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 individua quale LEPS il programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione), finanziato dal Fondo nazionale Politiche Sociali (FNPS) e dai fondi regionali destinati alle politiche sociali, il quale è stato sperimentato, a partire dal 2019 su tutto il territorio regionale, nell'ambito delle attività di prevenzione e sostegno a favore delle famiglie vulnerabili.

Il programma persegue, tra le altre, la finalità di contrastare l'esclusione sociale dei minorenni e delle loro famiglie, favorendo azioni di promozione del loro benessere mediante accompagnamento multidimensionale al fine di limitare le condizioni di disuguaglianza provocate dalla vulnerabilità e dalla negligenza familiare che rischiano di segnare negativamente e in modo permanente lo sviluppo dei bambini a livello sociale e scolastico.

L'obiettivo è rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro e protettivo, contrastando attivamente l'insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l'individuazione delle idonee azioni, di carattere preventivo che hanno come finalità l'accompagnamento non del solo bambino, ma dell'intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l'esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme.

Le difficoltà che i genitori sperimentano più frequentemente, e che rendono necessaria l'introduzione nel loro contesto di vita di dispositivi di valutazione e accompagnamento alla funzione genitoriale, sono annoverabili fra le seguenti: la povertà educativa (intesa come mancato accesso a risorse e servizi educativi per i figli e per i genitori), la povertà culturale (mancata o debole scolarizzazione incluso il non raggiungimento dell'obbligo scolastico, analfabetismo funzionale, difficoltà linguistiche, ecc.), la povertà materiale (status socio-economico basso, mancato o debole accesso al mondo del lavoro e/o perdita del lavoro, con relativa assenza o debolezza e instabilità di salario, abitazioni precarie

e/o insalubri, in zone particolarmente svantaggiate), la povertà sociale (mancato accesso a reti sociali formali e informali di supporto, in particolare per nuclei familiari provenienti dalla migrazione) e sanitaria (condizioni perduranti di malattia fisica o mentale e/o disabilità di alcuni componenti del nucleo familiare, con i conseguenti carichi assistenziali e l'aggravamento dei compiti di cura).

Nel dettaglio, in riferimento alla prevenzione dell'allontanamento familiare dei minori, il sistema regionale dei servizi, con il presente Piano e in linea con quanto previsto dal Piano sociale nazionale 2021-2023, garantisce quanto di seguito rappresentato. La realizzazione di un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, definiti congiuntamente in *équipe* multidisciplinare con la famiglia.

L'*équipe* multidisciplinare responsabile del percorso di accompagnamento/presa in carico della famiglia, per tutta la sua durata, assicura i seguenti elementi chiave:

- realizzare, con la partecipazione dei genitori, del bambino e di tutti gli attori coinvolti, l'analisi dei bisogni;
- costruire il Progetto Quadro comprensivo delle azioni in maniera coerente con suddetta analisi;
- realizzare le azioni progettate attraverso specifici dispositivi di intervento nei tempi definiti;
- valutare il livello di raggiungimento dei risultati attesi in una prospettiva sia rendicontativa (capace di rendere visibile l'agire dei servizi all'esterno), sia trasformativa (capace di innovare e migliorare le pratiche sia dei servizi che delle famiglie).

All'interno dell'*équipe* i diversi professionisti:

- integrano i loro punti di vista per analizzare in forma completa e approfondita i bisogni e le potenzialità del bambino e per progettare in maniera condivisa gli interventi che possano rispondergli in maniera pertinente, in base alle competenze e agli strumenti del proprio specifico bagaglio professionale;
- dedicano attenzione alla costruzione delle condizioni e delle opportunità che possano favorire la reale possibilità dei genitori e dei bambini, anche se piccoli, di essere attivamente partecipi nei processi valutativi e decisionali che li riguardano;
- verificano, attraverso l'analisi dei risultati, se l'intervento ha ottenuto i risultati desiderati e lavorano alla comprensione dei fattori relazionali, metodologici e organizzativi che hanno permesso il raggiungimento di tali risultati.

La composizione dell'*équipe* si determina in funzione dei bisogni del bambino, secondo un criterio "a geometria variabile", per cui si prevede un gruppo costante di professionisti (*équipe* di base), che individua tra i propri componenti un responsabile del percorso con la famiglia, e da una serie di professionisti e di altre figure che si possono aggiungere di volta in volta e a seconda della situazione (*équipe* allargata).

La composizione dell'*équipe* di base prevede la presenza di:

- componenti della famiglia (bambino e figure genitoriali);
- assistente sociale;
- educatore professionale;
- psicologo.

Le attività delle *équipe* territoriali e centrali integrate per la presa in carico dei minori sono organizzate e coordinate da un apposito protocollo operativo sottoscritto dall'Amministrazione regionale e dall'Azienda USL.

L'*équipe* di base, laddove necessario è arricchita dalla presenza di ulteriori componenti quali per esempio: professionisti dell'area sanitaria (*in primis* pediatria) e psicoterapeutica/psichiatrica/neuropsichiatrica, educatore/i dei nidi o insegnante/i della scuola frequentata dal bambino, eventuali altri professionisti che lavorano stabilmente con il bambino e/o con le sue figure genitoriali (operatore di riferimento del Centro diurno, professionisti dell'area della disabilità, persone (professionisti e non) appartenenti alla comunità di riferimento della famiglia (area del volontariato e dell'associazionismo sportivo, culturale, educativo e ricreativo).

Le attività svolte nell'area psicologica/neuropsichiatrica/psichiatrica o da parte di altri servizi specialistici concorrono, in coerenza con le altre azioni programmate, al conseguimento degli obiettivi condivisi nel Progetto Quadro.

Per quanto riguarda i dispositivi d'intervento, intesi come l'insieme delle azioni con le quali realizzare il Progetto Quadro condiviso nell'*équipe* multidisciplinare, si evidenzia che il sistema regionale dei servizi, anche a seguito dell'avvio della sperimentazione di P.I.P.P.I., garantisce un repertorio coordinato di dispositivi a favore del bambino e dei suoi genitori, finalizzato alla realizzazione del progetto condiviso e realizzato in un arco di tempo definito.

I dispositivi sono da intendersi come un insieme articolato di interventi attraverso i quali si mette a disposizione un accompagnamento globale e intensivo alla famiglia, finalizzato alla sua emancipazione dall'aiuto istituzionale e alla riattivazione delle sue risorse interne ed esterne, in modo che la famiglia stessa possa gradualmente anche mettere a disposizione di altre famiglie l'esperienza realizzata nel percorso di accompagnamento. Alcuni dispositivi d'intervento sono di tipo istituzionale, altri invece riguardano le azioni che consentono di valorizzare le risorse ricreative, culturali, sportive, artistiche e spirituali presenti in un territorio. Si tratta di interventi interdisciplinari orientati alla prevenzione e alla promozione di capacità educative e organizzative delle figure parentali e eventuali altri *caregivers* e alla costruzione di ambienti sociali a misura di bambino e famiglia, entro un contesto plurale capace di garantire al bambino risposte ai bisogni di crescita, tutela della salute mentale e fisica e adeguata protezione, continuità e stabilità del suo percorso di crescita.

Sono garantiti dispositivi a favore sia dei bambini, sia delle figure genitoriali; sia di gruppo che individuali; sia di natura formale che informale e che insistono sulle dimensioni psicologiche, sociali, scolastiche, educative e di sostegno alle condizioni di vita.

Tali dispositivi sono:

- il *servizio di Educativa Domiciliare e/o Territoriale*, altrimenti definito di Educativa Familiare: è il dispositivo attraverso il quale gli educatori professionali, con specifica formazione socio-pedagogica, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, sono presenti con regolarità nel contesto di vita della famiglia, nella sua casa e nel suo ambiente di vita, per valorizzare le risorse che là si manifestano e per accompagnare il processo di costruzione di risposte positive (competenze e strategie) ai bisogni evolutivi del bambino da parte delle figure genitoriali in maniera progressivamente più autonoma.

Tale servizio era già presente sul territorio regionale prima della sperimentazione di P.I.P.P.I. e prevedeva l'elaborazione da parte delle *équipe* socio sanitarie territoriali del Progetto Quadro come definito nel livello essenziale delle prestazioni sociali dal Piano sociale nazionale 2021-2023;

- la *vicinanza solidale* rappresenta una forma di solidarietà tra famiglie che ha come finalità quella di sostenere un nucleo familiare attraverso la solidarietà di un altro nucleo o di singole persone in una logica di affiancamento e di condivisione delle risorse e delle opportunità. Si colloca all'interno del *continuum* delle diverse forme di accoglienza familiare, scegliendo intenzionalmente di valorizzare l'ambiente di vita della famiglia e del bambino, piuttosto che collocare il bambino temporaneamente o per alcune ore della giornata in un'altra famiglia. Si privilegia la dimensione informale dell'intervento e la creazione e/o potenziamento di reti sociali che potranno continuare ad essere presenti nella vita della famiglia anche dopo la chiusura dell'intervento istituzionale e in cui anche la famiglia che ha fruito dell'intervento potrà mettere a disposizione le risorse maturate grazie ad esso. In tale logica, tramite la deliberazione della Giunta regionale n.1719/2019, sono state definite le diverse tipologie di affido familiare al fine di adattare e rendere flessibile tale istituto ai bisogni delle famiglie. Permane tuttavia la necessità di promuovere questa forma di sostegno al fine di intercettare nuove risorse familiari e sostenere le risorse attualmente coinvolte;
- il *partenariato* con i servizi educativi e la scuola: promuovere lo sviluppo dei bambini e delle loro famiglie in una prospettiva di equità e giustizia sociale richiede una proficua collaborazione fra insegnanti, educatori e professionisti dei servizi sociali e socio sanitari. È necessario promuovere occasioni di confronto e formazione sugli approcci, le metodologie e gli strumenti che scuola, servizi educativi e socio sanitari hanno elaborato per valutare e progettare i propri interventi al fine di co-costruire un unico Progetto Quadro per ogni bambino. Questo dispositivo prevede il coinvolgimento della scuola e dei servizi educativi 0-6 anni dalle fasi che precedono l'avvio del percorso di accompagnamento e adotta una prospettiva inclusiva, articolandosi in azioni che vedono il coinvolgimento del bambino, della classe e dell'intera comunità educativa o scolastica. In ambito regionale la collaborazione tra i servizi socio sanitari e i servizi educativi è consolidata da diversi anni e coordinata tramite un protocollo di collaborazione che ne definisce i livelli di integrazione, gli ambiti e le modalità operative;
- il *sostegno economico alle famiglie*, viene garantito tramite varie misure regionali di sostegno al reddito oltre che attraverso la misura del Reddito di cittadinanza, in quanto forma di contrasto alla povertà e alla deprivazione economica, abitativa, lavorativa, educativa in cui si trovano numerose famiglie in situazione di vulnerabilità. Tali misure sono garantite all'interno del Progetto quadro di cui sopra, e, per quanto riguarda il Reddito di cittadinanza, nella prospettiva dei Patti di inclusione sociale di cui al decreto legislativo n.147/2017.

Il LEPS individua, inoltre, un ulteriore dispositivo relativo all'implementazione di gruppi con i genitori e di gruppi con i bambini, non ancora attivato sul territorio regionale.

La finalità dell'attività in gruppo, grazie alla risorsa rappresentata dal contesto collettivo, è quella di rafforzare e ampliare le abilità relazionali e sociali dei partecipanti e in particolare le capacità dei genitori di rispondere positivamente ai bisogni evolutivi dei figli, secondo quanto è stato condiviso nel Progetto Quadro. Sono invitati all'attività genitori e bambini seguiti dai servizi, sia in iniziative a loro specificamente dedicate, sia all'interno di azioni rivolte a tutte le famiglie promosse nella comunità territoriale in luoghi facilmente accessibili e non stigmatizzanti (incontri in nidi, scuole, Centri per le Famiglie, ludoteche, biblioteche ecc.).

POLITICHE E SERVIZI PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA

La programmazione del riordino dei servizi a favore della disabilità e della non autosufficienza a integrazione socio sanitaria è sviluppata nella Macro area 2 nelle sezioni “Riordino dell’assistenza socio sanitaria, residenziale e semiresidenziale, per disturbi psichici, per la disabilità e per le dipendenze patologiche” e “La rete integrata per una presa in carico di comunità delle persone con disabilità”.

Il Piano regionale per la non autosufficienza 2019-2021, approvato dalla Giunta regionale nel mese di novembre 2021, rappresenta le politiche e i servizi attivi sul territorio regionale che mirano a sostenere le persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive famiglie in base agli obiettivi definiti dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021. Il Piano regionale, oltre che declinare le importanti misure economiche e gli interventi e servizi garantiti sul territorio regionale evidenzia le modalità di integrazione socio sanitaria che consentono una presa in carico multidimensionale dei destinatari. In linea con i principi sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, dalla legge quadro sulla disabilità recentemente approvata e con i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) enunciati nel Piano sociale nazionale 2021-2023, risulta necessario avviare una riforma complessiva dei servizi e degli interventi in favore delle persone con disabilità erogati sul territorio regionale per garantire una reale inclusione e l’adeguato sostegno ai *caregivers* famigliari.

I dati relativi ai bisogni e agli interventi presenti sul territorio regionale evidenziano come al fine di garantire un’effettiva inclusione sociale, lavorativa ed economica delle persone con disabilità sia necessario costruire con le medesime, le loro famiglie, i servizi, l’associazionismo e le reti territoriali in generale, una stretta *alleanza*. A partire da questi principi, nonché dalle azioni contenute nel Secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità approvato con DPR 12 ottobre 2017, la programmazione socio sanitaria regionale pone tra le proprie finalità il *superamento della settorializzazione degli interventi* e il rafforzamento di un *approccio multidisciplinare*, a favore di interventi sanitari, sociali, educativi che abbiano come obiettivo la costruzione evolutiva di un progetto di vita individuale. Per tale ragione, la valutazione multidimensionale e la co-progettazione del progetto di vita personalizzato della persona con disabilità con i suoi famigliari e con i servizi diventa uno strumento indispensabile che gli operatori sociali e sanitari devono agevolmente promuovere. La valutazione rappresenta il presupposto per un accesso equo al sistema. In questo senso l’OMS prevede la diffusione dell’utilizzo della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).

In tale quadro si colloca l’obiettivo di potenziare l’attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UVMDi) per l’elaborazione di progetti individualizzati per le persone adulte attraverso l’utilizzo dell’ICF come *framework* concettuale di riferimento. I progetti individuali infatti, prevedono l’individuazione di servizi, attività, istituzionali e non, oltre che di idonee misure di sostegno anche economico al fine di rispondere in maniera adeguata e globale ai bisogni delle persone. Dall’esperienza maturata in questi anni di attività dell’UVMDi è emersa la necessità di monitorare nel tempo l’evolversi dei progetti potenziando la funzione di *case management* attraverso l’individuazione di figure professionali dedicate e adeguatamente formate.

Di seguito vengono rappresentati alcuni interventi e strumenti che si intendono garantire in favore delle persone con disabilità e non autosufficienti.

Il budget di salute

Uno strumento indispensabile per garantire l’inclusione delle persone con disabilità è rappresentato dal *budget* di salute connesso ad un progetto personalizzato in favore dei soggetti che necessitano di percorsi integrati anche riferiti ad aree diverse (materno-infantile, disabilità, anziani, patologie psichiatriche, ecc...). La definizione del *budget* di salute, così come indicata dall’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, afferma che lo stesso è uno “strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale”.

Laddove è stato sperimentato, il *budget* di salute ha rappresentato una possibilità gestionale e operativa per favorire la permanenza al domicilio, sostenendo la capacità di autodeterminazione delle persone e delle loro famiglie, personalizzando l’assistenza e l’intervento.

È necessario costruire percorsi integrati tra istituzioni e tra organizzazioni, in primo luogo tra ambito sociale e sanitario e tra pubblico e privato e prevedere uno spostamento dalla logica prestazionale verso la logica della progettualità.

Questo modello non sostituisce la fase valutativa da parte di unità specifiche, ma integra e rende più efficace la presa in carico degli utenti da parte delle stesse. La prospettiva del *budget* di salute e del progetto personalizzato si poggia sulla costruzione di progetti non standardizzati, non limitandosi a ciò che il sistema può offrire, ma sviluppandosi nella direzione di esperienze di co-progettazione e di progettazione integrata tra famiglie e servizi.

Inoltre, tale modello richiede la necessità di ricomporre e/o riconvertire le risorse organizzative, professionali e finanziarie oltre che di prevedere una funzione importante di coordinamento (*case manager*) tra famiglia, persona e servizi. Considerata anche la realizzazione sul territorio regionale di alcune co-progettazioni nell’area della disabilità, si intende approfondire e sperimentare il *budget* di salute in particolare in tale area. Le condizioni a cui porre attenzione per implementare tale strumento e i correlati progetti individualizzati sono:

- assicurare un’adeguata *governance* istituzionale;
- promuovere anche attraverso percorsi formativi e scambi con esperienze di altre realtà territoriali la capacità di operare in una logica di co-progettazione costruendo alleanze territoriali;
- riconoscere e garantire la possibilità delle persone e delle famiglie di scegliere in autonomia sulla base del progetto personalizzato co-progettato;
- riconvertire le risorse pubbliche integrandole con quelle private e comunitarie.

Sostegno alle famiglie e potenziamento dei servizi per le persone con disabilità e non autosufficienti

L’analisi dei bisogni territoriali nell’ambito della disabilità e della non autosufficienza evidenzia la necessità di investire, oltre che in ulteriori azioni di sostegno ai *caregivers* famigliari, in interventi e azioni finalizzate a potenziare i servizi in favore delle persone con disabilità e non autosufficienti in una logica di sostegno per tutto il ciclo di vita degli individui. Specifica attenzione verrà dedicata al potenziamento dei servizi e degli interventi in favore dei minori disabili in un’ottica non soltanto assistenziale e standardizzata, ma individuale e personalizzata.

Nello specifico, nell’ambito del presente Piano si intende avviare il potenziamento dei seguenti servizi in quanto considerati essenziali sia per gli utenti medesimi sia per i rispettivi famigliari:

- servizi educativi;
- servizi diurni;

- servizi residenziali;
- servizi domiciliari che garantiscano un'adeguata copertura territoriale in favore dei differenti target di utenza (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: persone con disabilità, anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti...);
- servizi e interventi finalizzati alla promozione dell'invecchiamento attivo;
- servizi di co-housing in favore di anziani parzialmente autosufficienti o autosufficienti e di persone con disabilità.

Oltre ai servizi sopra enunciati, il sistema complessivo di azioni e interventi di "sollevio" in favore delle famiglie delle persone con disabilità debbono collocarsi nelle varie fasi della vita (minori, giovani, adulti, anziani...), prevedendo quindi interventi coerenti con i bisogni derivanti dalla situazione individuale e familiare specifica e nell'ambito di un modello regionale condiviso con gli enti del Terzo settore e con le famiglie. Tale sistema colloca la persona con disabilità e la sua famiglia al centro in quanto punto di riferimento per l'organizzazione e la gestione degli interventi e delle varie azioni. Gli interventi di sollevio debbono intendersi rivolti sia a sostenere i costi che le famiglie affrontano nell'assistere la persona con disabilità e non autosufficiente sia a garantire dei servizi concreti di "sollevio" appunto alle famiglie e al loro carico di cura. In tale logica, nel corso dell'attuazione del presente Piano si intende avviare la definizione di un modello di offerta che integri in maniera sinergica le differenti misure economiche e i servizi erogati agli utenti in considerazione del rispettivo *budget* di salute individuale.

Al fine di qualificare maggiormente l'offerta dei servizi per le persone con disabilità e non autosufficienti presenti sul territorio regionale verrà avviata la revisione e la riorganizzazione del sistema di accreditamento dei suddetti servizi di concerto con gli attori locali. Il sistema di accreditamento infatti, rappresenta una garanzia per la continuità assistenziale, la qualità e la gestione unitaria dei servizi medesimi, caratteristiche che difficilmente possono essere realizzate senza un quadro normativo definito e basato sulla definizione di criteri predefiniti e certi.

L'obiettivo che si intende perseguire è assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture e regolare i rapporti tra committenti pubblici e soggetti erogatori.

Un ulteriore intervento atto a qualificare l'offerta dei servizi in favore delle persone con disabilità è rappresentato dal progetto DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*). DAMA, è nato nel 2000 presso l'Ospedale San Paolo di Milano al quale hanno aderito diversi ospedali in Italia. È un modello organizzativo interno all'Ospedale che ha la finalità di migliorare l'accoglienza e la presa in carico in ospedale delle persone adulte con disabilità, che a causa di difficoltà di comprensione e comunicazione non riescono a collaborare durante le visite mediche e seguire i normali percorsi ospedalieri. L'ospedale, per garantire alle persone con tali difficoltà lo stesso diritto alla salute, organizza dei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati e protetti. Il progetto era stato avviato anche sul territorio regionale ma ha subito un rallentamento a causa della pandemia da Covid 19. Quest'ultima ha tuttavia evidenziato la necessità di strutturare il servizio che è in grado di offrire alle persone adulte con disabilità, con difficoltà di comunicazione, comprensione del linguaggio e comportamento, che non sono in grado di seguire i normali percorsi ambulatoriali territoriali e ospedalieri, la possibilità di accedere ad una visita medica internistica, visite mediche specialistiche e eventuali prelievi ematici, e accertamenti diagnostici, che richiedono la collaborazione del paziente. In tale logica il progetto verrà riavviato e integrato nel sistema ospedaliero, così come già declinato nella precedente Macro area 3.

Interventi finalizzati all'inclusione sociale e alla vita indipendente

L'inclusione sociale delle persone con disabilità così come sancito dalla normativa statale e declinato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità rappresenta un obiettivo fondamentale nell'ambito della programmazione regionale delle politiche e dei servizi sociali.

Il presente Piano intende potenziare le attività e i progetti già avviati sia a valere su fondi statali che regionali finalizzati a favorire l'inclusione sociale e il diritto ad una vita indipendente delle persone con disabilità promuovendo lo sviluppo dei seguenti interventi:

- assistente personale: estensione alle persone con disabilità cognitiva il supporto alla domiciliarità finalizzato ad una vita indipendente attraverso un contributo economico per l'assunzione di un assistente personale in quanto attualmente la normativa regionale non prevede tra il target di beneficiari questa tipologia di utenza che si rende necessario sostenere nei relativi percorsi di vita individuale;
- abitare in modo indipendente: potenziamento delle sperimentazioni già esistenti progettando in sinergia con gli enti del Terzo settore e con gli Enti locali un modello strutturato di spazi e alloggi idonei ad accogliere tali esperienze che si svilupperanno in stretta correlazione con la progettazione di percorsi relativi al "Durante" e "Dopo di noi" e a ulteriori sperimentazioni di *social housing*;
- occupazione/lavoro: potenziamento di forme di inserimento lavorativo in favore delle persone con disabilità anche tramite la definizione di progettazioni strutturate e modalità di integrazione e collaborazione tra i diversi ambiti di competenza specifica;
- formazione e informazione: potenziamento delle azioni di sistema finalizzate a diffondere la cultura dell'inclusione nella cittadinanza in tutti gli operatori della filiera a partire dal mondo della scuola sino all'età adulta. Interventi finanziati a valere su risorse statali e comunitarie che mirano a sostenere i *caregivers* familiari, la formazione degli operatori e degli assistenti personali, in linea con il paradigma sotteso alla Convenzione ONU.

POLITICHE PER LA FAMIGLIA E LA NATALITÀ

Il sistema di welfare regionale attribuisce alla famiglia un valore pubblico determinante in considerazione delle molteplici funzioni svolte in favore dei suoi componenti e generatore di beni economici, relazionali, sociali e psicologici per l'intera comunità.

L'integrazione tra le varie politiche settoriali è indispensabile per garantire un approccio multidimensionale in risposta ai bisogni e alle aspettative delle famiglie. In tale logica occorre sostenere il sistema di relazioni e di servizi presenti a livello locale concertando le strategie, gli obiettivi e le relazioni tra i vari soggetti e integrando le rispettive risorse. La cura delle reti locali e delle potenzialità territoriali nell'ambito della solidarietà e del sostegno alle famiglie deve svilupparsi in modo sinergico con il circuito economico locale e garantire uno spazio entro il quale le istituzioni, le famiglie e gli operatori economici possano esprimere fiducia reciproca e cooperazione. Il benessere familiare viene quindi inteso in stretta correlazione con l'economia territoriale e con le specifiche dinamiche culturali, in quanto l'offerta di servizi pubblici e/o privati aderenti ai bisogni e alle aspettative delle famiglie accresce l'attrattività territoriale contribuendo allo sviluppo locale.

Come si evince dall'analisi del contesto, anche a causa dell'impatto sociale ed economico dovuto alla pandemia da Covid 19, vi è stato un aumento dei nuclei familiari in condizioni di fragilità e, per

quanto attiene il fenomeno della violenza di genere, un incremento del numero di accessi ai servizi deputati alla presa in carico delle donne vittime di violenza.

Uno degli obiettivi da perseguire è quindi il potenziamento della rete dei servizi e degli interventi e della collaborazione tra i vari punti di ascolto formali e informali finalizzati ad intercettare e orientare i bisogni, canalizzandoli verso i servizi più idonei e prossimi ai cittadini, favorendo una presa in carico preventiva in particolari situazioni di rischio quali, per esempio, le separazioni, le condizioni di disabilità, la non autosufficienza, la caduta in povertà.

Il sostegno in favore dei nuclei familiari in condizioni di fragilità, anche temporanea, deve essere garantito tramite servizi pubblici e privati, in una logica di collaborazione coordinata, in grado di intervenire in modo tempestivo e congruo, quali ad esempio percorsi formativi e informativi strutturati e adeguati servizi educativi territoriali, mediazione familiare ecc.

Le differenti ed eventuali condizioni di fragilità debbono trovare nel sistema dei servizi una rete in grado di sostenere in maniera differenziata ma sinergica i nuclei familiari e le varie misure e interventi devono integrarsi evitando sovrapposizioni e garantendo la congruità delle azioni. Alcune delle attività utili a conseguire l'obiettivo di una comunità "amica della famiglia", riguardano:

- servizi di conciliazione famiglia/lavoro;
- servizi per la prima infanzia, extrascolastici, per il tempo libero;
- valorizzazione di occasioni e spazi strutturati di incontro per le famiglie evitandone l'isolamento con particolare attenzione allo sviluppo di iniziative finalizzate all'integrazione delle famiglie di straniere;
- agevolazioni, quali ad esempio l'erogazione di voucher, per l'avvicinamento ad attività sportive e culturali;
- diffusione tramite i mezzi di comunicazione o piattaforme on line delle informazioni sui servizi esistenti;
- individuazione precoce delle situazioni di fragilità genitoriale (ad esempio, depressione post-partum, violenza di genere, separazioni conflittuali, difficoltà nella gestione del rapporto con i figli adolescenti) e i bisogni speciali nel bambino e nell'adolescente (patologie psichiatriche, bisogni educativi speciali, ritardi nello sviluppo, disturbi del comportamento, traumi dovuti ad abusi e maltrattamenti);
- sviluppo di interventi di accompagnamento e sostegno alla genitorialità fragile per favorire la consapevolezza delle problematiche presenti all'interno della famiglia e per sviluppare la capacità di far fronte agli avvenimenti difficili della vita (resilienza);
- sviluppo di azioni di sensibilizzazione in favore delle famiglie sull'utilizzo del servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (ADE) con specifica attenzione ai nuclei in condizione di fragilità;
- affiancamento dei genitori nell'accogliere la disabilità dei figli, promuovendo percorsi formativi dedicati e garantendo adeguati percorsi di supporto;
- rafforzamento delle attività di mediazione familiare, quale importante intervento per accompagnare i genitori nella riorganizzazione delle relazioni familiari in situazioni problematiche di separazione o divorzio;
- realizzazione di attività di promozione culturale di contrasto alla violenza di genere e interventi a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza, ponendo attenzione anche ai maltrattanti in

una logica multi professionale e di rete. In riferimento al fenomeno della violenza di genere, è in fase di stesura il "Piano regionale degli interventi per il contrasto alla violenza di genere per il triennio 2022-2024", che costituisce il documento di indirizzo ed orientamento delle politiche regionali a contrasto del fenomeno della violenza di genere. Il Piano definisce le azioni prioritarie da adottare per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla Legge regionale n.4/2013 "Interventi di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere e misure di sostegno alle donne vittime di violenza di genere". Il nuovo Piano regionale, redatto in conformità con quanto definito dal Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021/2023, è diretto a orientare e coordinare l'azione di tutti i soggetti, pubblici e privati, in materia di sensibilizzazione, prevenzione e contrasto della violenza di genere. Lo stesso pone l'attenzione su 4 aree tematiche in cui sviluppare le azioni e gli interventi, quali l'area della prevenzione, della formazione, della protezione e del sostegno, nonché dell'osservatorio. Si rimanda pertanto a tale specifico documento di programmazione regionale per un adeguato approfondimento sulla tematica;

- valorizzazione della funzione sociale svolta dai genitori affidatari e adottivi nel favorire la crescita positiva dei bambini che hanno vissuto esperienze relazionali pregiudizievoli;
- coinvolgimento del mondo della scuola nella programmazione, nel raccordo e nella verifica degli interventi in materia di adozione;
- sviluppo delle conoscenze sulle problematiche tipiche dell'età adolescenziale all'interno di tutti i servizi in modo da garantire un'accoglienza appropriata e competente;
- sviluppo in conformità alle linee guida per la salute mentale in età evolutiva interventi mirati agli adolescenti adottati, affidati (affidamento familiare, comunità), agli immigrati di seconda generazione, ai giovani con bisogni speciali e a quelli con problemi comportamentali, anche per individuare precocemente situazioni di fragilità e disagio negli adolescenti;
- potenziamento dell'integrazione tra i servizi sociali e i servizi di neuropsichiatria infantile, psichiatria e psicologia clinica con un'attenzione particolare all'età evolutiva e adolescenziale, nonché alla fase di passaggio all'età adulta.

L'insieme degli interventi deve conseguire l'obiettivo di caratterizzare un territorio "amico della famiglia".

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

Il welfare regionale riconosce l'importante funzione pedagogica del nido d'infanzia e dei servizi integrativi per la prima infanzia per i bambini di età compresa tra 0-3 anni e la valenza positiva che tali servizi determinano sullo sviluppo delle potenzialità sociali, cognitive, emotive, affettive e relazionali del bambino stesso in un ambiente professionalmente qualificato, superando barriere territoriali e disuguaglianze economiche, sociali e culturali con benefici che si manifestano nell'arco dell'intera vita scolastica e lavorativa.

La consapevolezza espressa dalla comunità scientifica e pedagogica della funzione di stimolo alla socializzazione e all'apprendimento dei servizi per la prima infanzia a elevati standard di qualità si sta trasferendo in misura crescente alle famiglie. Ricorrono infatti in misura sempre più crescente al sistema dei servizi per la prima infanzia anche le famiglie in cui almeno un genitore non lavora e che potrebbe quindi dedicarsi alla cura dei figli, a testimonianza del graduale superamento del ruolo assistenziale dei servizi per la prima infanzia in favore di una più marcata valenza educativa degli stessi.

Come previsto dall'obiettivo n. 4 dell'Agenda ONU, entro l'anno 2030 deve essere garantito a tutti i bambini, i giovani e gli adulti, in particolar modo i più emarginati e vulnerabili, l'accesso a un'istruzione e a una formazione adeguate alle loro esigenze e al contesto in cui vivono e la Legge n.107/2015 e il decreto legislativo n.65/2017 prevedono che i nidi e i servizi integrativi per la prima infanzia vengano ricondotti alla sfera educativa piuttosto che al comparto assistenziale, con l'obiettivo di garantire la continuità del percorso di educazione e istruzione dalla nascita fino ai sei anni di età.

Il presente Piano promuove tale transizione, secondo quanto previsto dalle Linee guida pedagogiche per il Sistema integrato 0-6 anni approvate dalla Commissione Nazionale del Ministero dell'Istruzione in data 30 marzo 2021, attraverso:

- la concertazione delle diverse fasi di attuazione del modello con i vari attori coinvolti nell'ambito di tavoli di lavoro integrati: Regione, Sovrintendenza agli studi, sistema degli Enti locali, organizzazioni sindacali;
- la definizione dei finanziamenti e destinazione delle relative risorse per l'ampliamento, consolidamento e qualificazione del Sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 anni, per garantire effettive condizioni di accessibilità ai servizi educativi, con l'obiettivo tendenziale di raggiungere una copertura dei comuni del 75% di servizi nel territorio (art. 4 decreto legislativo n. 65/2017);
- la riqualificazione professionale di tutti gli operatori presenti nei servizi per la prima infanzia e promozione della formazione continua;
- la revisione della normativa regionale al fine dell'adattamento al Sistema integrato di educazione e istruzione 0-6 anni.

AZIONI PROGRAMMATICHE PRIORITARIE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 ha individuato gli interventi da sviluppare a valere sulle risorse della quota servizi del Fondo Povertà, nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di LEPS. Nello specifico, individua alcune azioni e LEPS finanziati solo parzialmente dal Fondo povertà o, nel caso del sostegno alimentare, finanziate interamente da altre risorse.

I dati di contesto evidenziano che la pandemia da Covid 19 ha determinato sulla comunità valdostana un impatto sociale ed economico che ha colpito varie categorie di popolazione, facendo scivolare sotto la soglia di povertà alcuni nuclei familiari che prima dell'emergenza sanitaria non presentavano particolari problematiche economiche e determinando un peggioramento delle condizioni di vita di quei nuclei che prima della pandemia vivevano in situazioni di fragilità.

Il presente Piano intende potenziare gli interventi di sostegno, in stretta sinergia con gli enti del Terzo Settore e con gli Enti locali, per il soddisfacimento dei bisogni primari dei nuclei familiari in difficoltà, al fine di offrire agli individui coinvolti interventi e opportunità che favoriscano l'inclusione sociale e lavorativa e che permettano loro di mantenere o acquisire le risorse e le capacità necessarie per evitare il rischio di emarginazione sociale. In tale logica, è indispensabile potenziare le azioni che mirano a sviluppare il protagonismo delle persone nello svolgimento di attività in favore della comunità, al fine di promuovere l'inclusione sociale e lo sviluppo di competenze relazionali e sociali utili anche per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro.

Specificata attenzione sarà dedicata a percorsi di integrazione dei nuclei famigliari di persone immigrate favorendone l'inclusione sociale e lavorativa, sia mediante progetti di intervento a valere su risorse statali e comunitarie dedicate, sia mediante i servizi e le azioni previste nell'ambito dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali declinate nel presente Piano.

Il modello organizzativo sperimentato nel corso della fase acuta della pandemia, che ha permesso di creare una rete strutturata di distribuzione di generi alimentari e di interventi di sostegno nei diversi territori, ha evidenziato l'importanza del ruolo svolto dai servizi sociali regionali al fine di garantire una regia unitaria e il coordinamento delle reti, favorendo l'ottimizzazione e la gestione razionale e sinergica delle risorse.

Gli obiettivi e i relativi interventi di contrasto alla povertà che verranno perseguiti e realizzati nel prossimo triennio sul territorio regionale ripercorrono i LEPS e le priorità definiti a livello nazionale e saranno sviluppati non soltanto a valere sul Fondo povertà ma verranno integrati con altre risorse e altri programmi. In particolare, infatti, come già nella precedente programmazione, concorreranno agli obiettivi le risorse del Programma Operativo Nazionale (PON) Inclusione 2014-2020, del Fondo di aiuti europei agli indigenti (FEAD) e del nuovo PON Inclusione 2021-2027 inserito nel nuovo Fondo Sociale Europeo (FSE+) che ricomprende anche il programma FEAD. Risorse significative saranno garantite anche dall'iniziativa Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa (REACT-EU) le cui risorse confluiscono nell'attuale programmazione FEAD e PON Inclusione.

Infine, all'interno del PNRR è previsto un investimento per 450 milioni destinato a finanziare 250 progetti di *housing first* e 250 centri servizi per il contrasto alla povertà.

Ulteriori risorse potranno derivare anche dall'avvio, deliberato nel mese di giugno 2021, a livello nazionale del programma operativo complementare al PON Inclusione, denominato POC Inclusione, nel quale confluiranno le risorse derivanti dalla riduzione dei tassi di cofinanziamento nazionale dei programmi europei.

Nell'ambito del panorama dei servizi e delle misure a contrasto della povertà regionali, come previsto dal Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, il presente Piano intende:

- riorganizzare e potenziare la governance regionale e locale finalizzata a coordinare le politiche regionali afferenti agli ambiti del sociale, del lavoro, della sanità, dell'istruzione, delle politiche abitative e le azioni di promozione e indirizzo in materia di contrasto alla povertà, strutturando un approccio culturale basato sulla multidimensionalità;
- potenziare la rete dei servizi territoriali operanti nell'ambito delle misure di contrasto alla povertà con particolare attenzione alla riqualificazione e allo sviluppo dei servizi a bassa soglia destinati alle povertà estreme;
- razionalizzare le attuali misure economiche regionali a contrasto della povertà nell'ottica dell'ottimizzazione, al fine di evitare la sovrapposizione delle medesime e garantire un adeguato e congruo sostegno ai nuclei sulla base dei progetti individualizzati di autonomizzazione, ponendo particolare attenzione all'accompagnamento degli stessi, al monitoraggio e alla valutazione degli esiti.

RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI PER L'ATTUAZIONE DEL REDDITO DI CITTADINANZA E DEI SERVIZI PER IL REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO.

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 individua quale LEPS il sostegno economico, istituito inizialmente con la misura del Reddito di inclusione (Rel) e poi rafforzato con il Reddito di cittadinanza (Reddito di cittadinanza) e il percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale ad esso associato, la cui attivazione deve, allo stesso modo del contributo economico.

Attraverso la quota servizi del Fondo Povertà sono finanziati la definizione dei Patti per l'inclusione sociale e gli interventi e servizi sociali necessari a sostenere le famiglie nel percorso verso l'autonomia (di cui all'art. 7 del decreto legislativo n.147 del 2017), ivi compresi eventuali costi per l'adeguamento dei sistemi informativi, nonché gli oneri per l'attivazione e la realizzazione dei Progetti utili alla collettività (PUC), anche con il concorso delle risorse afferenti al PON Inclusione.

In ambito regionale, considerando anche il possibile incremento della platea dei beneficiari e dell'impatto della pandemia non solo sulle condizioni economiche ma anche sull'ampliamento delle fragilità sociali, si è reso necessario rafforzare il sistema dei servizi coinvolti nell'attuazione del Reddito di cittadinanza tramite vari interventi e servizi.

I progetti personalizzati e gli interventi previsti dal decreto legislativo n.147/2017 infatti, non prevedono soltanto specifiche azioni in favore dei beneficiari, ma anche un modello organizzativo e delle prassi strettamente integrate tra il settore sociale e l'ambito del lavoro e della formazione professionale.

In tale logica, a livello regionale, è stata avviata una sperimentazione per consolidare il modello di presa in carico rispondente agli indirizzi ministeriali estendendolo alle varie misure economiche e ai relativi progetti di reinserimento sociale, occupazionale e lavorativo degli individui in carico ai servizi sociali e ai centri per l'impiego. La sperimentazione integra il Fondo povertà con il PON Inclusione, oltre che prevedere un finanziamento regionale per le persone in condizione di povertà e a rischio di esclusione sociale beneficiarie del Prestito sociale d'onore di cui alla Legge regionale n.3/2015.

Inoltre, tramite l'utilizzo di altri fondi nazionali è stato esteso il target dei beneficiari includendo le donne vittime di violenza. Occorre infine evidenziare come tale sperimentazione abbia coinvolto anche gli enti del Terzo settore in qualità di co-finanziatori delle attività.

Nell'ambito della programmazione 2022-2025 si intende pertanto potenziare tale modello, anche attraverso l'avvio di ulteriori progettualità e servizi di accompagnamento e sostegno ai nuclei familiari, monitorando gli esiti raggiunti sia in termini di impatto sui beneficiari, sia a livello organizzativo.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, PROGETTO PERSONALIZZATO E ATTIVAZIONE DEI SOSTEGNI

In esito alla valutazione multidimensionale, il Patto per l'inclusione sociale prevede che accanto all'esplicitazione degli obiettivi/risultati attesi e agli impegni che la famiglia assume (contatti con i servizi, ricerca attiva di lavoro, frequenza scolastica), siano individuati gli specifici sostegni di cui il

nucleo necessita. Il Patto investe le diverse dimensioni del benessere del nucleo (lavoro, formazione, istruzione, salute, casa) e riconduce a unitarietà tutti gli interventi che possono essere messi in campo: servizi sociali, centri per l'impiego, agenzie regionali per la formazione, ASL, scuola, servizi specialistici socio sanitari e uffici per le politiche abitative.

La quota servizi del Fondo Povertà interviene a rafforzare i sostegni da prevedere nei progetti personalizzati, nell'ottica dell'attuazione dei LEPS.

In tale logica, a livello regionale, sono state avviate nell'ambito del modello di presa in carico in corso di sperimentazione di cui precedentemente si è fatto cenno, varie azioni, sia a valere sul Fondo povertà quota servizi, che sul PON inclusione, che nel corso del triennio 2022-2024 si intende confermare e potenziare con ulteriori azioni e coinvolgendo altre professionalità. Nello specifico, si intende garantire la continuità degli interventi quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, tirocini finalizzati all'inclusione sociale, occupazionale e lavorativa, percorsi individuali di orientamento al lavoro.

Infatti, oltre al segretariato sociale, rivolto a tutti i cittadini e al servizio sociale professionale, gli interventi e servizi finanziabili, previsti dal decreto legislativo n.147/2017, sono:

- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bi- lancio familiare;
- assistenza domiciliare socio assistenziale e servizi di prossimità;
- sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- servizio di mediazione culturale;
- servizio di pronto intervento sociale.

Quale obiettivo di servizio è stato stabilito che almeno per tutti i nuclei in cui si sia proceduto alla definizione del quadro di analisi approfondito venga attivato, come sostegno nel progetto, uno degli interventi o dei servizi sociali sopra richiamati.

Inoltre, è stato definito come obiettivo specifico l'attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qual volta si presenti una situazione di bisogno complesso e nel nucleo sia presente un bambino o una bambina nei primi mille giorni della sua vita.

PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 individua quale LEPS il Pronto intervento sociale, già ricompreso, ai sensi dell'art. 22, comma 4, della Legge n.328/2000, i cui servizi si configurano come trasversali a tutta l'offerta di servizi sociali.

Il servizio si attiva in caso di emergenze e urgenze sociali, quali circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente producendo bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato.

Il pronto intervento sociale si relaziona con gli altri servizi sociali ai fini della presa in carico, laddove necessaria, e persegue i seguenti obiettivi funzionali:

- garantire una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per quello che concerne problematiche a rilevanza sociale anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24h/24 e 365 all'anno;
- realizzare una prima lettura del bisogno rilevato nella situazione di emergenza ed attivare gli interventi indifferibili ed urgenti;
- inviare/segnalare ai servizi competenti per l'eventuale presa in carico;
- promuovere una logica preventiva svolgendo un'azione di impulso alla costruzione e lettura attenta e partecipata di mappe di vulnerabilità sociale di un determinato territorio, nonché alla raccolta di dati sul bisogno sociale anche in funzione di azioni di analisi organizzativa dei servizi e delle risorse;
- promuovere protocolli con le Forze dell'Ordine, il servizio sanitario e il privato sociale per garantire da parte del territorio strumenti di analisi per il riconoscimento delle situazioni di emergenza, risorse e servizi per garantire gli interventi (ad esempio la pronta accoglienza di minori e minori stranieri non accompagnati è condizionata alle convenzioni con strutture di questo tipo nel territorio).

Il Servizio di pronto intervento sociale, di norma, svolge la propria funzione rispetto a una pluralità di soggetti *target* (minori, vittime di violenza, vittime di tratta, persone non autosufficienti, adulti in difficoltà).

Nell'ambito di questi, deve sempre essere garantita, con modalità organizzative definite a livello territoriale, la risposta in emergenza anche ai seguenti bisogni:

- situazioni di grave povertà/povertà estrema che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psico- fisica della persona;
- situazioni di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o di grave rischio per la salute socio-relazionale, in assenza di reti familiari e sociali.

A seguito della segnalazione, il servizio il Servizio di pronto intervento sociale effettua una prima valutazione professionale e fornisce assistenza immediata, necessaria e appropriata alla persona, documentando ogni azione svolta e predisponendo un progetto d'aiuto urgente, che deve essere tracciato nel sistema informativo sociale.

Sulla base della tipologia di bisogno rilevato e dell'esito del pronto intervento, il Servizio segnala la situazione e trasmette la documentazione relativa agli interventi svolti in regime di emergenza e urgenza al servizio sociale competente e/o ad altri servizi nel primo momento utile a garantire la continuità della presa in carico.

Il Pronto intervento sociale opera in maniera integrata con tutti i servizi territoriali ed in particolare con i Servizi sociali; Servizi sanitari (Ospedali, CSM, SERT), Forze dell'ordine, Enti del Terzo Settore (strutture di accoglienza), Centri Antiviolenza.

Il presente Piano intende pertanto attivare il Pronto intervento sociale sul territorio regionale, la cui programmazione, che dovrà prevedere una garanzia del servizio 24h/24 per 365 giorni l'anno, sarà sviluppata in relazione alle caratteristiche territoriali e di organizzazione dei servizi coinvolti e potrà essere ad accesso pubblico (numero verde, mail, ecc.) oppure attivabile dai servizi pubblici e privati sulla base di accordi e modalità operative individuati a livello territoriale.

SERVIZI PER LA POVERTÀ E LA MARGINALITÀ ESTREMA

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, con riferimento alla grave marginalità adulta e in particolare alla condizione di senza dimora, evidenzia che non esistono ancora dei LEPS definiti dalla normativa nazionale e gli interventi ammessi a finanziamento dai Fondi nazionali e comunitari devono prendere a riferimento le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia" in quanto principale strumento di riferimento per le Regioni e i Comuni nella costruzione e implementazione a livello locale di sistemi di intervento sociale per il contrasto alla povertà estrema, anche valorizzando l'apporto delle organizzazioni del volontariato e delle altre organizzazioni del Terzo Settore.

Le linee di indirizzo promuovono il superamento di approcci di tipo emergenziale in favore di approcci maggiormente strutturati. In quest'ultima tipologia rientrano i cosiddetti approcci *housing led* e *housing first*, i quali assumono il rapido re-inserimento in un'abitazione come punto di partenza affinché i senza dimora possano avviare un percorso di inclusione sociale.

Di seguito vengono rappresentati i servizi e gli interventi che l'Amministrazione intende potenziare e/o realizzare nell'ambito del presente Piano.

Accessibilità ai diritti esigibili: la residenza

Per le persone senza dimora, anche se formalmente titolari di diritti, esistono alcune barriere specifiche legate alla loro condizione abitativa e di emarginazione che impediscono, o possono impedire, l'accesso ai diritti fondamentali garantiti a ogni altro cittadino. Particolarmente importante in tal senso è il diritto alla residenza, in quanto l'iscrizione anagrafica in un Comune italiano è porta di accesso imprescindibile per poter accedere ad ogni altro diritto, servizio e prestazione pubblica sul territorio nazionale.

L'ordinamento giuridico prevede una norma specifica per la residenza anagrafica delle persone senza dimora, norma contenuta all'articolo 2, comma 3 della Legge n.1228 del 24 dicembre 1954, nota come "legge anagrafica". Essa stabilisce che "la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel Comune ove ha il domicilio, e in mancanza di questo nel Comune di nascita".

L'elezione del domicilio, nell'accezione ampia prevista dalla Cassazione, di fatto, è elemento sufficiente perché una persona senza dimora possa ottenere dal Comune nel quale ciò avviene, la residenza anagrafica; tuttavia, sono ancora molte le persone che non accedono a questo diritto esigibile anche in Valle d'Aosta. Inoltre, la residenza "fittizia" può non essere sufficiente a favorire l'accesso ad altri diritti se non è accompagnata da un servizio che consenta l'effettiva reperibilità della persona.

In vista della sua definizione normativa, il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 individua come LEPS quello di garantire in ogni Comune, alle persone che lo eleggono a proprio domicilio, anche se prive di un alloggio, servizi che permettano di rendere effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica, compreso il servizio di fermo posta necessario a ricevere comunicazioni di tipo istituzionale. Tali servizi verranno sostenuti con risorse del Fondo Povertà che potranno essere integrate con risorse provenienti dal REACT EU.

Nell'ambito delle azioni che saranno attuate nell'ambito del presente Piano saranno adottate quelle dirette a garantire sul territorio regionale il servizio a sostegno dell'accesso alla residenza che intende fornire supporto e accompagnamento all'iscrizione anagrafica e l'accesso al servizio di fermo posta diretto a assicurare la reperibilità della persona, per le persone senza dimora, che potrà essere gestito con il coinvolgimento di enti e associazioni territoriali.

Le funzioni svolte/interventi e servizi erogati saranno:

- l'accompagnamento, laddove richiesto o necessario, delle persone senza dimora nell'istruttoria per la richiesta di residenza che verrà poi rilasciata dagli Uffici dell'Anagrafe: raccolta delle posizioni anagrafiche delle persone senza dimora, coadiuvando gli interessati nella compilazione della richiesta di residenza e nel reperimento e presentazione dei documenti necessari;
- supporto nella raccolta della documentazione che attesti l'esistenza di una relazione continuativa con il territorio (ad esempio attraverso una relazione di presentazione da parte di un Ente del Terzo settore o da parte del servizio sociale professionale o di altri servizi socio assistenziali territoriali o sanitari di base e/o specialistici, che hanno in carico il percorso individuale del beneficiario della prestazione, che documenti l'esistenza di una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti);
- collaborazione con i servizi competenti per la verifica delle posizioni anagrafiche (permanenza della persona nella sua dimora abituale), anche ai fini delle cancellazioni;
- servizio fermo posta/casella di posta elettronica: attivazione di un servizio di raccolta/ ricezione, conservazione e gestione della posta del soggetto interessato;
- supporto per l'attivazione e l'accesso a una casella di posta personale e al riconoscimento della identità digitale attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID) per l'accesso ai servizi online della pubblica amministrazione italiana e dei privati aderenti;
- eventuale svolgimento di attività di orientamento ai servizi socio assistenziali e sanitari e di accompagnamento/supporto giuridico/legale, in raccordo con altri servizi presenti sul territorio: centro servizi per senza dimora/segretariato sociale/pronto intervento sociale/unità di strada.

All'espletamento di dette funzioni sarà dedicata un'apposita attività degli operatori sociali, quali l'educatore professionale, il tecnico dell'inserimento dell'integrazione sociale e l'assistente sociale, e funzionari giuridico/amministrativi.

Con attenzione ai livelli di servizio è necessaria:

- l'individuazione, nell'ufficio anagrafico di ogni Comune, di specifici referenti per il riconoscimento della residenza alle persone senza dimora;
- l'attivazione in ogni Comune di una procedura per la richiesta della residenza anagrafica da parte delle persone senza dimora;
- la disponibilità del servizio di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica e del servizio fermo posta in ogni ambito territoriale, eventualmente attraverso sportelli dedicati e il collegamento con i servizi territoriali, per garantire ove possibile la prossimità del servizio.

Presa in carico e accompagnamento per l'accesso alle prestazioni universali - Centri servizi per il contrasto alla povertà

L'attività di presa in carico costituisce un passaggio fondamentale per le persone che si trovano in condizioni di *homelessness*, ma più in generale per tutte le persone che sperimentano condizioni di deprivazione materiale.

In tale contesto, una specifica linea di attività finanziata con PNNR prevede la costruzione nei territori di Centri servizi leggeri dedicati al contrasto della povertà e della marginalità, anche estrema, che costituiscano luoghi dove oltre alla presa in carico sociale possano essere offerti altri tipi di servizio (distribuzione beni, ambulatori sanitari, mensa, orientamento al lavoro, servizi di fermo posta,), sia erogati direttamente dai servizi pubblici che dalle organizzazioni del Terzo Settore, comprese quelle di volontariato.

In ambito regionale, a questo fine, è indispensabile sostenere l'azione degli enti del Terzo settore coinvolti nell'erogazione di servizi a bassa soglia e garantire un'offerta coordinata di interventi a sostegno dei soggetti in condizione di marginalità e di povertà.

Le varie azioni, inoltre, dovranno prevedere una stretta sinergia con l'ambito sanitario al fine di rispondere in modo sinergico e integrato ai bisogni specifici del target di utenza.

Il Centro servizi offre attività di presidio sociale e sanitario e di accompagnamento per persone in condizione di deprivazione materiale, di marginalità anche estrema e senza dimora volte a facilitare l'accesso alla intera rete dei servizi, l'orientamento e la presa in carico, al tempo stesso offrendo alcuni servizi essenziali a bassa soglia (ad esempio servizi di ristorazione, distribuzione di beni essenziali, servizi per l'igiene personale, biblioteca, una limitata accoglienza notturna, screening e prima assistenza sanitaria, mediazione culturale, counseling, orientamento al lavoro, consulenza amministrativa e legale, anche ai fini dell'accesso alle prestazioni riconosciute, banca del tempo).

Nel Centro servizi dovrà essere collocato il servizio di accompagnamento per la residenza virtuale e il fermo posta, qualora non gli sia data una maggiore diffusione e prossimità attraverso altri servizi presenti sul territorio. Con riferimento alle persone senza dimora, o in condizioni di marginalità estrema, il Centro servizi svolge, integrandole con altri interventi, alcune funzioni proprie del welfare di accesso (segretariato, porta unica di accesso, sportello sociale), attraverso servizi maggiormente specializzati per offrire a questa utenza la presa in carico multiprofessionale, consulenze specialistiche, accesso all'assistenza socio sanitaria e una prima risposta ad alcuni bisogni primari.

Il Centro opera in modo integrato con gli sportelli sociali territoriali.

Il Centro servizi si pone come obiettivo servizi l'inserimento nel contesto degli interventi e dei servizi finalizzati alla riduzione della marginalità e all'inclusione sociale a favore delle persone adulte/ famiglie e ha l'obiettivo specifico di creare un punto unitario di accoglienza, accesso e fornitura di servizi, ben riconoscibile a livello territoriale dalle persone in condizioni di bisogno.

Il Centro servizi non deve necessariamente assumere dimensioni eccessive e tanto meno ghettizzanti, bensì deve costituire un punto di riferimento per le persone in condizioni di bisogno, eventualmente localizzato fisicamente in luogo dove sono offerti anche altri servizi pubblici/degli ETS a disposizione di tutta la cittadinanza.

È opportuno che il Centro servizi preveda, eventualmente a rotazione, spazi a disposizione delle associazioni di volontariato di modo che esse possano svolgere, anche in tali sedi, le proprie attività di sostegno quali ad esempio la distribuzione di beni o la consulenza legale o attività di prima assistenza sanitaria.

Da questo punto di vista è particolarmente importante che i centri servizi per il contrasto alla povertà vengano progettati e gestiti con la partecipazione attiva delle organizzazioni del Terzo Settore ed integrate pienamente nel contesto territoriale.

Il target di utenza del Centro servizi sono le persone in condizione di povertà o a rischio di diventarlo, comprese quelle in condizioni di marginalità estrema e senza dimora.

Le funzioni svolte e gli interventi e servizi erogati comprendono:

- il *Front office*, l'Ascolto, l'azione di filtro verso altri servizi e l'accoglienza: in particolare, l'accoglienza allo sportello del servizio da parte di un educatore per le attività di ascolto necessarie a far emergere i bisogni e la richiesta di aiuto;
- *Assessment* ed orientamento (Sportello). Valutazione dei bisogni e delle risorse della persona, al fine di definire le attività di accompagnamento attraverso un percorso multidimensionale, che necessita cioè di uno sguardo unitario ma con ottiche provenienti da più punti di vista professionali (educatore, assistente sociale, medico, psicologo). Attività di segretariato e orientamento per l'accesso a servizi, programmi e prestazioni (anche, ove disponibile, attraverso lo Sportello "Inps per tutti");
- Presa in carico e *case management* nella prima fase del percorso/intervento, attraverso una stretta collaborazione tra educatori, come figure di primo contatto e front-office, e assistenti sociali come figure che intessono un lavoro di costruzione e di ricomposizione della rete dei servizi, in un lavoro d'*équipe* integrato (operatori con competenze educative, sociali, legali, sanitarie, psicologiche, transculturali). La composizione dell'*équipe* multidisciplinari varierà in relazione ai bisogni rilevati;
- Attività di affiancamento ed accompagnamento flessibile, da parte degli educatori, delle persone prese in carico dentro e fuori dal Centro servizi, lavorando anche sul territorio e nella dimensione della comunità locale e delle reti di prossimità e svolgendo così un ruolo di armonizzazione e sostegno dell'attività svolta dall'assistente sociale. In questo contesto, nell'ambito delle attività di accompagnamento definite con le persone, potranno essere erogati, oltre ai servizi, beni materiali funzionali al percorso intrapreso;
- Attività di consulenza legale, ad esempio in materia di controversie amministrative, diritto di famiglia, richieste di protezione internazionale, fogli di via, accesso a programmi di ritorno volontario assistito, tutela di persone vittime di violenze e aggressioni, diritto delle persone migranti e titoli di soggiorno;
- Supporto nello svolgimento di pratiche, nella richiesta di prestazioni, nell'accesso ad attività e servizi. Rientrano in questo contesto anche le attività di accompagnamento per la residenza fittizia e fermo posta (se non attuati in altri servizi territoriali);
- Funzione di raccordo e mappatura delle realtà che operano in questo settore, per favorire l'accesso ai servizi e agli interventi, anche del Terzo settore, presenti nel territorio, in stretta integrazione con il servizio di Sportello sociale.

Potranno trovare spazio nel centro alcuni servizi di prossimità anche attività accessorie, quali:

- servizi mensa;
- servizi per l'igiene personale (inclusi servizi di lavanderia);

- deposito bagagli;
- distribuzione di beni essenziali quali viveri e indumenti anche in collaborazione con la rete FEAD.

Potranno inoltre essere attivati servizi quali:

- orientamento al lavoro (promozione dell'inserimento lavorativo anche attraverso tirocini formativi o tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, in collegamento con i Centri per l'Impiego);
- limitata accoglienza notturna;
- banca del tempo;
- servizi di mediazione linguistico-culturale;
- corsi di lingua italiana per stranieri.

Il Centro servizi in stretta integrazione con l'Azienda USL potrà, eventualmente, promuovere alcune attività finalizzate alla prevenzione e alla presa in carico delle problematiche sanitarie degli utenti quali:

- un primo *screening* socio sanitario, da parte del personale sanitario e di medicina generale e di primo intervento;
- consulenza ed invio ai servizi sanitari, rivolte in particolare alla quota di popolazione *homeless* con problemi sanitari in grave stato di marginalità lontana o non conosciuta dai servizi sanitari e/o sociali;
- attività volte a favorire l'accesso alle prestazioni del sistema sanitario e socio sanitario integrato;
- l'eventuale rilascio di relazione medica (inclusa idoneità al lavoro o percentuale di invalidità ed eventuale esenzioni ticket sanitario per reddito).

Tali attività, ove opportuno, saranno assicurate tramite mediatori linguistico culturali aventi una preparazione specifica sulla salute e i sani stili di vita al fine di raccogliere dati utili alla definizione del percorso adeguato a rispondere ai bisogni rilevati, integrandosi nell'*équipe* multidisciplinare.

Nella definizione della specifica progettualità, a livello regionale, si dovrà cercare di costruire il Centro servizio per il contrasto alla povertà come centro integrato nei servizi cittadini, eventualmente collegato e associato ad altri servizi rivolti a tutta la cittadinanza, quali, ad esempio, centri orientamento al lavoro, biblioteche, ambulatori ASL e centri famiglia.

Le modalità di accesso sono da intendersi libere e i servizi riguardano:

- *Front Office*/Sportello);
- Posto letto;
- Richieste di Protezione Internazionale;
- Servizio per l'igiene personale;
- Servizio mensa;
- Residenza anagrafica fittizia;
- Assistenza sanitaria;
- Orientamento al lavoro;
- Per Programmi di RVA (Ritorno Volontario Assistito);
- Colloqui con assistenti sociali;
- Colloqui con consulente giuridico legale;

- Colloqui individuali con consulente del lavoro;
- Sportello INPS.

Nei restanti ambiti, servizi per favorire l'accesso alle attività *core*, anche al di fuori di centri servizi dedicati. In particolare, attivazione di almeno uno sportello multifunzione dedicato, aperto presso un luogo pubblico, per orientamento, disbrigo pratiche e indirizzamento ai servizi, nonché per l'accesso ai Servizi per la residenza Anagrafica dei cittadini senza dimora e fermoposta.

Housing first

In continuità con il Piano regionale per la lotta alla povertà 2018-2020, la progettualità del presente Piano è diretta a proseguire con le progettualità avviate sul territorio regionale nell'ambito dell' *housing first* e promuovere ulteriori sperimentazioni finalizzate a strutturare un sistema di *social housing* in stretta sinergia con gli enti del Terzo settore, con gli Enti locali e con i soggetti pubblici e privati del territorio, destinato a fronteggiare in modo sinergico e coordinato l'emergente bisogno di accoglienza abitativa nell'ambito di un progetto di presa in carico personalizzato.

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 prevede l'utilizzo sia delle risorse assegnate nell'ambito della componente del Fondo Povertà destinata al contrasto della povertà estrema, sia le risorse dello specifico progetto del PNRR. Come per la realizzazione del Centro servizio per il contrasto alla povertà, una volta finanziato il costo di investimento, i relativi costi operativi, per il primo triennio coperti dal PNRR, verranno successivamente posti a carico degli altri fondi sociali nazionali ed europei.

Nell'ambito del sistema di welfare regionale l'obiettivo non è esclusivamente il potenziamento dei servizi di *housing* in favore dei soggetti che vertono in condizione di povertà e marginalità, ma anche sperimentare un sistema strutturato di offerta in grado di promuovere il *social housing* in favore di vari target di popolazione graduando e caratterizzando il servizio in funzione dei bisogni specifici dei beneficiari. In tale logica il coinvolgimento degli enti del Terzo settore, degli Enti locali, delle associazioni di proprietari immobiliari e dei privati cittadini è elemento imprescindibile per avviare tale sperimentazione.

Interventi di sostegno materiale

In conseguenza della pandemia da Covid 19, tra gli interventi di contrasto alla povertà e alla marginalità da potenziare sul territorio regionale, le azioni del presente Piano saranno dirette a individuare strumenti e forme di sostegno materiale in favore delle persone e delle famiglie in condizioni di bisogno, con particolare riferimento ai servizi di supporto in risposta ai bisogni primari (distribuzione di viveri, indumenti, farmaci, disponibilità di docce, mense e unità di strada che svolgono attività di ricerca e contatto con le persone che necessitano di aiuto; contributi economici una tantum).

Le risorse per il finanziamento saranno messe a disposizione dalla nuova programmazione FSE+ che porterà alla definizione del nuovo PON Inclusion 2021-2027, nonché dai fondi regionali destinati al finanziamento di progetti e servizi quali l'Emporio solidale e i servizi a bassa soglia, quali il servizio di mensa, gli sportelli di ascolto e le unità di strada, al fine di sostenere i nuclei familiari in condizione di povertà.

Sostegno ai neomaggioresi in uscita da un percorso di presa in carico a seguito di allontanamento dalla famiglia di origine - *Care Leavers*

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 individua quale LEPS il sostegno ai *Care Leavers*: con tale termine si definiscono i neomaggioresi che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. La finalità del sostegno è il completamento del percorso di crescita verso l'autonomia, garantendo la continuità dell'assistenza nei confronti degli interessati sino al compimento del ventunesimo anno di età, nonché la prevenzione delle condizioni di povertà ed esclusione sociale. Il presupposto alla base di tale intervento è la necessità di continuare a garantire la rete di protezione e tutela che, per anni, ha aiutato un bambino o una bambina a crescere in contesti alternativi ad una famiglia di origine e che di fatto si attenua con il raggiungimento della maggiore età.

Il presente Piano promuove pertanto la sperimentazione di progetti integrati di accompagnamento all'autonomia attraverso misure di supporto alla quotidianità e la contestuale attivazione di un sistema di interazione tra più soggetti istituzionali e non.

Le azioni da garantire in tale senso sono molteplici:

- la valutazione multidimensionale del bisogno del "*Care Leavers*" almeno dodici mesi prima della redazione di un progetto personalizzato di accompagnamento all'autonomia, redatto con la partecipazione attiva del giovane coinvolto;
- la presenza di un'*équipe* multidisciplinare che garantisca la multidisciplinarietà e allo stesso tempo l'appropriatezza dell'accompagnamento del neo maggiorenne;
- compimento della maggiore età;
- l'attivazione di supporti specifici quali:
 - ✓ il tutor per l'autonomia;
 - ✓ misure economiche personalizzate;
 - ✓ raccordo con i Centri per l'Impiego;
 - ✓ sostegno abitativo.

La Regione Valle d'Aosta già a partire dal 2010 ha promosso interventi di natura economica a favore di giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 21 anni: con la Legge regionale n.23/2010, e le successive deliberazioni della Giunta regionale, l'Amministrazione regionale ha dato evidenza del fatto che l'autonomia non coincide spesso con il raggiungimento della maggiore età e che la sospensione degli interventi comporta il rischio inevitabile di non portare a compimento il progetto formulato dai servizi socio sanitari con il giovane.

In tal senso è stata prevista la possibilità di proseguire gli interventi in atto per quei giovani che fino al compimento dell'età sono stati affidati a nuclei familiari o collocati presso comunità residenziali; interventi che siano volti al raggiungimento dell'autonomia, previa la redazione di un progetto che contenga l'analisi dettagliata della situazione del giovane, gli obiettivi e la tipologia nonché la tempistica degli interventi e le modalità di verifica.

Accanto a tali interventi, negli stessi anni, è stata prevista l'attivazione di una struttura residenziale che accogliesse giovani in età compresa tra i 18 e i 21 anni in carico ai servizi socio sanitari inseriti

in comunità o in affidamento familiare che, al compimento della maggiore età, fossero impossibilitati a rientrare nella propria famiglia d'origine e con la necessità di essere ulteriormente supportati nel raggiungimento di un sufficiente livello di autonomia personale.

La struttura denominata “Primo Volo”, presente a tutt'oggi nel contesto regionale in qualità di “alloggio ad alta autonomia per giovani adulti” è attiva in tal senso promuovendo, sulla base di un Progetto Quadro redatto dai servizi socio sanitari, percorsi di autonomia ed autodeterminazione dei giovani inseriti.

Il progetto *Care Leavers* si pone quindi in continuità con gli interventi e i servizi già presenti sul territorio regionale.

Con il presente Piano si intendono creare le condizioni organizzative e tecniche per l'implementazione di nuove azioni da sviluppare su più direttrici:

- il tema della consapevolezza di sé e delle responsabilità connesse all'essere adulto, attraverso il coinvolgimento del servizio di psicologia;
- il tema della formazione e del lavoro attraverso il raccordo con tutti i soggetti istituzionali quali la Sovrintendenza agli Studi, il Centro Diritto al Lavoro Disabili e Svantaggiati, i Centri per l'impiego ecc.;
- il tema della partecipazione attiva attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore quali cooperative sociali, associazionismo giovanile ecc.;
- il “tema dell'abitare”, attraverso l'attivazione di nuovi interventi da parte dell'alloggio ad alta autonomia già esistente e la sperimentazione di *housing sociale*;
- il tema delle misure economiche, anche relativamente all'educazione finanziaria a favore dei giovani adulti coinvolti.

A questi si aggiunge un lavoro trasversale relativamente a:

- la creazione/formazione della nuova figura del “tutor per l'autonomia” e il relativo apparato di coordinamento tecnico;
- la formazione specifica per le *équipe* socio sanitarie.

OBIETTIVI

- MA 4.1 Potenziare l'integrazione tra le politiche settoriali nell'ambito della programmazione delle politiche sociali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: le politiche sanitarie, le politiche abitative, le politiche del lavoro e della formazione, le politiche giovanili, le politiche dell'istruzione, le politiche e gli interventi afferenti all'ambito giudiziario
- MA 4.2 Riorganizzare la governance nell'ambito del sistema di welfare regionale con specifico riferimento alla separazione della funzione di programmazione delle politiche sociali dalla funzione di gestione dei servizi
- MA 4.3 Potenziare il ruolo del Terzo settore nell'ambito della programmazione delle politiche sociali e provvedere alla revisione della normativa di settore in coerenza con il codice del Terzo settore e con i recenti sviluppi normativi nazionali
- MA 4.4 Attivare percorsi di supervisione per il personale dei servizi sociali ai fini della realizzazione del LEPS definito a livello nazionale
- MA 4.5 Strutturare un modello di raccolta, analisi e sistematizzazione dei dati inerenti i bisogni e le risorse territoriali in collaborazione con i vari soggetti territoriali e, in particolare, con gli Enti del Terzo Settore
- MA 4.6 Attivare i Punti unici di Accesso (PUA) integrandoli agli attuali servizi di sportello sociale in base alle indicazioni definite nell'ambito del LEPS nazionale e promuovendo, nello specifico, l'integrazione socio sanitaria
- MA 4.7 Attivare e potenziare i servizi di presa in carico per garantire le “dimissioni protette” delle persone che non dispongono di un'abitazione (o che dispongono di un'abitazione inadeguata), così come definito nell'ambito del LEPS nazionale, con particolare attenzione all'integrazione socio sanitaria e alla valutazione multidimensionale dei bisogni
- MA 4.8 Potenziare i servizi finalizzati alla prevenzione dell'allontanamento familiare già sperimentati nell'ambito del Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I), ai sensi delle linee guida stabilite nel LEPS nazionale
- MA 4.9 Riorganizzare e potenziare l'attuale sistema di servizi, prevedendo anche una revisione della normativa regionale, in favore delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti in base ai principi sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, dalla legge quadro sulla disabilità recentemente approvata e dai livelli essenziali delle prestazioni sociali enunciati nel Piano sociale nazionale 2021-2023

- MA 4.10 Avviare la sperimentazione del budget di salute in quanto LEPS definito a livello nazionale
- MA 4.11 Potenziare interventi e servizi di inclusione sociale e lavorativa in favore delle persone con disabilità finalizzati alla vita indipendente
- MA 4.12 Potenziare servizi domiciliari ed interventi economici a favore delle persone anziane per ridurre l'istituzionalizzazione
- MA 4.13 Potenziare i servizi e gli interventi a sostegno della famiglia in stretta integrazione con gli enti del Terzo Settore con un'attenzione specifica alle situazioni di disagio e fragilità
- MA 4.14 Avviare la transizione del Sistema integrato 0-6 anni secondo quanto previsto dalle Linee guida pedagogiche approvate dalla Commissione Nazionale del Ministero dell'Istruzione in data 30 marzo 2021
- MA 4.15 Coordinare e programmare le politiche e i servizi in favore dei nuclei famigliari in condizione di povertà e a rischio di esclusione sociale mediante l'approvazione del Piano regionale triennale per le misure a contrasto della povertà
- MA 4.16 Potenziare i servizi e gli interventi finalizzati al reinserimento sociale, occupazionale e lavorativo degli individui in condizione di povertà e a rischio di esclusione sociale strutturando un modello di presa in carico integrata e basata sulla valutazione multidimensionale che coinvolga i differenti enti e servizi competenti e in stretta sinergia con gli enti del Terzo settore
- MA 4.17 Avviare interventi e servizi finalizzati a garantire l'accessibilità ai diritti esigibili, quali per esempio, la residenza anagrafica e le prestazioni universali in linea con quanto stabilito nei LEPS nazionali
- MA 4.18 Potenziare i servizi di *housing first* in favore di nuclei famigliari in condizione di povertà e a rischio di esclusione sociale, così come definito nel LEPS nazionale
- MA 4.19 Potenziare i servizi territoriali finalizzati al sostegno ai neomaggioresi in uscita da un percorso di presa in carico a seguito dell'allontanamento dalla famiglia di origine, così come declinato nel LEPS nazionale

MACRO AREA 5

LA GOVERNANCE DEL SISTEMA REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

Per permettere al Piano regionale per la salute e il benessere sociale di realizzare gli obiettivi individuati nelle precedenti Macro aree tematiche, cogliendo a pieno le sfide che l'esperienza della pandemia ha trasformato nei nuovi assi di rinnovamento e di sviluppo per tutto il sistema regionale della sanità, della salute e delle politiche sociali, occorre intervenire su un insieme di strumenti e di logiche che ne rappresentano la governance. Occorrono nuove e innovative strategie di sistema, oltre che di lungo periodo, capaci di modificare, nella sostanza, non solo l'assetto organizzativo e funzionale dei servizi, ma anche il principio della governance stessa del sistema per la salute e il benessere sociale.

Le politiche di governance nascono, infatti, dalla constatazione dei limiti che un'istituzione incontra quando decisioni verticistiche realizzano spesso scelte "immediate" che risolvono criticità puntuali, ma che risultano poco efficaci a lunga scadenza. Questo accade non solo per le emergenze, ma perché spesso manca un sostanziale coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. In altre parole, a mancare è quella "densità istituzionale" che può garantire un più coeso e duraturo accordo tra tutte le parti per un bene comune duraturo e condiviso. Il termine governance assume qui un'accezione ampia e chiama in causa competenze responsabili a tutti i livelli a rappresentare un insieme di attori orientati al bene comune che individuano e concordano regole, principi e modelli utili per il governo e la gestione di fenomeni complessi, dalle rilevanti ricadute sulla salute e sul benessere della collettività. La governance contempla, quindi, un alto grado di democraticità, di competenze, ed è considerata dal presente Piano un paradigma di organizzazione strutturale della politica odierna.

La pandemia ha evidenziato la necessità di cambiamenti, tanto più importanti e radicali quanto più investono la cultura di un agire che fin qui ha prevalso, nelle organizzazioni come nei singoli, ma che la pandemia ha reso inadeguato e fragile al punto da mettere in discussione l'intero sistema di cure e di welfare regionale.

Si tratta quindi di intervenire sia su strumenti normativi, come ad esempio la revisione della Legge regionale n.5/2000, antecedente la definizione dei LEA nazionali, ma anche su strumenti di co-progettazione e di indirizzo regionale per le politiche sociali, che avviino la riforma di un settore strategico per tutto il sistema regionale secondo le direttrici del recente Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023. Serve anche garantire una gestione omogenea, attraverso la definizione di standard, della rete di strutture residenziali socio assistenziali in capo agli Enti locali e istituire una specifica funzione preposta al coordinamento dell'offerta assistenziale socio sanitaria presso l'Azienda USL, che gestisca le strutture sanitarie e socio sanitarie per le cure intermedie insieme alla medicina territoriale convenzionata, secondo i principi di una reale integrazione socio sanitaria. Nonostante l'autonomia derivante dallo Statuto speciale, sarà necessario adeguare ai principi della norma, al pari di quanto avvenuto per l'assistenza ospedaliera con il decreto ministeriale n.70/2015, l'ambito del sistema territoriale della salute, concordemente al nuovo, imminente, decreto ministeriale (cd DM n.71). Attraverso le strategie e le priorità che il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sostiene, mediante finanziamenti assegnati anche alle Regioni a Statuto speciale, sarà dato nuovo

impulso alle cure di prossimità, alla sanità digitale, di cui la telemedicina è uno strumento che la pandemia ha dimostrato possibile ed efficace, all'ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero e all'evoluzione dello strumento Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) anche come importante base di dati per la ricerca biomedica ed epidemiologica. Infine, ma non da ultimo, il Piano dispone l'utilizzo di strumenti innovativi, anche ricorrendo a dei patti con i cittadini, che consentano un efficace governo dei tempi di attesa, e questo, anche attraverso una piattaforma informatica regionale che dia trasparenza al cittadino in termini di diritti esigibili. Tutto ciò, però, non sarebbe realizzabile senza una valorizzazione del capitale umano. Occorre dotarsi di strumenti nuovi per favorire il reclutamento e il mantenimento delle competenze che qualificano il sistema regionale delle cure. Dalle politiche incentivanti, alla diffusione il più ampia possibile del sistema delle competenze, occorre che la formazione si concretizzi attraverso percorsi innovativi e motivanti, che colgano l'entità delle sfide in atto. La pandemia non deve coincidere solo con una crisi senza precedenti, che ha investito ogni ambito umano e sociale, e dopo il quale ripartire con i presupposti di prima, perché peggio della crisi, c'è realmente solo il dramma di sprecarla.

LA GOVERNANCE REGIONALE DEI SERVIZI PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

La Valle d'Aosta, con i suoi 125.500 abitanti³¹, rappresenta lo 0,2% della popolazione nazionale ed è la regione più piccola d'Italia. La popolazione, inoltre, risiede su un territorio interamente montuoso, infatti: il 57,19% risiede in comuni situati fino a 600 m.s.l.m., il 31,60% in comuni situati tra i 600 e i 1.200 m.s.l.m. e vi è un 11,21% di persone che risiedono in comuni posti oltre i 1.200 m.s.l.m. L'esiguità del bacino di utenza dei servizi sanitari e sociali regionali, unita alla morfologia del territorio, pongono da sempre all'attenzione del programmatore due questioni basilari per la determinazione delle scelte, che sono:

- la difficile realizzazione di economie di scala, stante il costo fisso che ogni sistema per la salute e per i servizi sociali comporta;
- il vincolo, indotto sul modello organizzativo e funzionale, dell'esiguità del bacino di utenza che, se da un lato, non può limitare l'offerta alle sole discipline e servizi di base, dall'altro, deve continuamente ricercare un equilibrio tra sostenibilità, qualità e sicurezza delle cure e dei servizi offerti. Un equilibrio difficile che non solo impatta sulla natura stessa del bisogno, ma che deve evitare anche un aprioristico depotenziamento del sistema regionale delle cure, che renderebbe inefficace la sua capacità di risposta e poco attraente per gli operatori l'afferenza professionale presente nella nostra regione.

Questo contesto ricerca quindi l'applicazione nelle politiche attribuite alla Regione a Statuto speciale che è chiamata, responsabilmente, a coniugare sostenibilità, sicurezza e qualità attraverso un impianto normativo che, in alcuni ambiti, come la sanità, è interamente finanziato, per la spesa sanitaria corrente, dal prelievo fiscale dei residenti e, pertanto, dal bilancio regionale³².

³¹ Dato stimato al 1 gennaio 2020.

³² Il PNRR assegna risorse per spese di investimento anche alla Valle d'Aosta al pari dei recenti decreti emanati per fronteggiare l'emergenza da Covid 19.

L'autonomia statutaria, attraverso le conseguenti risorse finanziarie, ha permesso a lungo a questa Regione di garantire una personalizzazione elevata dell'offerta di servizi e prestazioni attraverso standard di servizio non sostenibili altrove, oltre che un'attenzione molto puntuale a bisogni molto circoscritti e contestualizzati che ha portato a definire la politica assistenziale della nostra Regione di quegli anni con l'appellativo di "munifica"³³.

In ambito sanitario, infatti, come noto, la Regione autonoma Valle d'Aosta, rinunciando alla quota spettante del fondo sanitario nazionale (FSN) già dal 1995³⁴, ha recepito da sempre, dei contenuti presenti nei documenti di programmazione sanitaria nazionale (PSN), i soli principi e i valori costitutivi di riferimento, autodeterminando, per la popolazione del proprio territorio - e prima ancora del riformato Titolo V- una sanità regionale realmente federale, sostenuta dalle risorse del proprio bilancio regionale. Se da un lato questo ha permesso le caratteristiche del modello di offerta dei servizi appena descritte, dall'altro ha esentato la Valle d'Aosta da un sistema nazionale di controlli e di valutazioni sugli effetti e sugli esiti di salute delle scelte programmatiche che, anche laddove non avessero avuto natura obbligatoria, avrebbero però permesso di mantenere attivo un confronto di efficacia con altri ambiti geografici e amministrativi, utile a perfezionare le scelte compiute e a limitare il rischio di un eccesso di autoreferenzialità³⁵.

Le risorse economico-finanziarie di cui un tempo poteva beneficiare la Valle d'Aosta, da oltre dieci anni hanno trovato dei limiti di natura extra regionale, dovuti prima alla crisi economica, divenuta poi strutturale, che ha imposto un contributo di tutte le Regioni al Patto di stabilità del Paese, poi alle politiche di reclutamento del personale, con le difficoltà imposte dalle leggi finanziarie di mantenere e sostituire risorse umane che uscivano dal percorso lavorativo nei diversi ruoli professionali, e infine, da ultimo, agli effetti che la pandemia da Covid 19 ha causato su tutto il sistema Paese, nonostante gli stanziamenti riconosciuti dal livello nazionale e la conseguente necessità di accentramento delle scelte che il governo del Paese ha introdotto.

In ambito sanitario, e recentemente anche in quello sociale, stiamo assistendo a nuove forme di accentramento nel governo della programmazione nazionale, in parte certamente indotte dalla necessità, a fronte di risorse sempre più limitate e non equamente presenti nel Paese dopo la Riforma del Titolo V della Costituzione³⁶, di garantire a tutti i cittadini, quanto più possibile, e secondo il dettato della Costituzione, pari diritti di accesso ai servizi e alle prestazioni in relazione al bisogno, e criteri conformi di qualità nei percorsi assistenziali, di cura, e negli esiti di salute. Sono infatti riconducibili a queste istanze sia il decreto 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", che impone anche alle Regioni a statuto speciale il conferimento dei dati relativi ai livelli essenziali di assistenza (LEA)³⁷ e ad alcuni percorsi diagnostico terapeutici assistenziali; sia l'istituzionalizzazione in capo al Ministero della Salute, per il tramite di AGENAS, del ruolo assunto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) sulla qualità clinica di molte procedure chirurgiche, e non solo, effettuate sugli ospedali pubblici e privati convenzionati italiani.

³³ Prof.ssa Chiara Saraceno, Presidente della Commissione regionale sullo stato della povertà e dell'esclusione sociale in Valle d'Aosta (2002-2005)

³⁴ Legge 23 dicembre 1994, n.724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" finanziaria per l'anno 1995 e, successivamente, Legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"

³⁵ Oggi questo vulnus è stato parzialmente colmato dall'obbligo, posto dal decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12 marzo 2019) di conferimento di indicatori riguardanti la garanzia di erogazione dei LEA e dei PDTA anche da parte delle Regioni a statuto speciale

³⁶ Legge Costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001

³⁷ DPCM 12 gennaio 2017

Il nuovo centralismo delle politiche programmatiche, in ambito sanitario come in quello sociale, si legittima poi recentemente, e almeno fino al 2026 nelle risorse assegnate dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) attraverso l'esecuzione dei diversi progetti, denominati, come noto, con il termine "missioni", a valere in ambito nazionale come in ambito regionale. Tra tutti questi elementi di contesto, la *governance* attuale della Valle d'Aosta dei servizi sanitari e sociali è riconducibile principalmente a due leggi rilevanti:

- la Legge regionale 25 gennaio 2000, n.5 "Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali prodotte ed erogate nella regione"
- la Legge regionale 15 maggio 2017, n. 6 "Disposizioni in materia di Enti locali in adeguamento alla Legge regionale 5 agosto 2014, n. 6 (Nuova disciplina dell'esercizio associato di funzioni e servizi comunali e soppressione delle Comunità montane). Modificazioni alla Legge regionale 7 dicembre 1998, n. 54 (Sistema delle autonomie in Valle d'Aosta)". (Aggiornata alla Legge regionale 30 luglio 2019, n. 13), sul modello valdostano delle autonomie locali, realizzato dal legislatore regionale, in attuazione della competenza legislativa primaria in materia di ordinamento degli Enti locali attribuita alla Regione con Legge costituzionale 23 settembre 1993, n. 2, di modifica dello Statuto speciale.

Con la Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 - conseguente al decreto legislativo n.229/1999, o Riforma Bindi, o ancora Riforma-ter³⁸ - la Regione assicura i livelli essenziali e appropriati di assistenza attraverso una unica unità sanitaria locale, già trasformata in Azienda regionale³⁹, denominata "Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta" con competenza sull'intero territorio regionale. L'area della degenza è garantita da un unico ospedale pubblico regionale (attualmente su tre sedi) e da una struttura mono specialistica di area ortopedica di natura privata convenzionata. L'area dell'assistenza extra ospedaliera, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della distribuzione della popolazione residente è stata fino ad oggi articolata in quattro distretti aventi sede a Morgex, Aosta, Châtillon e Donnas.

La natura monolitica dell'apparato di governance regionale in materia di sanità e salute (un Assessorato regionale, una sola Azienda USL, un unico Presidio ospedaliero) impedisce, di fatto, il prodursi di alcune dinamiche insite nel miglioramento della performance e che maturano nell'individuazione di benchmarking tra soggetti erogatori, oltre che porre in un rapporto di 1:1 il soggetto istituzionale preposto al governo con il soggetto preposto alla gestione.

Al fine poi di favorire la partecipazione degli Enti Locali alla politica socio sanitaria regionale, il Consiglio permanente degli Enti locali (CPEL) si esprime in merito alla proposta di Piano Attuativo Locale (PAL) redatto dall'Azienda USL, oltre che sull'attività e sui risultati da questa conseguiti, formula proposte all'Assessorato regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali riguardanti la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale ed esprime parere sulle proposte di legge regionale in materia sanitaria e socio sanitaria.

³⁸ Dopo la Legge n.833/1978 istitutiva del SSN, i decreti di riordino del 1992 (D.Lgs n.502) e 1993 (D.Lgs n.517) sanciscono la seconda Riforma del SSN che nel 1999, con la riforma Bindi, trova la Terza fase in cui si rafforza il potere delle Regioni e si introduce l'aziendalizzazione, in modo da garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurati dalle Regioni tramite le aziende sanitarie e la programmazione. Le unità sanitarie locali (USL) diventano aziende sanitarie con autonomia organizzativa (ASL).

³⁹ Legge regionale 8 giugno 1994, n. 24 (Trasformazione in Azienda regionale dell'Unità sanitaria locale della Valle d'Aosta: organi di gestione

In merito al sistema dei controlli, ai sensi del capo V della Legge regionale n.5/2000, la Regione esercita il controllo di conformità e di congruità rispetto all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e delle direttive regionali e statali vincolanti e all'utilizzo delle risorse assegnate sugli atti aziendali quali il bilancio preventivo economico annuale e su quello consuntivo, sull'atto aziendale e sul Piano Attuativo Locale. Il medesimo capo della legge regionale disciplina le modalità relative ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'Azienda USL mediante richiesta di informazioni, esibizioni di documenti, attività istruttoria o visite ispettive. La Regione non ha attivato, al momento, organismi indipendenti al fine di valutare l'attività e la performance del sistema sanitario regionale, come avviene in altre regioni.

PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E ADEGUAMENTO NORMATIVO REGIONALE

Per il governo della salute e per quello delle politiche sociali l'attuale impianto normativo regionale si presenta datato e frammentato rispetto ai principi della programmazione nazionale che, nonostante l'assenza di un Piano socio sanitario nazionale, ha agito ugualmente nel contesto della programmazione sanitaria con una successione di strumenti "pattizi" per i quali la Conferenza Stato Regioni ha rappresentato la sola sede di garanzia.

Da questa nuova modalità programmatica in ambito sanitario, che per altro ha comunque permesso di risolvere numerose questioni giuridiche legate all'esercizio della potestà parlamentare, sono scaturiti i vari Accordi, Intese e Patti per la Salute, fino ai recenti Decreti che, oramai, prescindendo dal finanziamento (nazionale o regionale) impongono regole, standard e criteri (fatta salva talvolta la clausola di salvaguardia per le Regioni a Statuto speciale), finalizzati a stabilire un (condivisibile) Sistema nazionale di garanzia sanitaria privo, però, della fonte programmatica principale, quale è stato fino al 2008 il Piano sanitario nazionale.

Ciò si è verificato specialmente riguardo a nodi strategici del Servizio Sanitario come l'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni e dei tempi di attesa, oppure la metodologia da adottare per una valutazione comune di processo e di esito in ambito ospedaliero (Programma Nazionale Esti - PNE). Questioni parzialmente risolte con l'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 - di revisione dei LEA approvati nel 2011 con medesimo decreto - e che solo in parte potrà risolvere il decreto interministeriale sul "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" che stabilisce come, indipendentemente dal soggetto istituzionale finanziatore del servizio sanitario, tutte le regioni (quindi anche quelle a Statuto speciale) siano chiamate a garantire prestazioni e percorsi diagnostico terapeutici sicuri ed efficaci, valutati sulla base di indicatori riconosciuti dalle comunità scientifiche di riferimento.

La Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, precedentemente citata, oltre ad essere antecedente all'introduzione del DPCM che istituisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) del 2001, e del successivo aggiornamento con DPCM 12 gennaio 2017, richiede, dopo molte modifiche, di essere riveduta nel suo complesso per supportare le nuove esigenze della programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale. È necessario infatti:

- articolare in due distretti l'assistenza extra ospedaliera, territoriale, anche in forma integrata socio sanitaria e sociale della Valle d'Aosta;
- riorganizzare il modello assistenziale secondo il principio della centralità della persona e di una più ampia valorizzazione dei sistemi integrati di assistenza, anche attivando modalità innovative di presa in carico, passando da un approccio "prestazionale" a una logica basata su interventi integrati, trasversali, multidisciplinari, coordinati e organizzati per obiettivi ;
- orientare il modello assistenziale alla pro attività degli interventi e alla medicina di iniziativa;
- individuare modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali, sanitarie, socio sanitarie e sociali, sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale;
- introdurre, nell'ambito della Direzione strategica dell'Azienda USL, la figura del direttore socio sanitario, in aggiunta al direttore amministrativo e al direttore sanitario, posto a capo dell'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria che, sostituendosi all'attuale Area territoriale, comprendendola, governi le strutture residenziali territoriali sanitarie e socio sanitarie, dia attuazione all'integrazione socio sanitaria ai sensi dell'art. 3 septies del decreto legislativo n.502/1992 e garantisca percorsi assistenziali integrati anche in materia di cronicità;
- garantire alle persone con bisogni complessi la presa in carico integrata coinvolgendo attori istituzionali e non istituzionali secondo modalità di regolazione delle interdipendenze reciproche;
- introdurre lo strumento del *budget* di salute come progetto personalizzato per i portatori di bisogni complessi e, in particolare, per la salute mentale;
- regolamentare le forme di partenariato pubblico con enti del Terzo Settore, ferma restando la titolarità pubblica della presa in carico integrata, l'organizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi, ai sensi dei recenti sviluppi della normativa nazionale⁴⁰;
- istituire strutture di assistenza intermedia;
- assegnare a un organismo indipendente di valutazione le funzioni di controllo dei processi e degli esiti della programmazione sanitaria e socio sanitaria attraverso la realizzazione e manutenzione di un cruscotto di indicatori, da sviluppare eventualmente in seno al *data warehouse* regionale, finalizzato alla valutazione interna e a quella stabilita dalla norma da parte degli enti nazionali.

In materia di politiche sociali, il decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300, recante la Riforma dell'organizzazione del Governo, prevedeva, all'art.46, c.1, lettera c), che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali svolgesse le funzioni di spettanza statale in materia di politiche sociali, con particolare riferimento ai principi e obiettivi della politica sociale; ai criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale; agli standard organizzativi delle strutture interessate; agli standard dei servizi sociali essenziali; ai criteri di ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali; alla politica di tutela abitativa a favore delle fasce sociali deboli ed emarginate; all'assistenza tecnica, a richiesta degli Enti locali e territoriali; ai requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali e per la relativa formazione.

L'unica legge quadro di settore, un anno dopo - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (Legge 8 novembre 2000, n.328) - nonostante il riconoscimento del merito di avere rappresentato la prima legge organica nazionale in materia di politiche sociali attraverso la definizione di beneficiari, erogatori, del ruolo regionale, degli Enti locali e del Terzo settore, ha determinato solo nel 2021⁴¹ il contenuto effettivo dei livelli essenziali delle prestazioni sociali

⁴⁰ Codice del Terzo settore (decreto legislativo n.117/2017) e decreto ministeriale n. 72/2021

⁴¹ Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali "Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023"

da riconoscere (LEPS), offrendo una risposta istituzionale all'esigenza di garantire un diritto all'assistenza sociale, uniforme su tutto il territorio nazionale, in conformità al principio di uguaglianza rispetto a un comune bisogno. Precedentemente infatti, il riparto di competenze tra Governo, Regioni ed Enti locali, definito dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2002 unito all'esiguità del Fondo nazionale per le politiche sociali aveva, di fatto, reso vano l'esercizio programmatico previsto dalla Legge n.328 di definire prestazioni omogenee sul territorio nazionale concernenti i diritti civili e sociali.

Solo di recente quindi, e anche a fronte di un aumento delle risorse dei fondi sociali nazionali stabilizzate nel bilancio dello Stato, i livelli essenziali sono stati definiti in norma primaria o nei documenti programmatici associati agli stessi fondi. Inoltre, il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà", è intervenuto in materia programmatica con l'articolo 21, istituendo, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale⁴² quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla Legge n. 328/2000, al fine di favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni e di definire linee guida per gli interventi. Il decreto legislativo n. 147/2017 ha affidato alla Rete una rinnovata progettualità programmatica, collegando i tre maggiori fondi sociali di cui anche la Regione autonoma Valle d'Aosta beneficia (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo povertà, Fondo per la non autosufficienza) ad altrettanti Piani, elaborati dalla stessa Rete, "di natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali":

- il Piano sociale nazionale;
- il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà;
- il Piano per la non autosufficienza.

I primi due Piani sono stati elaborati per il triennio 2018-2020, il terzo per il triennio 2019-2021, ma hanno trovato aggiornamento nel Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 istitutivo dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) rilasciato ad agosto 2021 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e a cui la Macro Area 4 del presente Piano fa riferimento.

Stante i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che costituiscono diritto esigibile a livello nazionale, come noto, la Valle d'Aosta, negli anni, si è dotata di ulteriori livelli di servizio o di estensioni della platea degli aventi diritto nell'accesso ai servizi e agli interventi sociali a vantaggio dei propri residenti. Per tale ragione, e al fine di formalizzare l'offerta complessiva degli interventi e servizi sociali in Valle d'Aosta, stabilendone i criteri di accesso, gli standard di servizio, l'ente erogatore, le fonti di finanziamento e le forme di compartecipazione alla spesa, il Piano prevede l'approvazione di uno specifico atto della Giunta regionale che garantisca in questo modo per i residenti su tutto il territorio regionale sia l'uniformità di risposta organizzata rispetto al bisogno, sia pari qualità di offerta e di servizio.

Obiettivo del presente Piano Regionale per la Salute e il Benessere sociale è pertanto l'aggiornamento delle norme e degli atti regionali di indirizzo sia in ambito sanitario, sia in ambito sociale al fine di renderli conformi alle nuove sfide che l'evoluzione dei bisogni e le evidenze maturate in questi ultimi anni hanno posto in risalto quali determinanti di alcune criticità che l'attuale assetto organizzativo e funzionale regionale dimostra di avere in termini di risposta efficace, efficiente ed equa.

⁴² Della Rete, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, fanno parte rappresentanti dell'autorità centrale (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, Ministero della salute, Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri), delle Regioni (un componente per ciascuna delle Giunte regionali e delle Province autonome, designato dal Presidente della Regione) dei Comuni (20 componenti designati dall'Associazione nazionale dei Comuni d'Italia - ANCI) e dell'INPS.

UNA NUOVA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI

La Legge regionale 15 maggio 2017, n. 6 stabilisce che i Comuni e le Unités des Communes valdôtaines, di cui all'articolo 8 della Legge regionale n.6/2014, hanno autonomia statutaria, normativa, organizzativa ed amministrativa; ad essi la citata normativa assegna specifiche funzioni anche in materia di servizi sociali e socio assistenziali.

La pandemia ha tuttavia reso ancora più evidenti, e urgenti rispetto alle possibili soluzioni condivise, le criticità di un sistema che necessita di superare le logiche fondate sulla definizione degli assetti di governance per individuare le modalità più efficaci di una programmazione congiunta capace di rispondere al bisogno con tempestività, equità e qualità conforme su tutto il territorio della regione. Per questa ragione è necessaria la revisione del sistema di funzionamento dei servizi sociali in Valle d'Aosta, anche attraverso la revisione della disciplina dell'esercizio associato di funzioni e servizi comunali di cui alla legge regionale 5 agosto 2014, n. 6. In tale ottica si ritiene opportuna la costituzione di una Cabina di Regia che definisca l'assetto organizzativo e gestionale dei servizi e degli interventi sociali, anche attraverso la creazione di un ente strumentale per la gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e socio-educativi, nonché la revisione delle funzioni del Piano di zona, sulla base di un apposito studio che verrà finanziato dalla Regione, tenuto conto della necessità di separare le funzioni programmatiche da quelle gestionali. Tale azione è ritenuta strategica dal presente Piano per rendere più efficienti ed efficaci le azioni pubbliche finalizzate alla realizzazione dei LEPS e all'accesso dei fondi statali ed europei.

Per le funzioni in ambito sociale di competenza degli enti locali, la Cabina di Regia sarà composta, con pari dignità, dai rappresentanti della Regione e degli Enti locali, e in base alle necessità, da soggetti a vario titolo coinvolti. Per le funzioni in ambito sociale di competenza regionale, la Cabina di Regia sarà composta dalla Regione e, in base alle necessità, da soggetti a vario titolo coinvolti, con particolare riferimento ai legittimi portatori di interessi, tra i quali gli enti del Terzo settore.

LA REVISIONE DELLE FUNZIONI DEL PIANO DI ZONA

Parallelamente alla modifica del dettato normativo, recante le funzioni di gestione dei servizi sociali attribuite ai Comuni e alle Unités des Communes valdôtaines come distinte da quelle di programmazione, è necessario intervenire anche relativamente alla norma con cui gli Enti locali territoriali partecipano alla programmazione regionale in ambito sociale, socio assistenziale e a quella integrata con la componente sanitaria.

Come già citato nella Macro area 4, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è la sede istituzionale nella quale, ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n.147/2017 l'attività di programmazione nazionale trova la sede formale, alla presenza di Ministeri, Regioni, Enti locali, Inps, Parti sociali, Terzo Settore, Utenti attraverso le loro

associazioni. La Rete si articola anche in una Cabina di regia che assicura il coordinamento complessivo dell'utilizzo dei fondi destinati ai servizi sociali del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), del PON Inclusion e dei fondi nazionali facenti capo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Una sede non sostitutiva alle specifiche sedi già previste dalle specifiche norme e dai regolamenti, bensì integrativa, finalizzata a rendere condivisi i contenuti dei progetti e coordinato l'utilizzo delle risorse disponibili, nell'ottica di assicurare la strutturalizzazione del sistema dei servizi sociali e la sostenibilità anche finanziaria nel tempo degli obiettivi concordati.

Come prescritto dall'articolo 21 del decreto legislativo n.147/2017, "Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli", nonché la partecipazione e consultazione degli *stakeholder*, "avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali".

Stante l'indicazione del Decreto e stante l'istituzione del Piano di Zona della Valle d'Aosta a partire dal 2007, con la conseguente struttura di *governance* e il ruolo da esso assunto nel tempo, è necessario operare un ripensamento di questo importante strumento di partecipazione alla programmazione da parte degli Enti locali in una logica di maggiore efficacia e trasversalità. Nel corso del 2020, e per tutto il 2021, ultima annualità del triennio di programmazione sociale 2019-2021 siglata con apposito Accordo di programma, il sistema territoriale dei servizi e degli interventi sociali è stato pesantemente coinvolto nella situazione di emergenza sanitaria provocata dalla pandemia Covid 19; la nuova programmazione sociale regionale per il triennio 2022-2025 dovrà partire da alcune evidenze e criticità emerse nella fase dell'emergenza, con la consapevolezza della necessità di ridefinire e di adattare i servizi e le prestazioni per garantire risposte appropriate ai nuovi bisogni, con particolare attenzione verso coloro che si trovano in condizione di fragilità.

A fronte di ciò il presente Piano ritiene che la programmazione per il periodo 2022-2025 debba investire maggiormente su progettualità orientate alla costruzione di servizi integrati e trasversali tra aree di *policy*, definendo risposte che partano concretamente da un approccio multidimensionale di risposta al bisogno, superando l'approccio settoriale e l'eccessiva parcellizzazione degli interventi.

Fermo restando l'ambito unico regionale per le azioni del Piano di Zona, è tuttavia necessario introdurre nella nuova programmazione una premialità incentrata su obiettivi di *policy* programmati e realizzati da Sub Ambiti territoriali appartenenti allo stesso Distretto socio sanitario, in sinergia con altri attori del territorio, istituzionali e non, le cui progettualità dovranno presentare caratteristiche di innovazione e trasversalità, mostrare una lettura integrata del bisogno e prevedere un percorso di valutazione ex post degli impatti. L'articolazione del criterio premiale e le modalità di erogazione delle relative risorse in ragione degli obiettivi raggiunti costituiranno parte integrante del nuovo Accordo di programma con gli Enti locali.

Nei prossimi anni, e maggiormente nell'immediato, la programmazione sociale sarà inevitabilmente condizionata dall'impatto che la pandemia ha generato sui sistemi locali e sulle comunità, sia sotto il profilo sanitario, sia sotto il profilo sociale più ampio, e questo avrà almeno due conseguenze. La

prima, di breve-medio periodo, riguarda la riorganizzazione e la programmazione dei servizi come risposta immediata alle ricadute sociali della pandemia; la seconda, di medio-lungo periodo, riguarda i cambiamenti che si attiveranno nella programmazione e nella costruzione del *welfare* locale nei prossimi anni in risposta ai nuovi bisogni e alle nuove fragilità.

Benché nel corso degli anni, e in particolare durante l'emergenza pandemica, si sia assistito a pregevoli tentativi di rafforzare la filiera dei servizi socio assistenziali mettendo a sistema un numero maggiore di attori territoriali in una logica di rete, la crisi innescata dal Covid 19 ha mostrato e amplificato la persistenza di problematiche che richiedono nuove soluzioni, riconducibili sia alla dimensione organizzativa (ruolo e struttura del Piano di Zona, collegamento con gli attori della rete e con la dimensione sanitaria, disponibilità di risorse economiche e umane, organizzazione delle competenze ecc.), sia a quella più propriamente legata ai servizi (lettura integrata del bisogno, presa in carico, programmazione ed erogazione del servizio, valutazione, ecc.).

La complessa situazione pandemica ha quindi, di fatto, disvelato difficoltà pregresse ma ha anche stimolato nuove sfide e nuovi obiettivi per il futuro, rivelando potenzialità non presenti fino a quel momento, fornendo una serie di dati utili per contribuire alla definizione di una nuova programmazione sociale. Queste evidenze invitano pertanto tutti gli attori coinvolti a considerare il periodo 2022-2025 come un passaggio strategico per gestire i cambiamenti a cui andrà incontro il sistema di *welfare* locale e regionale, evidenziando la necessità di porre ora le basi per un cambiamento che sarà, inevitabilmente, di medio e lungo periodo. Un cambiamento che deve configurarsi in risposta alle mutate condizioni sociali ed economiche, necessario e imprescindibile per affrontare il diverso contesto sociale che si creerà negli anni successivi alla pandemia. Questo momento rappresenta perciò una finestra di opportunità per disegnare il sistema di *welfare* del futuro, rivedendone obiettivi, strategie e modalità di programmazione e intervento. Una fase che si collega ad una di più lungo periodo, che sarà di cambiamento, e che concerne l'evoluzione dello strumento Piano di Zona.

Il presente Piano intende stimolare tutti i percorsi di coordinamento e di ricomposizione capaci di produrre risposte di sistema ai bisogni - vecchi e nuovi - anche, e soprattutto, adottando forme innovative di intervento che la pandemia ha efficacemente mostrato realizzabili e sostenibili nel tempo, attraversando trasversalmente l'intero territorio valdostano. È giudicato pertanto prioritario, e degno di premialità, ogni tentativo capace di rendere sistematica la cooperazione e il coordinamento tra Sub Ambiti, da un lato, per allargare e approfondire lo spettro di cooperazione tra gli attori territoriali e indurre a una sistematizzazione nella definizione di filiere integrate di servizi; e dall'altro, per rafforzare il coordinamento tra attori al fine di potenziare la concretizzazione dei percorsi di integrazione socio sanitaria. Il tutto, anche attraverso una revisione dell'attuale impianto normativo.

La programmazione sociale per il periodo 2022-2025 dovrà quindi investire su progettualità che costruiscano servizi integrati e trasversali tra aree di *policy*, definendo risposte che partano concretamente dall'ottica di una multidimensionalità del bisogno, superando un approccio settoriale e una eccessiva frammentazione degli interventi. Nell'ottica di consolidare questo cambio di paradigma per ciò che pertiene l'approccio alla programmazione sociale e socio sanitaria integrata, saranno individuate, e condivise, specifiche modalità di intervento e di accompagnamento che, al termine del periodo di validità del presente Piano, possano essere in grado di supportare il potenziamento della capacità di programmazione, progettazione e realizzazione dei territori.

INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

L'assistenza socio sanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari, socio sanitari e sociali per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche e prestazioni di natura socio assistenziale per aiutare nella vita quotidiana le persone con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione, che condizionano lo stato di salute; tra queste ultime si annovera l'aiuto nell'igiene personale e dell'ambiente domestico, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti.

Nel nuovo Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per i livelli essenziali di assistenza (LEA) (DPCM 12 gennaio 2017) vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui deve essere garantita l'assistenza socio sanitaria⁴³, ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali devono essere erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Come previsto nella Macro Area 2 del presente Piano, la programmazione individua sia dei luoghi fisici preposti all'integrazione dei servizi sanitari e sociali (le Case della Comunità), sia degli strumenti operativi, come la Centrale Operativa Territoriale (COT), preposta a garantire, soprattutto alle persone in condizioni di fragilità, non solo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ma a valorizzare tutte le risorse che sul territorio sono presenti e operano. Di queste risorse fanno parte tanto gli operatori sanitari (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati, infermieri di famiglia o di comunità, fisioterapisti) e sociali (assistenti sociali, operatori socio sanitari), quanto le strutture di assistenza intermedia (Ospedali di Comunità e residenze sanitarie e socio sanitarie).

Il presente Piano, nel ribadire quanto il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali concorrano congiuntamente, in forma strutturata, a garantire la risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona, dispone il superamento del modello di interazione basato sull'esercizio separato delle competenze nell'ambito delle rispettive organizzazioni e il riconoscimento dell'integrazione socio sanitaria quale formula organizzativa di produzione unitaria di salute e di benessere. Pertanto, coerentemente anche con quanto disposto dalla normativa nazionale⁴⁴, in coerenza con la disciplina in materia di livelli essenziali di assistenza, di cui al capo IV del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017⁴⁵, il sistema regionale dell'offerta assistenziale socio sanitaria è riqualificato attraverso la disposizione del presente Piano che istituisce una nuova Area dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, denominata Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria con a capo il direttore socio sanitario.

⁴³ Le categorie di cittadini sono: malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze); malati in fine vita; persone con disturbi mentali; minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neuro sviluppo; persone con dipendenze patologiche; persone con disabilità.

⁴⁴ Vedi art. 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e in coerenza con la disciplina statale in materia di livelli essenziali di assistenza di cui al capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

⁴⁵ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

L'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria aziendale ha come compito primario il garantire l'accesso unitario alla rete dei servizi socio sanitari organizzando, mediante l'integrazione sistematica e funzionale, i servizi e le risorse sanitarie con quelle sociali. In questo compito, e con tale finalità, l'Area per l'integrazione socio sanitaria aziendale è tenuta a realizzare modalità pro-attive di conoscenza e di presa in carico, oltre a migliorare e mantenere quanto più possibile lo stato di salute e benessere sociale, anche in presenza di malattia, come nel caso delle malattie croniche.

Il presente Piano dispone che il sistema regionale dei servizi sanitari e per la salute e quello dei servizi sociali, concorrano congiuntamente, e in forma strutturata, a garantire la risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona, realizzando il superamento del modello di interazione basato sull'esercizio separato delle competenze nell'ambito delle rispettive organizzazioni, nel riconoscimento dell'integrazione e dell'assistenza socio sanitaria quale formula organizzativa di produzione unitaria di salute e di benessere.

L'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria è preposta ad operare, in stretta collaborazione con il Dipartimento competente in materia di politiche sociali e con tutti i soggetti preposti, in particolare nei seguenti ambiti:

- Materno infantile;
- Vittime di violenza;
- Disabilità;
- Non autosufficienza;
- Patologie croniche e cronico-degenerative;
- Salute mentale e disturbi psichiatrici nei minori e negli adulti;
- Minori con disturbi del neuro sviluppo;
- Dipendenze patologiche;
- Detenuti;
- Persone senza fissa dimora;
- Patologie in fase terminale.

Il presente Piano dispone che le attività per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria, in particolare per la definizione della presa in carico integrata, siano definite con apposito atto della Giunta regionale, nei seguenti tre ambiti di integrazione:

- *Integrazione istituzionale*, contenente indicazioni per l'implementazione e lo sviluppo di strumenti giuridici di integrazione inseriti nella componente del piano relativa alla salute e agli interventi e servizi sociali;
- *Integrazione gestionale*, contenente specifici indirizzi per la gestione integrata di servizi riferiti ai diversi ambiti di integrazione;
- *Integrazione professionale*, che attiene specifiche indicazioni relative agli strumenti di raccordo interprofessionale nell'ambito dell'accesso, della valutazione e della continuità oltre che del monitoraggio.

In tale modo, il Piano intende definire un contesto istituzionale a supporto:

- dei processi di ricomposizione dell'integrazione delle risorse (dell'Azienda USL, della Regione, dei Comuni e delle famiglie);
- delle conoscenze (dati e informazioni sui bisogni, sulle risorse disponibili dell'offerta locale);
- degli interventi e servizi (costituzione di punti di riferimento integrati, di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati) in ambito socio assistenziale e socio sanitario.

I percorsi assistenziali integrati sono orientati all'inclusione sociale al fine di garantire, su base di uguaglianza, la piena ed effettiva partecipazione nella società delle persone con bisogni complessi e sono prioritariamente realizzati nei contesti naturali di vita delle persone, sulla base di progetti personalizzati che, nel rispetto della libertà di scelta della persona, dell'orientamento della famiglia e della rete di supporto familiare, valorizzano le dimensioni della domiciliarità e dell'abitare inclusivo, anche per contenere gli esiti di istituzionalizzazione e di residenzialità in struttura.

Il fabbisogno regionale di strutture residenziali, semiresidenziali e di altre modalità di erogazione dei servizi determinato, per il tramite della riorganizzazione di cui alla Macro area 2, per categorie di destinatari in relazione ai percorsi assistenziali integrati, è sottoposto alle competenze dirette dell'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria dell'Azienda USL relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali a valenza sanitaria e socio sanitaria, mentre, per le strutture residenziali e semiresidenziali a valenza socio assistenziale è necessario pervenire a una apposita convenzione tra l'Azienda USL e il sistema degli Enti locali.

Al fine di garantire il massimo grado di personalizzazione della risposta ai bisogni della persona e all'inclusione sociale, l'organizzazione dei servizi dedicati è riorientata, entro i percorsi assistenziali integrati, verso modelli che integrano i determinanti di salute e benessere. Detti modelli valorizzano la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza e, a tale fine, attivano, nella rete di cura e sostegno, le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore, quali fattori produttivi di mantenimento e sviluppo della salute.

RIORDINO DELL'OFFERTA RESIDENZIALE TERRITORIALE E GESTIONE DELLE STRUTTURE A VALENZA SOCIO ASSISTENZIALE

Nella Macro Area 2 il presente Piano dispone un riordino della rete delle strutture residenziali territoriali differenziando l'intero patrimonio strutturale e funzionale per livelli di intensità e includendo strutture innovative, quali gli Ospedali di Comunità (OdC), volti a completare e integrare, qualificandola, la rete attuale dei servizi per renderla conforme e appropriata rispetto ai bisogni espressi. Mentre per le strutture a valenza sanitaria e socio sanitaria il Piano prevede il coordinamento e la gestione in capo alla nuova Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria aziendale, è necessario che, anche per le strutture a valenza socio assistenziale o alberghiera, si pervenga alla definizione di standard di erogazione del servizio omogenei rispetto al bisogno su tutto il territorio, al rispetto dei quali collegare, attraverso l'individuazione di specifici indicatori, il trasferimento delle relative risorse finanziarie.

A tal fine, il Piano dispone che, sulla base di quanto disposto nella Macro Area 4, anche valorizzando le risorse del Terzo settore ove necessario, sia garantita una gestione delle strutture residenziali socio assistenziali da parte degli Enti locali, secondo un rapporto tra popolazione e posti, omogenea rispetto:

- alla determinazione di standard di servizio minimi conformi al bisogno;
- alla determinazione di standard di personale per le diverse qualifiche;
- ai criteri unici di contribuzione da parte degli ospiti;
- alla metodologia e alle procedure di rilevamento della soddisfazione dell'utente tra tutte le strutture.

LE POLITICHE DEL PERSONALE E LA VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

Le carenze di personale a livello sanitario e sociale costituiscono una criticità presente non solo a livello regionale.

In materia di politiche del personale in ambito sanitario, le logiche di valutazione della qualità clinica, incentrate principalmente sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle procedure, in particolare chirurgiche, determinano, per una regione con un bacino di utenza esiguo come quello della Valle d'Aosta, uno scarso valore attrattivo da parte dell'ospedale regionale e un minore interesse scientifico e professionale per gli specialisti ospedalieri a prestare la loro opera all'interno del servizio sanitario della Valle d'Aosta.

Un ulteriore elemento di rilievo ai fini dell'attrattività, oltre al dato afferente al volume delle prestazioni erogate e alla connessa numerosità delle casistiche, è la cosiddetta "sanità d'avanguardia", la quale vede la strutturazione di settori specialistici con tecnologie particolarmente avanzate, tali da rendere possibile la pratica di esperienze di eccellenza in specifici settori clinici. Anche in relazione a tale dimensione, l'ospedale regionale presenta oggi ancora notevoli margini di sviluppo.

A questi elementi se ne aggiungono poi ulteriori, sia di ordine nazionale, sia di ordine regionale, che limitano e di fatto rendono poco efficace il reclutamento di specialisti qualificati da impiegare presso le strutture valdostane.

Il sistema dei percorsi di presa in cura della persona sta subendo importanti modificazioni, anche a seguito della pandemia da Covid 19, che influenzano pesantemente le politiche del personale coinvolto nell'erogazione dei servizi; tali politiche devono prendere in considerazione molteplici fattori che, negli ultimi dieci anni, sono intervenuti a modificare il mondo sanitario, in continua evoluzione e trasformazione quali:

- l'aumento della complessità clinico-assistenziale e la conseguente complessità degli interventi per la presa in cura della persona, richiedenti modelli organizzativo-gestionali innovativi;
- la profonda trasformazione delle professioni sanitarie, sia in termini di ridefinizione dei contenuti professionali, sia in quanto coinvolte in modelli organizzativi che richiedono l'integrazione e la collaborazione tra diverse professionalità;
- l'invecchiamento dei professionisti sanitari a causa dell'allungamento della vita lavorativa degli stessi;
- la carenza di professionisti sanitari, soprattutto con riferimento ad alcune specializzazioni mediche, ad alcune figure del comparto sanitario, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, per una mancata programmazione nazionale;
- i vincoli normativi stringenti sull'orario di lavoro intervenuti dopo il 2016;
- i vincoli generali di spesa del personale stabiliti dalle norme e dalle indicazioni regionali;
- i contratti di lavoro poco dinamici rispetto alla valorizzazione del metodo e del risultato delle *performance* e poco concorrenziali rispetto ad altri paesi europei.

Le criticità del contesto organizzativo e normativo della politica sanitaria nazionale, che risente del tempo e che mostra l'esigenza di una riforma del sistema, si evidenziano anche trasversalmente attraverso un crescente disagio lavorativo in tutte le componenti dei professionisti sanitari; in particolare, nel

servizio sanitario pubblico di tutte le regioni si rileva una grave carenza di alcune figure di personale sanitario, soprattutto a causa di una mancata, o di una precaria programmazione formativa nazionale, che si è ulteriormente aggravata a seguito della crescita della domanda di questi professionisti da parte delle strutture nel periodo pandemico, e risulta ancora più grave e impattante in Valle d'Aosta.

Infatti, il servizio sanitario valdostano presenta delle peculiarità tali, sia con riferimento all'unico ospedale regionale e alla casistica ad esso collegata, sia ai presidi di assistenza sul territorio, da risultare poco attraente e stimolante per i professionisti, soprattutto di area medica, che si trovano a operare in un contesto che presenta un numero di casi clinici e di complessità non comparabile con altre realtà, come già ricordato, e avente poche possibilità di sviluppo di carriera professionale per le dimensioni delle strutture ivi operanti. La posizione di confine del territorio della regione facilita, inoltre, la fuga dei professionisti verso servizi sanitari più attraenti dal punto di vista sia clinico, sia economico, quali quello francese o svizzero⁴⁶.

In aggiunta, l'accesso al ruolo sanitario in Valle d'Aosta prevede una prova di accertamento della conoscenza della lingua francese che, sulla base dei dati storici, non risulta essere un particolare ostacolo per i medici che si presentano a sostenere le prove concorsuali, ma potrebbe costituire, eventualmente, un disincentivo alla decisione di partecipare ai concorsi stessi, anche se il peso di tale aspetto è poco valutabile in concreto.

Il Piano prevede di predisporre degli interventi urgenti e limitati nel tempo con riferimento alla prova di accertamento della lingua francese nell'ambito delle procedure concorsuali avviate dall'Azienda USL per perseguire una maggiore risposta ai bandi concorsuali da parte dei professionisti sanitari.

A salvaguardia del Servizio Sanitario Regionale, sempre più in emergenza a causa della carenza di professionisti, il Piano propone quindi di avviare un'attività di analisi e di valutazione per la definizione di una norma da presentare in sede di Commissione paritetica, prevista dall'articolo 48-bis dello Statuto speciale, per trasferire alla Regione autonoma Valle d'Aosta competenze in merito alla contrattazione collettiva del personale impiegato nel Servizio Sanitario Regionale. Si ritiene di attivare tale azione pur riconoscendone la complessità e comprendendo il problema sotteso, relativo alla sostenibilità finanziaria, in quanto è necessario utilizzare lo strumento contrattuale e le relative leve motivazionali per dare una risposta più puntuale e concreta alle problematiche peculiari del Servizio Sanitario Regionale che deve diventare più attrattivo, soprattutto considerando l'ambito territoriale regionale e le relative problematiche già enunciate.

Le risorse previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per rilanciare la sanità sono prevalentemente destinate a interventi di tipo strutturale ma, senza dubbio, questo determinerà una revisione dei modelli assistenziali soprattutto a livello territoriale, modificando i ruoli e le funzioni dei professionisti sanitari. Per far fronte a questo nuovo contesto sono necessarie politiche innovative, di formazione, di investimenti in tecnologia e in ricerca, di nuovi parametri salariali per i professionisti sanitari, in linea con gli altri Paesi europei.

⁴⁶ Dai dati dall'ultimo Conto annuale del Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) relativo al 2019, il 3,8% dei medici ospedalieri in Valle d'Aosta ha deciso di dare le dimissioni, o di licenziarsi dal posto di lavoro pubblico, prima di andare in pensione. Il dato ci pone al terzo posto dopo le Marche e il Veneto

Il Piano, pertanto, prevede la partecipazione ai tavoli politici nazionali e interregionali dei referenti regionali per concorrere alle decisioni presentando le istanze a salvaguardia del proprio Servizio Sanitario Regionale.

La Regione autonoma Valle d'Aosta, nel rispetto delle proprie competenze, ha già nel tempo attivato degli interventi per sostenere le competenze professionali degli operatori e la formazione del personale sanitario attraverso:

- la recente Legge regionale n. 11/2017 (Disposizioni in materia di formazione specialistica di medici, veterinari e odontoiatri e di laureati non medici di area sanitaria, nonché di formazione universitaria per le professioni sanitarie. Abrogazione delle leggi regionali 31 agosto 1991, n. 37, e 30 gennaio 1998, n. 6), che ha revisionato gli interventi regionali di sostegno e incentivazione per la formazione in ambito sanitario, attraverso il finanziamento di borse di studio presso le scuole di specializzazione di area non medica e di contratti aggiuntivi regionali presso le scuole di specializzazione per i medici, oltre che mediante l'istituzione di posti aggiuntivi regionali per le lauree triennali delle professioni sanitarie; con la medesima legge è stata anche istituita la borsa aggiuntiva regionale per i corsisti ammessi al corso triennale di formazione specifica in medicina generale;
- la prosecuzione del protocollo di collaborazione con l'Università di Torino, attraverso l'attivazione di un Corso di laurea in infermieristica ad Aosta che renda possibile la formazione di una media annua di circa 20/25 infermieri;
- la collaborazione con l'Università della Valle d'Aosta, che ha portato all'organizzazione, dal 2017 ad oggi, di tre corsi di formazione specificatamente rivolta ai direttori di struttura complessa e alla Direzione sanitaria;
- la programmazione e la regolamentazione regionale, ai sensi degli Accordi Stato-Regioni approvati a livello nazionale, nonché, la formazione continua in medicina (ECM).

Il Piano dispone di rendere maggiormente efficaci le azioni sopra rappresentate attraverso una valutazione di impatto sull'efficacia delle medesime e l'apporto di eventuali correttivi alle misure, sia negli aspetti programmatori, sia con riferimento alle risorse dedicate. In aggiunta, il Piano dispone di attivare, con la collaborazione dell'Azienda USL, ulteriori azioni finalizzate al recupero di professionisti sanitari. Si tratta, nello specifico, di:

- individuare politiche di gestione del personale sinergiche con quelle organizzative e produttive partendo dalla definizione di standard - unità di misura per una corretta valutazione sull'adeguatezza delle risorse impiegate rispetto all'attività richiesta e programmata che rappresentano valori tendenziali - necessari a garantire erogazione e qualità dei servizi, considerando sempre la centralità del paziente e del suo percorso di cura, e le migliori pratiche organizzative;
- proporre esperienze di eccellenza in alcuni ambiti di assistenza per incentivare l'arrivo di nuovi professionisti;
- pervenire, attraverso la collaborazione con una Facoltà di medicina e chirurgia di una Università italiana, alla clinicizzazione di alcune strutture complesse dell'ospedale regionale;
- investire in tecnologia sanitaria e in ricerca e innovazione;
- avviare un protocollo di collaborazione con le università del Piemonte o altre regioni, per l'attivazione di corsi di laurea in tecnici sanitari di radiologia medica e/o altre professioni sanitarie a seconda dei fabbisogni lavorativi;
- rispondere alla carenza di medici, che dovranno dedicarsi sempre più ad attività cliniche specifiche, attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi che lascino spazio al lavoro in *équipe* con altri operatori sanitari;

- revisionare, in termini innovativi, il sistema di valutazione del personale dipendente;
- revisionare il sistema di graduazione e relativa pesatura delle strutture aziendali e degli incarichi professionali, attraverso la definizione di requisiti e indicatori;
- attuare politiche di *age management* e politiche proattive e innovative di gestione del personale che considerino l'intero arco della vita lavorativa e tengano conto delle difficoltà e delle opportunità di un ambito lavorativo multigenerazionale;
- favorire i programmi di formazione continua dei professionisti sanitari per garantire l'aggiornamento costante delle conoscenze e delle competenze necessarie a rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario Regionale, in un contesto mutevole, e al proprio sviluppo professionale;
- favorire la formazione del management, sia sanitario che amministrativo;
- attuare interventi per promuovere il benessere organizzativo aziendale e la valorizzazione delle competenze degli operatori sanitari durante tutto il loro percorso lavorativo, valorizzando i punti di forza di ciascuno, costituendo un organismo specifico e specializzato che si occupi costantemente dei rapporti fra vertici aziendali e operatori sanitari, della rilevazione del clima organizzativo e della gestione e del miglioramento del benessere degli operatori sanitari di tutti i livelli;
- considerare la soddisfazione e la motivazione del personale quali fattori strategici che sviluppino il senso di appartenenza all'azienda influenzando i livelli di performance complessiva;
- costituire banche dati di registrazione/mappatura dei professionisti sanitari operanti/residenti in ambito regionale;
- predisporre azioni di sensibilizzazione degli studenti delle ultime classi delle scuole superiori per orientare le scelte verso le professioni sanitarie e mettere in atto collaborazioni con le Università e con l'Ordine dei medici della Valle d'Aosta per intercettare i laureati in medicina e chirurgia residenti in Valle d'Aosta per orientarli sulla scelta delle specialità dei contratti aggiuntivi regionali e gli specializzandi alla fine del percorso di studi per attrarli nel sistema sanitario regionale;
- promuovere l'immagine interna ed esterna dell'Azienda sanitaria, valorizzando e pubblicizzando le attività svolte in ospedale e sul territorio;
- sviluppare identità, senso di appartenenza e lealtà aziendali attraverso un governo della Direzione strategica forte e orientato a valorizzare le professionalità esistenti e a potenziare l'attrattività del sistema sanitario regionale verso tutti gli *stakeholder*;
- stipulare, da parte dell'Azienda USL, convenzioni con operatori del territorio di varie tipologie, per costruire un'offerta di beni e servizi agevolati a disposizione dei propri dipendenti.

L'impatto della pandemia da Covid 19 sul contesto organizzativo e professionale degli operatori sanitari ha causato un importante stress sia nei processi di lavoro sia nelle relazioni tra professionisti, aggiungendo criticità ad ambienti di lavoro già provati dalla carenza di professionisti. In tale situazione diventa fondamentale ristabilire un equilibrio negli ambienti lavorativi attivando delle azioni di benessere organizzativo e di calmieramento delle conflittualità, anche attraverso l'attivazione degli strumenti messi a disposizione dalla normativa quali il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, che l'Azienda USL ha ricostituito nel 2019, che, tra l'altro, annovera tra le sue funzioni il miglioramento dell'efficienza delle prestazioni collegate alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità e benessere organizzativo.

La problematica relativa alla carenza di personale investe anche tutta l'area della medicina convenzionata; in tutte le regioni italiane, così come in Valle d'Aosta, le Aziende sanitarie non riescono a dare copertura alle zone carenti dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, ma neanche ad assegnare gli incarichi ai medici di continuità assistenziale, così come agli specialisti

ambulatoriali. Ciò avviene soprattutto nei contesti disagiati e nelle zone montane dove prestare l'assistenza di prossimità al cittadino richiede un maggiore impegno professionale e un più grande dispendio di risorse. La carenza si manifesterà, con maggiore gravità, nei prossimi anni anche in Valle d'Aosta a seguito degli imminenti, numerosi, pensionamenti.

In attesa dell'incremento della disponibilità dei professionisti delle cure primarie, che potrà presumibilmente derivare dagli interventi che sono stati inseriti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) in tema di formazione, il Piano prevede, nell'ambito dell'attuazione della programmazione di cui alla Macro area 2, di percorrere delle soluzioni organizzative e incentivanti tali da fronteggiare tale carenza per garantire un'assistenza territoriale comunque adeguata e rispondente agli standard qualitativi da garantire. In tale ottica, la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale richiederà di adottare politiche di razionalizzazione e di efficientamento ma, nel contempo, sarà imprescindibile continuare a garantire i servizi in modo capillare sull'intero territorio regionale, pur nella consapevolezza che il Servizio Sanitario Regionale, fatto essenzialmente di "medicina di montagna", come più volte ricordato, dovrà, in questa sfida, scontare dei costi più elevati rispetto ad altre regioni.

È in atto nelle sedi politiche di confronto tra le Regioni un acceso dibattito sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e sul futuro delle cure primarie al fine di individuare delle soluzioni che rendano più sostenibili e rispondenti ai nuovi bisogni di salute le "regole del gioco". A fronte di ciò, il Piano prevede la partecipazione assidua e attiva al dibattito nazionale e ai tavoli interregionali dei rappresentanti regionali in modo da avanzare, in quelle sedi, delle soluzioni idonee alla specificità dei territori, quali quelli montani, che presentano peculiarità e criticità legate alle piccole dimensioni e alla bassa densità abitativa, anche al fine di salvaguardare le prerogative regionali.

In ambito sanitario l'attività di potenziamento e di ri-orientamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prevista dalla Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) non può prescindere dalla formazione permanente e dall'aggiornamento professionale dei propri operatori sanitari, che rappresenta, da sempre, una concreta leva per il cambiamento culturale e organizzativo e che deve vedere nei rapporti con le Università un canale privilegiato alla formazione sia di base, sia continua di tutti gli operatori.

La crisi pandemica ha evidenziato la difficoltà delle strutture socio sanitarie, e degli erogatori di servizi della salute, in genere di modificare velocemente il paradigma culturale e organizzativo di riferimento e di assumere e inserire, nei diversi ambiti, professionisti in possesso delle competenze necessarie in particolare per quanto riguarda alcuni aspetti della clinica, della digitalizzazione e dell'innovazione. Partendo dunque da questi presupposti, il PNRR, nella seconda parte della Componente 2, nell'ambito della "Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico", ha previsto un investimento su 5 anni suddiviso nei seguenti quattro ambiti:

1. incremento della formazione specifica per i medici di medicina generale (MMG);
2. formazione straordinaria nel campo delle infezioni ospedaliere;
3. corso di formazione per l'acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN;
4. finanziamento di 4.200 contratti complessivi nazionali di formazione specialistica.

Con attenzione alla formazione dei medici di medicina generale (MMG) è evidente quanto il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) riconosca il ruolo fondamentale e imprescindibile che essi svolgono nell'assistenza territoriale. In considerazione del bisogno di garantire 1 medico di assistenza primaria (MAP) a ogni persona con età maggiore di 14 anni, e tenuto conto dei medici della categoria

che matureranno l'età pensionabile nei prossimi anni, entro la fine del 2027 sarà necessario attivare a livello nazionale oltre 11.300 borse di studio per avere un numero di medici idoneo a soddisfare i bisogni di cura dei cittadini (1 MAP per 1.500 persone >14 anni = 34.609). Questo evidenzia la necessità di attivare percorsi di formazione post-laurea per medici di medicina generale garantendo un totale di 8.608 borse di studio nazionali. Da qui la misura presente nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che prevede, per i prossimi tre anni, il finanziamento di 900 borse di studio annue della durata dell'intero ciclo di formazione. Si tratta di borse di studio aggiuntive (complessivamente 2.700 in più) rispetto a quelle attualmente previste, garantendo così un numero di medici di medicina generale congruo, tale da soddisfare i modelli integrati di cura e assistenza multidimensionali e multiprofessionali, che è necessario che questa categoria metta a disposizione della popolazione.

Con attenzione alla formazione straordinaria nel campo delle infezioni ospedaliere, stante l'aumento esponenziale osservato negli ultimi anni in Italia e anche in Valle d'Aosta, il Ministero ha inteso porre l'accento su queste situazioni morbose che costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, inclusi naturalmente gli ospedali per acuti, nonché ambiti organizzativi come il *day-hospital/day-surgery*, oltre che le strutture di lungodegenza, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali territoriali. Queste infezioni hanno un impatto molto rilevante sulla salute, ed è altresì rilevante la dimensione economica di tale fenomeno in quanto provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per le persone assistite e le loro famiglie e, infine, un significativo aumento dell'indice di mortalità. L'obiettivo del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è quello di formare, entro la fine del 2024, e poi entro la metà del 2026, un contingente pari a circa il 60% di tutto il personale operante all'interno dei presidi ospedalieri italiani. L'investimento previsto è di circa 300 euro per singolo fruitore della formazione specifica dedicata.

Il corso di formazione per l'acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede l'attivazione di un percorso di formazione sia a figure che ricoprono ruoli di primo piano all'interno degli organismi del SSN stesso, sia a responsabili di divisioni macro-organizzative per un totale, a livello nazionale, di 4.500 persone. L'obiettivo è di trasferire loro le necessarie competenze manageriali, di sviluppo di modelli di leadership, nonché nella gestione delle risorse umane, per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e orientata ai risultati. L'investimento complessivo corrisponde a 4.000 euro per singolo percorso formativo.

Infine, allo scopo di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha finanziato ulteriori 4.200 contratti di formazione medica specialistica a livello nazionale. Si tratta di contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020. In questo modo, non solo si riduce il divario tra il numero di neolaureati in medicina e chirurgia e il numero di contratti di formazione specialistica finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale, ma si centra l'obiettivo di colmare il fabbisogno di medici specialisti, come recentemente indicato dall'Accordo approvato in Conferenza Stato-Regioni per la determinazione dei medici specialisti per il triennio accademico 2020-2023. L'intesa raggiunta prevede per l'anno accademico 2020-2021 un fabbisogno a livello nazionale di 13.507 medici specialisti, ripartiti tra le varie discipline.⁴⁷

⁴⁷ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2787676.pdf> Cfr. Accordo tra il Governo e le Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Determinazione del fabbisogno di medici specialisti da formare per il triennio accademico 2020/2023, ai sensi dell'articolo 35, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368".

Considerando che ogni borsa di studio ha una durata di 5 anni, e che il costo per i primi due anni è pari a 25.000 euro l'anno e 26.000 euro l'anno per i successivi tre, per soddisfare il fabbisogno dei medici specialisti, l'investimento previsto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) supera i 535 milioni di euro per l'intero ciclo di formazione. Tutti gli ambiti definiti in termini di formazione si pongono in un'ottica di apprendimento di nuove competenze (*reskilling*), oltre che di miglioramento di quelle esistenti, al fine di potere accedere a mansioni più avanzate (*upskilling*). L'adozione di un percorso binario di nuove e avanzate competenze sarà fondamentale per sostenere il processo di transizione multidimensionale auspicato, in un'ottica di massima integrazione delle competenze di tutti i professionisti sanitari coinvolti nei percorsi del "prendersi cura" delle persone assistite.

In materia di politiche del personale operante in ambito sociale, il recente Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 ha individuato quale elemento imprescindibile da riqualificare il Servizio sociale professionale, sia in termini quantitativi - ponendo lo standard di un operatore ogni 5.000 abitanti e, a tendere, uno ogni 4.000 abitanti - sia qualitativi, con adeguati percorsi di formazione e di crescita professionale. Questo, soprattutto a fronte di una generalizzata crescita della "domanda" sociale, innescata dal deterioramento delle condizioni di molti individui e famiglie, dalla richiesta di servizi di qualità maggiore e, non da ultimo, dalla scelta di associare all'introduzione di una misura nazionale di sostegno al reddito una esplicita presa in carico (sociale o lavorativa) delle persone in condizioni di povertà.

In effetti, negli ultimi anni, il servizio sociale professionale ha registrato una crisi, da un lato, per la riduzione del personale in seguito a intensi flussi di pensionamento non bilanciati da ingressi a seguito del blocco del *turnover*, dall'altro, dall'assommarsi di nuovi carichi di lavoro, molti dei quali indotti dalle politiche contro la povertà. È necessario, pertanto, adeguare gli strumenti normativi e di programmazione al nuovo contesto anche con attenzione al servizio sociale professionale, così come previsto nella Macro area 4. Infatti, se in teoria l'amministrazione dovrebbe avere il controllo e indirizzare il sistema dei servizi, troppo spesso è mancata, soprattutto negli ultimi dieci anni, un'effettiva capacità di guida. L'amministrazione pubblica troppo spesso non riesce a elaborare una visione unitaria e sistemica, finendo per inseguire istanze e visioni provenienti dall'esterno, a volte assolutamente degne e disinteressate, ma spesso specifiche e settoriali. Al contrario, invece, l'esperienza storica, anche recentissima come quella pandemica, dimostra come sia proprio la presenza di servizi pubblici adeguati e impegnati che consente lo sviluppo delle migliori esperienze di servizio e di protagonismo da parte di tutte le risorse presenti sul territorio, incluso il Terzo settore, attraverso le proficue interazioni messe in campo con il sistema dei servizi pubblici.

Con riferimento al personale in ambito socio sanitario e socio assistenziale, con particolare riferimento agli operatori socio sanitari (OSS), il Piano prevede che, anche a seguito dell'esperienza pandemica, si attivi un numero di percorsi formativi regionali di qualifica professionale tale da garantire nel tempo la copertura dei fabbisogni periodicamente aggiornati. Più in generale, in materia di formazione degli operatori, quali ad esempio gli assistenti personali, il Piano dispone che siano valutate nuove forme organizzative per la garanzia e la qualificazione dei percorsi formativi al fine di migliorarne, rispetto all'attuale, l'efficacia e l'efficienza di questo ambito assistenziale.

LE RETI PER L'ASSISTENZA E LE RETI DI COLLABORAZIONE

Già nella Macro Area 3, dedicata all'assistenza ospedaliera e, precedentemente, nella Macro Area 2, dedicata all'assistenza territoriale, si è volutamente posto l'accento sulla necessità di pensare alle cure non semplicemente come sommatoria di interventi ad opera di distinti ambiti, ma in una logica di sistema a rete, interconnessa, intra ed extra regionale. La riduzione della frammentarietà degli interventi non è infatti questione solamente organizzativa e funzionale, ma chiama in causa gli esiti delle cure e il diverso approccio che è richiesto per esse, ponendo la persona e il fabbisogno di salute al centro del sistema. È un concetto presente a livello nazionale già da diversi anni nelle linee di indirizzo specifiche⁴⁸ e nei principali documenti programmatori nazionali – si pensi solo al Piano nazionale per la cronicità - che certamente fatica a imporsi e a convertire un servizio sanitario spesso autoreferenziale nelle sue logiche erogative e poco organizzato, invece, sui beneficiari dei servizi resi.

Programmare un sistema regionale per la salute e le cure in una logica a rete comporta la valutazione dei fabbisogni di servizi sia in termini quantitativi, sia qualitativi.

A livello extra regionale i limiti che un territorio come la Valle d'Aosta, con un esiguo bacino di utenza, pone in termini di investimenti, di qualità e di sicurezza assistenziale possono essere superati, o quanto meno contrastati, solo ponendo le strutture e gli operatori sanitari regionali in un contesto più ampio di reti professionali e di assistenza qualificate a livello nazionale. È un'indicazione già delineata nel decreto ministeriale n.70/2015, quando introduce il concetto di Reti cliniche e di Reti tempo dipendenti, ma deve caratterizzare ogni comunità scientifica e professionale che intenda offrire una risposta assistenziale qualificata.

Esperienze qualificanti e virtuose di reti extra regionali sono già presenti in Valle d'Aosta da molti anni e hanno assicurato qualità clinica assistenziale secondo criteri di evidenza scientifica e il posizionamento dei servizi regionali all'interno di un contesto più ampio, fatto di ricerca, sviluppo e relazioni internazionali. Si pensi, in modo particolare, all'eccellenza della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, alla Rete Sangue, alla Rete per le malattie rare e alla Rete per i Trapianti. Esperienze che devono essere mantenute e di cui il Piano auspica il potenziamento in termini di sperimentazione di *équipe* miste, di partecipazione a programmi di ricerche scientifiche, anche a valenza traslazionale⁴⁹, di cui il Servizio Sanitario Regionale può trarre importanti benefici.

A livello intra regionale, invece, le reti per l'assistenza costituiscono una modalità essenziale per rispondere al bisogno in termini quantitativi - demandando anche a soggetti privati accreditati la quota di fabbisogno integrativo che le strutture pubbliche non riescono a soddisfare oppure per il contenimento delle liste di attesa - sia in termini qualitativi, di percorso di cura condiviso, che travalica i limiti strutturali degli ambiti professionali di appartenenza (ad esempio quello ospedaliero) – come l'esperienza dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) insegna – per integrarsi con servizi e professionisti del territorio sia di ambito sanitario, sia sociale ove richiesto.

⁴⁸ Vedi "Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti in terapia anti trombotica" Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2010.

⁴⁹ La ricerca traslazionale ha come obiettivo la trasformazione dei risultati ottenuti dalla ricerca di base in applicazioni cliniche (*from bench to top besides*), al fine di migliorare ed implementare i metodi di prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie umane.

Le logiche di un sistema a rete per le cure devono assumere una rilevanza ordinaria, perché strategica, nei processi di progettazione degli interventi al fine di conformarli alla massima efficacia ed efficienza e ciò in uno scenario dove, salvo particolari complicitanze, il primo luogo di cura per il paziente cronico è il domicilio, per cui è doveroso orientarsi verso una logica secondo la quale non è più l’assistito a spostarsi verso i singoli servizi, ma è la rete dei servizi che, in modo organizzato, integrato, trasversale, multidimensionale e personalizzato, si approssima al paziente.

Porsi all’interno di reti qualificate è infatti un obiettivo che dovrebbe orientare l’azione di tutti gli ambiti di una azione di governo e, per quanto attiene il presente Piano, riveste un valore strategico e un obiettivo di programmazione tanto in materia di sanità e salute, quanto in materia di politiche sociali. L’autoreferenzialità dei modelli operativi, delle prassi e delle logiche di valutazione è spesso l’ostacolo più insidioso a un percorso di sviluppo e di crescita culturale e professionale.

Oltre alle reti per l’assistenza sono necessarie delle Reti di collaborazione, attraverso il ruolo svolto dalle Università, dagli Istituti di ricerca, dalle Agenzie e dagli Enti nazionali. Le reti di collaborazione sono infatti necessarie per garantire il miglioramento continuo delle forme di assistenza alla popolazione, dei modelli organizzativi e funzionali e per qualificare la formazione degli operatori a tutti i livelli.

La Valle d’Aosta, stante l’esiguità del suo territorio e della popolazione residente può persino convertire da potenziale limite a opportunità la sua caratteristica morfologica e demografica costituendosi, presso gli Istituti di ricerca, le Agenzie e gli Enti nazionali, quale laboratorio privilegiato di esperienze e di studi. Il recente progetto di genomica⁵⁰ per la Valle d’Aosta ne è un prestigioso esempio ma, parimenti, è possibile sperimentare modelli organizzativi sui servizi o qualsiasi altra forma di esperienza che dal ridotto bacino di utenza possa trarre un vantaggio sperimentale.

Il presente Piano indica quindi come obiettivo strategico l’implementazione di ogni iniziativa utile a creare Reti di collaborazione su interventi e azioni di sistema, capaci di perdurare nel tempo, mantenendo la competenza acquisita nel corso della collaborazione e diventando parte del patrimonio stesso del sistema regionale delle cure e del benessere sociale. Sono quindi obiettivi specifici di queste Reti di collaborazione:

- la formazione di base e avanzata di tutto il personale del servizio sanitario, socio sanitario e sociale regionale;
- la ricerca di base, quella clinica, traslazionale⁵¹, epidemiologica e organizzativa anche innovativa rispetto alle tematiche e alle risorse in uso;

⁵⁰ “5000 genomi per la Valle d’Aosta” È un’iniziativa scientifica che ha permesso la costruzione di un nuovo Centro di ricerca il quale sarà dedicato alla Medicina Personalizzata, Preventiva e Predittiva delle malattie del neurosviluppo, neurodegenerative ed oncologiche. Il Progetto 5000genomi@VdA è frutto del lavoro del consorzio di ricerca guidato dall’IIT - Istituto Italiano di Tecnologia e composto dall’Università della Valle D’Aosta, la A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, la Fondazione Clément Fillietroz-ONLUS Osservatorio Astronomico della Regione autonoma Valle d’Aosta e Engineering D.HUB. È supportato dalla Regione VdA con fondi strutturali dell’Unione Europea (FESR e FSE). “5000genomi@VdA” ha permesso la costruzione del Centro di ricerca dedicato alla Medicina Personalizzata, Preventiva e Predittiva (il CMP3VdA) con una superficie di più di 450mq di laboratori suddivisi nei due dipartimenti di Genomica Medica e di Genomica Computazionale. Una volta integrato con il sistema sanitario regionale, il CMP3VdA permetterà di realizzare un migliore accesso alla diagnosi e alle terapie personalizzate attraverso lo studio approfondito del DNA di ogni singolo paziente. I big data genomici verranno affiancati da quelli relativi alla storia clinica e allo stile di vita grazie a specifici software di intelligenza artificiale e di machine learning. L’obiettivo è di sequenziare circa 1000 genomi all’anno per 5 anni di pazienti affetti da malattie del neurosviluppo, neurodegenerative e oncologiche, in stretta collaborazione con l’Ospedale regionale “Umberto Parini” di Aosta e la AUSL.

⁵¹ La ricerca traslazionale ha come obiettivo la trasformazione dei risultati ottenuti dalla ricerca di base in applicazioni cliniche (*from bench to top besides*), al fine di migliorare ed implementare i metodi di prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie umane.

- le attività assistenziali da garantire e sviluppare in relazione ai fabbisogni regionali anche attraverso modelli innovativi e sperimentali;
- la promozione di ogni forma di innovazione che possa influire sullo sviluppo e la crescita della Valle d’Aosta e del suo patrimonio sociale economico e produttivo;
- la condivisione di prospettive e collaborazioni internazionali favorite dalla collocazione di confine della Regione Valle d’Aosta.

Con attenzione al progetto di genomica “CMP 3 VDA” sopra citato, finalizzato alla creazione e allo sviluppo, nel territorio regionale, di un centro di ricerca dedicato alla medicina personalizzata, preventiva e predittiva, sono stati messi a disposizione circa 15 milioni di euro nel 2017 per promuovere la salute mediante la ricerca nell’ambito delle scienze omiche⁵² con ricadute sulla prevenzione e le terapie personalizzate, con particolare riferimento ad alcune malattie neurodegenerative, del neurosviluppo e oncologiche.

Il progetto, che ha come capofila l’Istituto Italiano di tecnologia (IIT) di Genova, è iniziato nel dicembre 2019 e avrà validità fino al dicembre 2024. Le proposte progettuali hanno come obiettivo la ricerca clinica riguardante le scienze omiche; in particolare, è prevista l’inclusione nello studio di 5000 pazienti affetti da patologie neoplastiche (tumore del polmone e della mammella), demenze degenerative (malattia di Alzheimer), disturbi del movimento (malattia di Parkinson), disturbi del neurosviluppo (patologie dello spettro autistico), pazienti in attesa di trapianto d’organo. A questi pazienti sarà proposta l’inclusione nello studio e, dopo accettazione e firma di consenso informato, il sequenziamento dell’intero genoma, in modo da valutare la presenza di mutazioni specifiche con possibili correlazioni alle patologie di base. Nel caso delle malattie oncologiche l’attuale pratica clinica prevede già l’utilizzo delle scienze omiche nelle terapie personalizzate. Lo studio permetterà quindi di aumentare il numero di geni studiati e, di conseguenza, le possibilità terapeutiche anche con l’utilizzo di farmaci innovativi. Analogamente, lo studio permetterà l’identificazione di mutazioni causative di patologie d’organo in pazienti con indicazione a trapianto.

Riguardo alle malattie neurodegenerative e del neurosviluppo, i dati clinici e genomici ricavati potranno essere utilizzati in ricerca applicata, insieme a dati di altri studi internazionali, al fine di aumentare le conoscenze sulle basi genomiche di queste malattie neurologiche ad alto impatto sociale.

Per tutte le patologie oggetto degli studi vi sarà la possibilità di organizzare, o partecipare, a trial clinici e farmacologici, contribuendo a pubblicazioni scientifiche internazionali.

Una linea di ricerca a sé riguarderà la selezione di pazienti sani per il sequenziamento del genoma delle persone residenti in Valle d’Aosta. Ciò permetterà di utilizzare questo campione come popolazione sana di riferimento rispetto ai pazienti inclusi negli altri 4 studi.

Il progetto prevede anche un’importante parte formativa, che ha come scopo l’aumento delle conoscenze per le discipline omiche da parte dei dipendenti del nostro sistema sanitario regionale, in collaborazione con l’Università della Valle d’Aosta e l’Università di Torino.

⁵² Si definiscono scienze omiche quelle discipline che utilizzano tecnologie di analisi che consentono la produzione di informazioni (dati), in numero molto elevato e nello stesso intervallo di tempo, utili per la descrizione e l’interpretazione del sistema biologico studiato

La pandemia da Sars Cov 2 ha purtroppo rallentato tutte le azioni inerenti il progetto a causa non solo del coinvolgimento del personale medico nell'assistenza dedicata ai pazienti affetti da Covid 19, ma anche delle difficoltà amministrative.

Quattro dei 5 progetti hanno ultimato l'iter di approvazione da parte del comitato etico regionale. Nel contempo, il Centro di Genomica ha ultimato l'iter di autorizzazione.

Nel periodo di validità del presente Piano sarà sequenziato il genoma a circa 4000 valdostani, sani o affetti dalle patologie sopra menzionate. Ciò permetterà un aumento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche messe al servizio del cittadino, nonché un aumento del livello clinico e scientifico della sanità regionale.

Il progetto concorrerà indubbiamente anche a un aumento dell'attrattività scientifica e professionale del nostro sistema sanitario per personale medico e paramedico interessato alla genomica e alle sue applicazioni clinico-diagnostiche.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

La qualità e l'appropriatezza degli interventi sanitari sono assicurate anche attraverso il miglioramento continuo delle cure, favorendo, in tutti gli operatori sanitari, il senso di responsabilità, la crescita e lo sviluppo delle competenze professionali con atteggiamenti pro-attivi nei confronti della prevenzione degli eventi avversi e dei rischi.

In base al dettato della Legge n.24/2017⁵³, la gestione del rischio clinico si configura come un complesso sistema integrato di azioni e attività messe in atto, con criteri metodologici omogenei e condivisi, per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dal servizio sanitario e la sicurezza sia dei pazienti, sia degli operatori.

La gestione dell'epidemia Covid 19 ha posto ancora di più al centro dell'attenzione la risposta clinico organizzativa delle organizzazioni sanitarie e le azioni svolte dai vari soggetti interessati, mettendo in luce anche la necessità di fare evolvere i modelli di governo dei rischi, dei meccanismi di comunicazione e di coordinamento dei processi operativi e, in questo ambito, si è inserito anche il dibattito sulla funzione di gestione del rischio sanitario.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 aveva già previsto che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) e ha anche precisato i compiti che tale funzione deve svolgere:

- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del "quasi-errore" e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva, attiva e passiva;

⁵³ Legge 1 aprile 2017 n.24, (nota come Legge Gelli Bianco) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

La normativa vigente (legge di stabilità 2016 e Legge n.24/2017) fa riferimento a un ruolo di coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario che risulta coerente con il carattere stesso della sicurezza delle cure, in quanto trasversale a quasi tutti gli ambiti presenti nelle organizzazioni sanitarie. La funzione di gestione del rischio sanitario dovrebbe pertanto svolgere un ruolo di armonizzazione dei vari settori attraverso *board* aziendali in cui sono rappresentati tutti i soggetti e gli ambiti interessati al tema della sicurezza, avvalendosi anche del supporto della rete dei referenti per la gestione del rischio sanitario di Struttura/Dipartimento. Per l'esercizio di tale ruolo è di certo necessario un forte mandato da parte dei vertici aziendali. In questo contesto, la funzione potrà essere di supporto alla Direzione aziendale per la formulazione di strategie volte a promuovere la sicurezza dei pazienti, la definizione di obiettivi e linee di intervento, la pianificazione e la verifica delle attività di prevenzione e gestione del rischio.

La normativa attribuisce poi alla funzione di gestione del rischio sanitario un ruolo di rilievo rispetto al tema della misurazione e monitoraggio della sicurezza, attraverso l'individuazione delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure e il supporto alla Direzione strategica nel processo di acquisizione e integrazione dei dati derivanti da tali fonti, al fine della conoscenza e della descrizione del livello di sicurezza. La mappatura e l'individuazione dei rischi rappresenta, infatti, la base necessaria per contribuire alla formulazione di strategie volte a promuovere la sicurezza dei pazienti e definire le priorità d'intervento e i programmi di miglioramento.

Tra i compiti precipui della funzione vi è quella della promozione e diffusione della cultura della sicurezza, dell'applicazione degli strumenti e dei metodi per la gestione del rischio e della implementazione e del monitoraggio delle raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti. Un altro ambito importante della funzione è quello della risposta a eventi sentinella/incidenti clinici maggiori (che prevede il coinvolgimento dei professionisti, l'analisi delle cause e il contributo alla definizione delle eventuali azioni di miglioramento).

Proprio la prospettiva del miglioramento sembra essere una caratteristica comune della funzione di gestione del rischio, specie attraverso il monitoraggio dell'implementazione delle azioni correttive individuate a seguito di incidenti e che possono essere in carico a diversi soggetti/strutture all'interno dell'organizzazione sanitaria.

La normativa attribuisce alla funzione un ruolo rispetto alla promozione dell'appropriatezza attraverso la rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici, circoscrivendolo agli specifici aspetti che possono incidere sulla sicurezza assistenziale. Vengono annoverati, tra le attività della funzione, anche quelle relative alla proposta di pianificazione trasversale delle attività informative e formative in tema di sicurezza delle cure e di gestione del rischio sanitario.

Il Piano dispone quindi che la Direzione aziendale promuova l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra la funzione di gestione del rischio sanitario e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, gestione qualità e accreditamento, sicurezza del

sangue, governo clinico e appropriatezza delle cure, ecc.) e i referenti aziendali per la valutazione e gestione dei sinistri, anche al fine di assicurare la disponibilità di flussi informativi sul contenzioso utili per azioni di miglioramento e per valutazioni relative agli aspetti assicurativi.

Va data, inoltre, particolare attenzione anche ai rapporti con i cittadini sulle tematiche relative alla sicurezza delle cure, attraverso la relazione con i loro organismi di rappresentanza.

L'Azienda USL, nel 2017, ha individuato, tramite il proprio Atto costitutivo, una specifica funzione, incardinata in una struttura di staff alla direzione strategica, con il compito di prevenire, gestire e monitorare il rischio clinico aziendale, in collaborazione con il SITRA (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale). I referenti aziendali che hanno preso in carico tale funzione sono anche presenti sui tavoli interregionali che affrontano i temi di attuazione della Legge n. 24/2017 attraverso la predisposizione degli atti conseguenti la sua applicazione.

Al momento, tuttavia, si tratta di un sistema prevalentemente di tipo reattivo, in quanto la struttura aziendale si attiva principalmente sulla base di segnalazioni e richieste di intervento da parte degli operatori sanitari, che utilizza strumenti quali l'Incident reporting e l'Audit sulla sicurezza. La programmazione aziendale ha però già previsto di sviluppare ulteriormente nei prossimi anni il sistema aziendale del rischio clinico identificando i seguenti obiettivi:

- migliorare la qualità delle segnalazioni;
- individuare gli eventi a maggior indice di rischio al fine di identificare le aree necessitanti di interventi preventivi/correttivi in via prioritaria;
- revisionare le linee operative aziendali relative alle segnalazioni;
- aggiornare i sistemi informativi aziendali in uso;
- revisionare la mappatura dei rischi sia dell'area ospedaliera che di quella territoriale;
- organizzare attività formative per gli operatori.

Uno degli elementi innovativi della Legge n.24/2017 è rappresentato dall'istituzione in ogni Regione del Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che si colloca nell'ambito di una "rete regionale", e che riunisce i coordinatori dell'attività di gestione del rischio sanitario di tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie.

A tal fine, il presente Piano dispone che entro dodici mesi dalla sua approvazione sia individuato, mediante opportuno atto della Giunta regionale, anche in Valle d'Aosta, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, come previsto all'articolo 2 della sopra citata legge, con scopo di mappare il rischio delle strutture e di creare specifiche linee di indirizzo per prevenirlo e gestirlo, anche attraverso la formazione del personale sanitario.

Questo obiettivo può realizzarsi solo attraverso il coinvolgimento attivo di una specifica rete di referenti aziendali e una attività, in linea peraltro con gli adempimenti istituzionali, volta a identificare le aree di maggiore rischio nel contesto sanitario regionale e disporre la successiva programmazione di azioni progettuali a breve e medio-lungo termine con le relative strategie di miglioramento. Si tratta di un'attività di cui la pandemia da Covid 19 ha già creato i presupposti operativi in occasione della formalizzazione dei protocolli di contrasto al contagio da Sars Cov 2 nelle strutture residenziali per anziani sul territorio.

LA GOVERNANCE DELLE INFORMAZIONI PER IL CITTADINO

La digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale è una parte fondamentale della strategia europea per responsabilizzare i cittadini e costruire società in salute. Tra le priorità poste in essere dalla Commissione europea vi è la trasformazione digitale dei dati sanitari in un sistema unico digitale e ciò, non solo per porre il cittadino al centro di questo sistema, garantendogli accesso e condivisione dei propri dati ovunque nei Paesi dell'UE, ma anche per favorire la promozione della ricerca, della prevenzione delle malattie, dell'assistenza sanitaria personalizzata e dell'accessibilità degli strumenti digitali, per un'assistenza centrata sulla persona.

Purtroppo l'Italia nell'indice di digitalizzazione dell'economia e della società è 25ma su 28 Paesi, con uno score di 9 punti inferiore alla media europea. Per tale ragione il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è presente con un investimento specifico finalizzato a imprimere un profondo cambio di passo nelle infrastrutture tecnologiche esistenti che trattano dati sanitari. L'investimento del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede:

- da un lato, il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari;
- dall'altro il rafforzamento del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) cioè dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e per la programmazione sanitaria.

Per il potenziamento del FSE il Piano individua come obiettivi ogni azione richiesta a sostegno delle priorità poste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che sono:

- l'accesso sicuro ai cittadini ai propri dati sanitari anche oltre confine consentendo loro l'accesso ai servizi sanitari di tutti i Paesi europei;
- la medicina personalizzata attraverso un'infrastruttura di dati europea condivisa;
- l'*empowerment* dei cittadini con strumenti digitali che consentano, ad ogni persona, di prendersi cura della propria salute, favorire la prevenzione attiva e responsabile e consentire il *feedback* e l'interazione operativa tra cittadini e operatori del SSR.

L'investimento posto in essere dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sul potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), che il Piano sostiene attraverso le proprie azioni, intende realizzarne il completamento, l'evoluzione e la diffusione più ampia di questo strumento affinché possa diventare:

- un punto di accesso per le persone in salute e i pazienti per la fruizione di tutti i servizi del SSR;
- una base di dati per i professionisti sanitari, contenente informazioni cliniche omogenee e inclusive dell'intera storia clinica della persona assistita;
- uno strumento per la Regione e per l'Azienda USL di utilizzo di informazioni cliniche sottoposte a valorizzazione attraverso l'analisi epidemiologica al fine di migliorare l'offerta e le stesse prestazioni del SSR.

Con attenzione, invece, al potenziamento della capacità di raccolta, analisi e diffusione dei dati, è necessario sfruttare il potenziale che in questa fase congiunturale, attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), può essere creato da sviluppi senza precedenti nelle tecnologie digitali per introdurre innovazione nella salute e nell'assistenza, aumentando l'accessibilità e la disponibilità di

un'assistenza sanitaria di qualità. Per farlo, è stata predisposta una precisa linea di finanziamento per l'evoluzione e l'ammodernamento del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), capace di garantire la digitalizzazione e l'interoperabilità dei dati.

Inoltre, il presente Piano dedica attenzione specifica alla necessità di acquisire competenze regionali in materia di implementazione, manutenzione e valorizzazione delle basi dati, perché è ormai diffusa la valutazione dei servizi sanitari regionali non solo a livello nazionale (PNE, Nuovo Sistema di Garanzia, ecc...), ma anche di singoli cittadini attraverso il neo costituito Portale della Trasparenza dei Servizi Sanitari regionali sul sito del Ministero della salute, che è stato creato per fornire al cittadino informazioni utili per la fruizione dei servizi in ambito sanitario, di facile accesso, semplici, chiare, univoche e di qualità, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale. Il sito presenta contenuti che valorizzano e integrano le informazioni già detenute dal Ministero della salute con quelle provenienti dalle Regioni, dalle Province autonome e dagli altri enti e operatori dei Servizi sanitari regionali.

Il Presente Piano valuta fondamentale promuovere la digitalizzazione e l'interoperabilità dei dati sanitari e il potenziamento dei sistemi informativi sanitari per la creazione e l'utilizzo dei dati sanitari nativi digitali a supporto sia dell'attività clinica, sia della ricerca e del governo del sistema sanitario. Disporre di soluzioni digitali in grado di integrare i processi di cura e assistenza, oltre a supportare la vicinanza e la comunicazione con i cittadini e i pazienti, diventa un fattore competitivo fondamentale per il settore sanitario nella fase di post emergenza, in particolare, per poter supportare il processo di rafforzamento e omogeneizzazione dei servizi su tutto il territorio nazionale, regionale e locale.

Attraverso sistemi informativi gestionali più efficaci, che utilizzano le più moderne tecniche di analisi dei dati, anche di tipo predittivo, è possibile migliorare profondamente la capacità di programmazione dei servizi di assistenza sanitaria in modo da renderli performanti rispetto ai bisogni della popolazione e con l'evolversi della sua struttura demografica e del conseguente trend epidemiologico.

A livello di *governance* l'esperienza pandemica ha mostrato l'importanza di disporre e di elaborare grandi quantità di dati, sanitari e non, in tempo reale, e ciò, sia in fase emergenziale, ma anche, e soprattutto, in fase post pandemica, al fine di supportare il monitoraggio continuo e tempestivo del Servizio Sanitario Regionale e lo sviluppo di modelli previsionali per una programmazione sanitaria d'avanguardia, quali, ad esempio, quelli incentrati sulla stratificazione della popolazione in base ai bisogni assistenziali e sul correlato utilizzo di servizi e prestazioni particolarmente elevato nei soggetti con cronicità. Tutto ciò permetterà di agire in anticipo su eventuali fenomeni che potrebbero non soltanto minacciare la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale nel medio e lungo termine, ma anche condurre a una crisi sanitaria che colpirebbe soprattutto le persone più fragili per salute e condizione economica.

VALUTARE PER DECIDERE

Collegato ai precedenti assunti, l'obiettivo del presente Piano espresso in questa sezione è quello di costruire le basi per una solida conoscenza e competenza nella valutazione dei dati di interesse regionale in senso ampio e ciò sia attraverso percorsi formativi, sia attraverso il potenziamento e lo

sviluppo dei sistemi informativi a supporto della gestione dei dati e del governo delle informazioni. La valutazione presuppone la conoscenza e questa non può che fondarsi su raccolte sistematiche e permanenti di dati e di indicatori condivisi ai diversi livelli decisionali e monitorati al fine di supportare le soluzioni ai problemi. Esiste, tuttavia, una differenza tra un «problema sociale», il quale nasce dalla distanza tra la realtà osservata e una situazione ideale definita in base ad un giudizio morale, e un «problema politico», cioè un problema sociale entrato nell'agenda politica. Potenzialmente ci sono infiniti problemi sociali, ma solo alcuni si impongono sulla competizione e diventano problemi politici. Tipicamente, la vita dei problemi sociali è articolata in quattro fasi: la definizione del problema; la sua legittimazione popolare; la sua istituzionalizzazione; la sua dissoluzione. E in ognuna di queste fasi l'evidenza statistica gioca ormai un ruolo fondamentale nel contribuire a dare evidenza statistica ai problemi sociali e, in questo modo, a formare una conoscenza e una competenza in materia di valutazione. È oggetto di attenzione di questo Piano discernere quali dei problemi sociali, descrivibili statisticamente, debbano elevarsi a problemi politici di interesse per la collettività, a cui le istituzioni sono preposte a trovare soluzione. Diventano pertanto obiettivi del Piano:

- la creazione di reti di competenza specifica in ambito epidemiologico e sociale;
- l'individuazione a livello regionale delle professionalità necessarie a partecipare alla rete sottoponendole a percorsi formativi dedicati e finalizzati ad acquisire e mantenere professionalità locali;
- la manutenzione, in forma permanente e qualificata, dei sistemi informativi alla base del lavoro di valorizzazione della rete specifica;
- la ricerca di collaborazioni presso le comunità scientifiche di riferimento e presso le istituzioni universitarie, al fine di consolidare, progressivamente, i meccanismi logici che portano dal dato all'informazione e dall'informazione alla valutazione come acquisizione necessaria per le decisioni.

Per decidere insieme e in modo condiviso è necessario però che l'informazione, anche su dati comunemente definiti tecnici, venga portata all'esterno delle istituzioni che la producono, venga sintetizzata e facilitata nei linguaggi di provenienza per creare negli operatori, nei cittadini e negli amministratori una conoscenza il più diffusa possibile a supporto di decisioni condivise e responsabili. Per questo obiettivo il Piano valuta come strategica la comunicazione intesa non come attività estemporanea e occasionale, ma come competenza istituzionale in capo alle amministrazioni pubbliche.

In materia di analisi epidemiologica la diffusione pandemica del virus Sars Cov 2 ha evidenziato l'importanza di una valutazione rapida dei dati critici per la gestione della sanità pubblica, ma ha anche reso evidente che una valorizzazione epidemiologica dei dati deve costituirsi quale attività stabile della governance del sistema sanitario.

La Legge regionale 13 luglio 2020, n. 8, con l'art. 98 ("Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali. Modificazioni alla LR 5/2000") e con l'art.100 ("Sorveglianza epidemiologica dell'Azienda USL. Modificazioni alla LR 5/2000") ha creato le premesse per una nuova e rinnovata rete epidemiologica regionale. Il comma 2 dell'art. 5 della Legge regionale n.5/2000, come sostituito dall'art. 98 della suddetta legge, stabilisce, in particolare, che l'organizzazione della rete epidemiologica regionale sarà oggetto di un apposito atto della Giunta regionale.

Il presente Piano valuta come azione strategica per la *governance* regionale in materia di sanità e salute che, per un *policy-making* informato e basato su evidenze, si proceda all'istituzione della rete epidemiologica regionale attraverso un atto che garantisca, attraverso l'assegnazione di specifiche risorse tecnologiche e professionali qualificate, il funzionamento efficace di tutti i nodi costitutivi della rete stessa. A questo riguardo il Piano dispone che i servizi di epidemiologia svolgano funzioni di staff alla governance assolvendo alle seguenti funzioni:

- fornire elementi di conoscenza e di valutazione sui bisogni di salute e di assistenza della popolazione a chi, a diverso titolo, deve compiere delle scelte di politica sanitaria e di tutela della salute della popolazione regionale;
- rendere le decisioni e le scelte di programmazione sanitaria regionale più efficaci, trasparenti e pertinenti ai bisogni della popolazione.

In quanto strutture di staff alla *governance*, i nodi della rete devono ricevere da questa i bisogni conoscitivi a cui dare risposte nei tempi e nei modi che la committenza valuta pertinenti e adeguati alle proprie finalità, siano essi problemi relativi allo stato di salute della popolazione o di un suo sottogruppo, o problemi di accesso ai servizi, o di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità ed equità degli stessi.

Poiché nell'esperienza di molte reti regionali di epidemiologia un limite rilevante del proprio funzionamento è costituito dalla capacità di elaborare quesiti da parte della committenza e di rispondere in modo adeguato da parte dei servizi, il presente Piano dispone l'istituzione di un organismo (denominato Gruppo di coordinamento epidemiologico regionale) a cui sia demandata la definizione delle linee programmatiche della Rete epidemiologica regionale (i bisogni conoscitivi istituzionali), il coordinamento delle attività e la convocazione delle riunioni. La composizione del Gruppo di coordinamento deve rappresentare tutte le strutture, regionali e aziendali, che sono rilevanti per la messa a disposizione e la valorizzazione dei dati a supporto delle decisioni e al Gruppo è anche demandato il compito di redigere, all'indirizzo della Giunta regionale, il programma operativo annuale della rete epidemiologica regionale (POA_Epi). Il programma operativo deve riservare attenzione almeno alle seguenti sezioni:

- *Sistema informativo sanitario*, per lo sviluppo, la manutenzione e la messa a disposizione dei flussi sanitari attivati o in via di attivazione (cause di morte, scheda di dimissione ospedaliera SDO, specialistica ambulatoriale, pronto soccorso, distribuzione diretta dei farmaci, certificato di assistenza al parto CedAp, screening oncologici, Programma nazionale esiti (PNE));
- *Sistemi di sorveglianza e registri di patologia* inclusi, tra gli altri, i sistemi di sorveglianza Passi, Okkio alla Salute e Hbsc e le relative linee guida per la qualità dei dati e analisi condotte a livello regionale;
- *Relazione sanitaria*, contenente la descrizione periodica dello stato di salute della popolazione attraverso l'analisi di un insieme consolidato di indicatori per ambito di indagine (mortalità, morbosità da ricovero ospedaliero, percezione stato salute, prevenzione, uso dei servizi...ecc);
- *dati on line*, ovvero i dati derivanti dalle precedenti sezioni e che implementano il corredo degli indicatori del Portale Data Warehouse (DWH) regionale, disponibile on line sul sito web della Regione autonoma Valle d'Aosta all'indirizzo www.regione.vda.it/statistica/portale_i.aspx.

LA COMUNICAZIONE SCIENTIFICA ISTITUZIONALE

Consequente all'obiettivo precedente, che vede collegata conoscenza, valutazione e decisione come principio auspicabile tanto a livello istituzionale, quanto a livello individuale nelle scelte per la propria salute e benessere sociale, il tema di una comunicazione istituzionale come elemento strategico per orientare alla salute e al benessere sociale la collettività diventa un obiettivo del presente Piano, considerata anche l'esperienza prodottasi durante la pandemia da Covid 19.

Nel distinguere il concetto di rischio da quello di pericolo, ogni persona percepisce un «rischio», quando un potenziale pericolo/danno, prossimo o futuro, dipende da sue decisioni. La nozione di «comunicazione del rischio» si riferisce quindi ad un processo sociale attraverso il quale le persone acquisiscono conoscenza dei pericoli e, in base a ciò, organizzano il loro comportamento.

Ecco quindi che una comunicazione del rischio competente diventa cruciale nell'offrire a ogni persona la conoscenza necessaria a valutare e, liberamente, ma responsabilmente, decidere sulla propria persona e, talvolta, anche in rapporto con gli altri.

Gli esperti chiamati ad accertare e valutare i rischi definiscono questi ultimi in termini di procedure e linguaggi scientifici; essi tendono a considerare la natura del danno potenziale, la probabilità che l'evento dannoso si verifichi, il numero di persone coinvolte, ecc. Al contrario, gli individui sottoposti al rischio, e il pubblico in generale, sono assai meno interessati alla probabilità oggettiva dell'evento dannoso e molto più preoccupati della dimensione del rischio e dei suoi attributi qualitativi, nonché della questione di una sua equa distribuzione.

La società deve riuscire a gestire la tensione comunicativa, lo strappo linguistico che si crea tra questi due livelli: la mediazione di un livello politico assume una rilevanza nevralgica in questo processo. Entrambi i linguaggi sono necessari ed ineliminabili. Allo stesso tempo, le forti differenze tra di essi generano serie barriere al dialogo e alla comunicazione cooperativa.

Una buona «comunicazione del rischio» consiste proprio nella rottura delle barriere percettive e nella facilitazione di un fecondo scambio di informazioni tra il livello tecnico e quello percettivo individuale, al fine di evitare una deriva comunicativa e conseguenze collettive. Sviluppare messaggi accurati e completi è uno degli aspetti più complessi della comunicazione del rischio. La progettazione di una comunicazione efficace deve muovere necessariamente dalla consapevolezza della diversità degli individui; ciascuno condizionato dalle proprie esperienze e dalle proprie conoscenze. Si tratta, dunque, di costruire un insieme di messaggi capaci di arrivare ai molti livelli e di costituire quadri di riferimento immediati e credibili per ognuno.

Particolare attenzione, inoltre, dovrà essere accordata all'immagine di chi procede alla effettiva diffusione del messaggio. I livelli istituzionali preposti non hanno spesso, oggettivamente, la possibilità di controllare efficacemente tutte le variabili in gioco; anche per questo è necessaria una cooperazione con il sistema dell'informazione e dei media.

A seguito dell'esperienza pandemica il Piano pone particolare evidenza al fatto che la salute pubblica deve essere tutelata non solo, e non esclusivamente, nel senso della riduzione oggettiva dei rischi,

ma anche e soprattutto attraverso la sua promozione da un punto di vista comunicativo ed emotivo. Non è sufficiente cioè che i cittadini siano oggettivamente «al sicuro», ma occorre anche che essi si «sentano» al sicuro. Ciò implica situazioni eticamente sostenibili tali per cui la comunicazione del rischio assume il valore di uno strumento di democrazia partecipativa efficace, ma anche trasparente nelle conoscenze disponibili. Anche quando, come nel corso della pandemia, esistano tecniche e metodi per sviluppare una migliore comunicazione d'emergenza, è necessario che questa non prescinda dalla predisposizione di un clima di fiducia, dal consolidamento di un'immagine autorevole della fonte emittente quale spesso è l'istituzione pubblica.

Comunicare correttamente il rischio implica pertanto un'azione molto più complessa di quella orientata semplicemente a diffondere in maniera chiara dati – per quanto esatti – e indicare rimedi: si tratta di creare un clima di fiducia. Ciò è possibile solo attraverso la costruzione di un'immagine di autorevolezza delle Istituzioni, che richiede l'intervento delle varie agenzie di socializzazione e formazione e periodi lunghi di tempo. La comunicazione del rischio, specie in situazioni di emergenza, al di là della sua adeguatezza tecnica, ha elevate possibilità di successo solo se si colloca all'interno di una cultura del rispetto, della cooperazione e della sicurezza che può essere costruita solamente con accorte e specifiche politiche di medio e lungo periodo.

In sintesi, il Piano intende qualificare, anche attraverso la valorizzazione di strutture e competenze pubbliche appositamente preposte, le diverse forme della comunicazione in materia di salute e di benessere sociale, specie quando queste attengono la comunicazione dei rischi. Al fine di pervenire progressivamente a questo obiettivo istituzionale le criticità fondamentali, da esaminare e superare, per progettare una efficace comunicazione del rischio sono:

- problemi strutturali: relativi alla posizione dei vari attori nel processo comunicativo rispetto all'evento (potenzialmente) dannoso;
- problemi di tipo tecnico-operativo: attinenti all'individuazione dei riceventi e dei canali comunicativi, alla ricerca e alla minimizzazione delle fonti di “rumore”, alla progettazione e all'implementazione di procedure di verifica del *feed-back*, alle valutazioni sull'entropia, la ridondanza, ecc.;
- problemi di ordine linguistico e semantico: afferenti alla complessità dei processi creativi dei messaggi e dei significati; questi ultimi devono considerare il problema della distorsione interpretativa in fase di lettura da parte dei riceventi, dovute alle asimmetrie linguistiche e percettive e alla particolare situazione emotiva, nonché alle diverse conoscenze ed esperienze pregresse;
- problemi di natura etico-deontologica: attinenti alle varie e complesse questioni legate al diritto all'informazione corretta, alla libertà di stampa e alle perturbazioni che possono scaturire dalle disfunzioni del sistema mediatico;
- problemi di carattere etnico e culturale: relativi al fatto di dover considerare i differenti gradi di istruzione, di scolarizzazione, i diversi stili di vita, le diverse culture delle popolazioni riceventi, dato il notevole grado di eterogeneità etnica di molti contesti sociali;
- problemi di natura politica: attinenti allo studio delle dinamiche con cui le organizzazioni preposte a gestire le situazioni di pericolo trattano le questioni relative al rischio interno connesso con l'evento dannoso;
- problemi formativi: legati alle politiche di lungo periodo volte a delineare il ruolo delle varie agenzie formative nella costruzione della «cultura della sicurezza» e di un ambiente di cooperazione, fiducia e autorevolezza istituzionale.

IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SALUTE E BENESSERE SOCIALE

Spesa sanitaria corrente

La spesa sanitaria pubblica pro capite italiana resta tra le più basse dei Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). Per il periodo 2011-2019, inoltre, il suo tasso medio composto annuo di incremento risulta pari solo allo 0,3%. Sempre a livello nazionale, il rapporto spesa pubblica/PIL è rimasto pressoché stabile tra il 2018-2019, attestandosi al 6,42%.

Su base regionale, nel corso del 2019, confermando un trend pluridecennale, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Valle d'Aosta è superiore a quella media nazionale di 133 euro a persona (2.037 vs 1.904) ed è la quarta più alta a livello nazionale, ma se si analizza l'intero periodo dal 2011 al 2019, mentre a livello medio nazionale la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta del 2,6% in Valle d'Aosta si è ridotta di quasi il 9% (8,9), con un tasso medio composto annuo negativo di 1,2% a fronte di un tasso medio annuo positivo di 0,3% a livello nazionale.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, i dati disponibili utili al confronto nazionale si riferiscono al 2018. In Valle d'Aosta questa spesa è la più alta a livello nazionale ed eccede del 65% il valore medio nazionale. In altre parole, rispetto ad un cittadino medio italiano, ogni valdostano spende privatamente circa 411 euro di più in un anno (1.040 vs 629). Si tratta di un indicatore dalla duplice interpretazione: da un lato, una popolazione con un reddito medio più elevato di quello medio nazionale ha una propensione generale alla spesa più elevata su tutti i beni e servizi (inclusi quelli riguardanti la salute); dall'altro la necessità di sopperire con risorse proprie potrebbe indicare una non adeguatezza del servizio sanitario pubblico a coprire l'intero fabbisogno regionale anche se, come sappiamo, sulla natura del fabbisogno incidono quote non marginali di inappropriatezza delle richieste.

Di fatto però la spesa pro capite privata anche a livello italiano segna un trend crescente nel periodo 2011-2018, passando da 560 euro a 629 euro, con un ritmo in aumento dell'1,7% annuo. In Valle d'Aosta, nello stesso periodo, la spesa pro capite privata è passata da 990 euro a 1.040 euro con un ritmo annuo inferiore a quello medio nazionale, pari allo 0,7%, segno di una contrazione di questa voce di spesa per le famiglie e i singoli cittadini valdostani.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a confermare distanze interregionali molto ampie (dal 4,9% della Lombardia al 10,5% della Calabria, con il 5,24% della Valle d'Aosta) e prevalentemente attribuibili al denominatore, ribadisce la forte differenziazione nel mix tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. Si tratta di un indicatore grezzo, i cui valori vanno letti con molta accortezza per i limiti insiti sia nel numeratore sia nel denominatore. In particolare, il numeratore, tra gli altri, non tiene conto della diversa numerosità e composizione della popolazione tra le regioni, da cui conseguono diversi bisogni assistenziali. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia “sommersa”, con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni.

Di seguito la tabella⁵⁴ mostra la spesa sanitaria regionale a confronto con il valore medio nazionale per l'ultimo anno disponibile, sia in merito alla spesa sanitaria pubblica corrente, in relazione al PIL, sia in merito alla spesa sanitaria privata pro capite. Il dato, per ovvie ragioni, è contestualizzato fino alla fase pre-pandemica del 2019.

SPESA SANITARIA PUBBLICA Anno 2019 e Trend 2011-2019	Valle d'Aosta	ITALIA	Valle d'Aosta	ITALIA
	2019		2011-2019	
Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL	5,24 %	6,42 %		
Spesa sanitaria pubblica pro capite in Euro	2.037	1.904	-8,9 %	2,6 %

SPESA SANITARIA PRIVATA Anno 2018 e Tasso medio annuo 2011-2018	Valle d'Aosta	ITALIA	Valle d'Aosta	ITALIA
	2018		2011-2018	
Spesa sanitaria privata pro capite in Euro	1.040	629	0,7 %	1,7 %

La Regione autonoma Valle d'Aosta è caratterizzata dalla presenza di un'unica azienda sanitaria sul proprio territorio regionale. Ai sensi della Legge 23 dicembre 1994, n. 724, articolo 34, comma 3, la Regione provvede al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale nel rispettivo territorio, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. Tale autofinanziamento è confermato dalla Legge regionale 25 gennaio 2000, n.5, art. 1, e dalla Legge regionale 7 dicembre 2009, n. 46 (Nuova disciplina dell'assetto contabile, gestionale e di controllo dell'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta (Azienda USL). Abrogazione della Legge regionale 16 luglio 1996, n. 19), dove, all'articolo 1 è stabilito che le risorse disponibili per il finanziamento dell'Azienda USL sono determinate annualmente dalla Regione con legge finanziaria e assegnate annualmente dalla Giunta regionale, tenuto conto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e di quanto previsto dall'articolo 6 della sopra citata Legge regionale n.5/2000.

Quest'ultima legge stabilisce, all'art. 44, che la Giunta regionale, nell'esercizio dell'attività di vigilanza diretta alla salvaguardia dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità della gestione dell'Azienda USL, esercita il controllo di conformità e di congruità, rispetto alla programmazione sanitaria regionale, alle direttive regionali e statali vincolanti e alle risorse assegnate, sui seguenti atti dell'Azienda USL: bilancio preventivo economico annuale, bilancio di esercizio, atto aziendale e piano attuativo locale. Inoltre l'art. 45 disciplina in merito al controllo sull'organizzazione, sull'attività e sulla gestione dell'Azienda USL.

⁵⁴ Rapporto Osservasalute, 2021_Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane_Università Cattolica Sacro Cuore -Roma

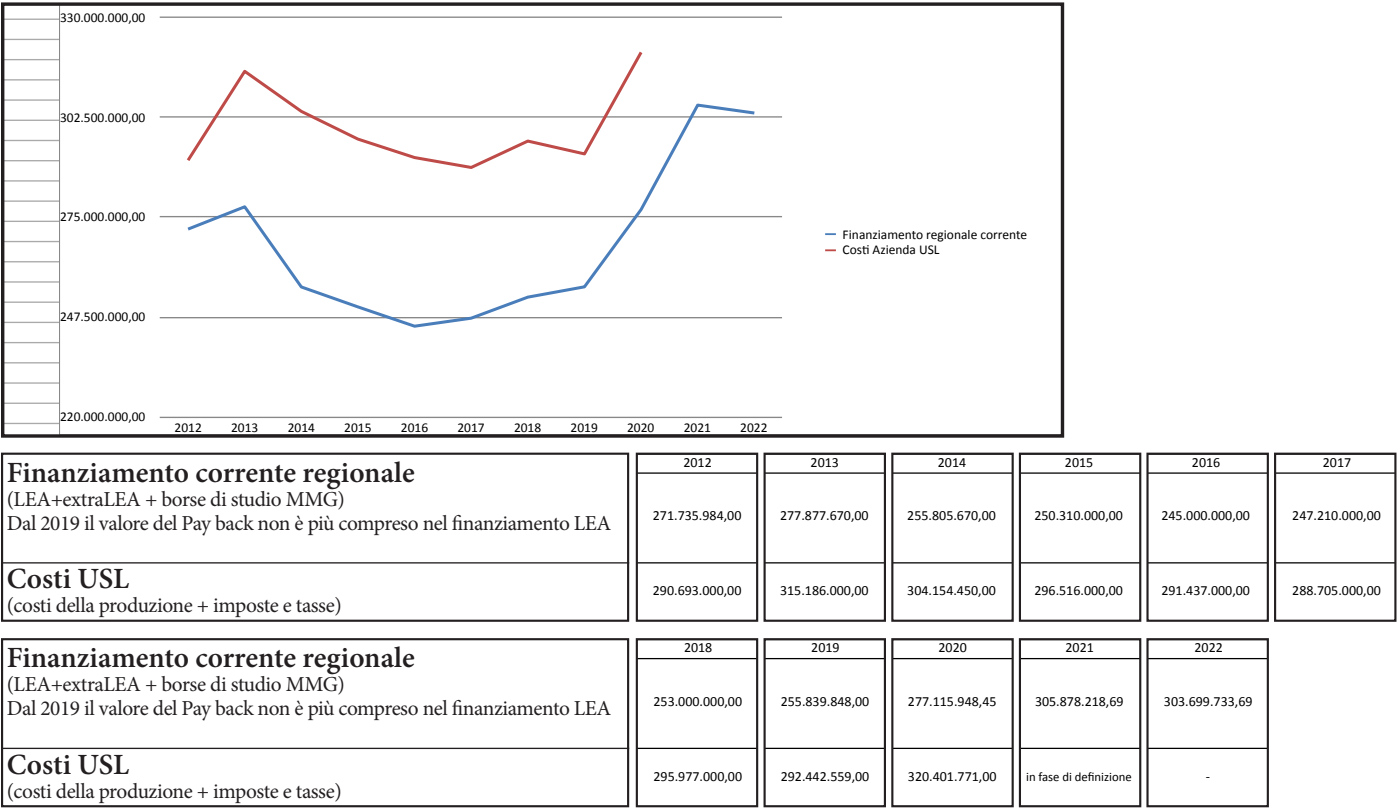
Occorre evidenziare che, a seguito dell'emanazione del decreto legislativo n. 118/2011, la Regione, ai sensi del comma 5 dell'art. 14 della Legge regionale 21 novembre 2012, n. 31 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste. Legge finanziaria per gli anni 2013/2015. Modificazioni di leggi regionali), ha disposto che, a decorrere dall'anno 2013, gli oneri per la mobilità sanitaria sono sostenuti dall'Azienda USL che vi provvede con le risorse trasferite nell'ambito del finanziamento ordinario corrente, ferma restando la competenza regionale nella gestione del sistema. Successivamente la Giunta regionale, con deliberazione 1° febbraio 2013, n. 116, ha stabilito che la Regione, a decorrere dall'anno 2013, non esercita la scelta di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio Servizio Sanitario Regionale e, pertanto, non essendo tenuta ad attivare una gestione sanitaria accentrata finalizzata alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale, tratta le sole operazioni di consolidamento dei conti sanitari dell'Azienda USL ed effettua, a valere sui capitoli di spesa del Servizio Sanitario Regionale, le operazioni di mero trasferimento delle somme all'Azienda medesima, come previsto dall'art. 23 del decreto legislativo n. 118/2011.

Questa scelta contabile ha portato a un aumento delle risorse trasferite all'Azienda USL che, a partire dal 2013, ha ricevuto dalla Regione la somma necessaria al pagamento al Ministero del saldo della mobilità sanitaria, in aggiunta al consueto trasferimento necessario allo svolgimento delle attività per l'erogazione dei LEA. Come si può vedere dai dati contenuti nella tabella seguente, per tale motivo, tra il 2012 e il 2013 il finanziamento a favore dell'Azienda USL è cresciuto di oltre sei milioni di euro.

La tabella seguente e il grafico mostrano il trend dell'ammontare del finanziamento regionale (in base ai dati dei bilanci di previsione) e dei costi dell'Azienda USL. I costi dell'Azienda sono sempre superiori al finanziamento regionale di circa 50 milioni di euro e tale gap è coperto dai ricavi propri dell'Azienda USL, che comprendono, tra l'altro, i ricavi per attività intramoenia e le compartecipazioni dei cittadini alla spesa sanitaria (*ticket*).

I due andamenti si rispecchiano tra loro in quasi tutto il periodo analizzato. Entrambe le grandezze crescono tra il 2012 e il 2013, per effetto del sopra esposto cambio di gestione contabile della mobilità sanitaria. Tra il 2014 e il 2016 tutte le due voci analizzate subiscono delle riduzioni. Nel 2017 il finanziamento regionale inizia ad avere un incremento, il quale si ripeterà anche negli anni successivi. Nel medesimo anno, al contrario, i costi dell'Azienda USL continuano a diminuire; essi poi aumentano nel 2018 per poi diminuire nel 2019 e tornare a risalire sul 2020, per effetto dell'emergenza da Covid 19. Nel 2021 si registra un aumento del finanziamento corrente regionale di oltre euro 28 milioni rispetto al 2020 in quanto da un lato c'è stato un incremento del finanziamento regionale per l'emergenza Covid 19 (da euro 14,2 milioni del 2020 a euro 23,1 milioni del 2021) e da altro lato c'è stato un incremento del finanziamento della mobilità sanitaria. In merito a quest'ultimo finanziamento si deve precisare che, a partire dal 2021, ai fini di adeguare le registrazioni contabili ai principi della contabilità armonizzata di cui al decreto legislativo n.118/2011, l'importo del finanziamento deve coprire l'intera mobilità passiva, mentre in precedenza copriva solo il saldo tra la mobilità passiva e quella attiva. Nel 2022 il finanziamento decresce di euro 2 milioni rispetto al finanziamento assestato dell'anno precedente nel quale era stato necessario integrare il finanziamento relativo alla mobilità sanitaria.

Nella tabella e nel grafico che seguono non sono inseriti i costi del 2021 e del 2022 , in quanto sono ancora in fase di definizione.



Per quanto riguarda il 2020, occorre aggiungere che il finanziamento dei LEA (finanziamento LEA e mobilità) è stato, in base ai dati consuntivi, pari a euro 256.484.439,45. A tale importo si devono aggiungere il finanziamento regionale per emergenza Covid 19, di cui alla Legge regionale n. 8/2020 e alla Legge regionale n.10/2020, pari a euro 14.237.981, e i finanziamenti statali per l'emergenza Covid 19, di cui ai decreti legge n. 18/2020, n. 34/2020 e n. 104/2020, per un totale di 10.025.039 euro. Nel 2020 le risorse destinate al finanziamento dei LEA sono state superiori di euro 22.717.778,45 rispetto al finanziamento previsto per il Fondo sanitario nazionale (FSN), pari a euro 233.766.661, pertanto la Regione ha finanziato con risorse proprie il 9,72% in più di quanto sarebbe stato finanziato dallo Stato. Per il 2019 la Regione aveva destinato al finanziamento dei LEA maggiori risorse pari a euro 22.404.752 (pari all'8,90% in più) rispetto al finanziamento previsto per il Fondo sanitario nazionale (FSN) di euro 229.392.725, mentre nel 2018 erano state determinate maggiori somme per circa euro 18.223.000 (pari al 8,01% in più) rispetto al finanziamento Fondo sanitario nazionale (FSN) ammontante a euro 227.605.000.

Con attenzione agli anni 2021-2023, la Legge regionale 21 dicembre 2020, n. 12, ha determinato un finanziamento della spesa sanitaria corrente per 263.521.383,69 euro per l'anno 2021; in 263.992.733,69 euro per l'anno 2022 e in 263.982.733,69 euro per l'anno 2023; una cifra pressoché stabile sul triennio con un incremento del 2023 sul 2021 dello 0,2%. Sono destinati al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, il 99,3% dell'ammontare complessivo dello stanziamento per la spesa sanitaria corrente, rispettivamente: 261.633.883,69 euro per l'anno 2021; 262.073.233,69 euro per l'anno 2022 e 262.063.233,69 euro per l'anno 2023.

La Legge regionale 16 giugno 2021, n. 15 "Assestamento al bilancio di previsione della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste per l'anno 2021, misure di sostegno all'economia regionale

conseguenti al protrarsi dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 e primo provvedimento di variazione al bilancio di previsione della Regione per il triennio 2021/2023.", ha rideterminato gli importi sopracitati principalmente per due motivi: da un lato per finanziare la copertura delle spese sostenute dall'Azienda USL per far fronte all'emergenza epidemiologica ancora in corso e da altro lato per adeguare le registrazioni contabili relative alla mobilità sanitaria attiva e passiva ai principi contabili armonizzati di cui al decreto legislativo n.118/2011. Gli importi relativi al finanziamento della spesa sanitaria corrente rideterminati ammontano a euro 305.878.218,69 euro per l'anno 2021, a 282.746.233,69 euro per l'anno 2022 e in 282.736.233,69 euro per l'anno 2023. Gli importi destinati al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, a seguito della rideterminazione, sono pari a 303.990.718,69 euro per l'anno 2021, 280.826.733,69 euro per l'anno 2022 e 280.816.733,69 euro per l'anno 2023.

Per quanto riguarda il 2021, occorre aggiungere che il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (finanziamento LEA e saldo della mobilità) è stato, in base ai dati dei pre consuntivi (CE IV trimestre 2021), pari a euro 263.874.573,69. A tale importo si devono aggiungere il finanziamento regionale per emergenza Covid 19, di cui alla Legge regionale n. 15/2021 sopra citata, pari a euro 23.103.335, e i finanziamenti statali per l'emergenza Covid 19, di cui ai decreti legge n. 34/2020, n. 137/2020, n. 41/2021, n. 73/2021 e n. 146/2021 e alla Legge n. 178/2020, per un totale di 7.061.741 euro. Nel 2021 le risorse destinate al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sono state superiori di euro 21.939.993,69 rispetto al finanziamento previsto per il Fondo sanitario nazionale (FSN), pari a 241.934.580 euro pertanto la Regione ha finanziato con risorse proprie il 9,07% in più di quanto sarebbe stato finanziato dallo Stato.

Con attenzione agli anni 2022-2024, la Legge regionale 22 dicembre 2021, n. 35, ha determinato un finanziamento della spesa sanitaria corrente in 303.699.733,69 euro per l'anno 2022; in 302.418.583,69 euro per l'anno 2023 e in 297.483.883,69 euro per l'anno 2024; tale finanziamento, come sopraddeito, comprende il finanziamento dell'intera mobilità sanitaria, mentre in precedenza copriva solo il saldo tra la mobilità passiva e quella attiva. Sono destinati al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, il 95,5% dell'ammontare complessivo dello stanziamento per la spesa sanitaria corrente, rispettivamente: 287.089.733,69 euro per l'anno 2022; 285.758.583,69 euro per l'anno 2023 e 280.733.883,69 euro per l'anno 2024.

Spesa sanitaria per investimenti

Relativamente ai finanziamenti in conto capitale trasferiti dalla Regione all'Azienda USL, questi si suddividono in quattro macro aree:

- Contributi agli investimenti per la manutenzione straordinaria e l'adeguamento tecnologico delle strutture sanitarie e socio sanitarie;
- Contributi agli investimenti per l'adeguamento tecnologico delle apparecchiature sanitarie;
- Contributi agli investimenti per la realizzazione del sistema informativo aziendale;
- Contributi agli investimenti per l'acquisto di arredi ed automezzi a servizio della stessa.

Nella seguente tabella si riportano le somme impegnate nel corso degli ultimi 4 anni, che comprendono gli interventi effettuati con le leggi di assistamento del bilancio regionale e le somme previste a bilancio nella programmazione 2022/2024:

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Strutture Sanitarie	2.150.000,00	2.341.169,00	4.800.000,00	4.690.124,00	3.300.000,00	3.300.000,00	3.300.000,00
Apparecchiature Sanitarie	2.000.000,00	4.410.000,00	1.800.000,00	2.300.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00
Sistema Informativo	1.000.000,00	1.212.475,26	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
Arredi ed Automezzi	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00

Ricopro, infine, particolare rilevanza gli investimenti in conto capitale sostenuti dalla Regione autonoma Valle d’Aosta ai fini della realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale per acuti Umberto Parini di Viale Ginevra in Aosta e dei servizi ad esso collegati, così come delineato nella Macro area 3.

Con Legge regionale 5 agosto 2021, n. 22, recante “Secondo provvedimento di assestamento del bilancio di previsione della Regione per l’anno 2021 e di variazione al bilancio di previsione per il triennio 2021/2023”, ed in particolare con l’articolo 48, l’autorizzazione di spesa per la progettazione e la realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale per acuti in Aosta e le infrastrutture a esso collegate è stata incrementata di 17.000.000 euro, dal 2024 al 2026, che si vanno ad aggiungere a 15.332.283 euro già impegnati a favore della società di scopo SIV S.r.l. a valere sui fondi in gestione speciale di Finaosta SpA (di cui 13.582.871,71 euro già liquidati) e a 106.700.000 euro riconosciuti con la Legge regionale 24 aprile 2019, n.4, per un totale complessivo di 139.032.283 euro.

Si rappresentano, nelle tabelle a seguire, le somme impegnate a decorrere dall’anno 2010 e fino all’anno 2029:

n	Aggregati	Impegni di spesa in Euro			
		Assunti	Da assumere		Totale
		2010/20	2021	2022/29	2010/29
1	Totale servizi tecnici	7.890,9	5.341,8	5.099,5	18.332,2
1.1	Progetto Preliminare generale	1.062,4	0,0	0,0	1.062,4
1.2	Fase 1 Cunicolo via Roma	106,2	0,0	0,0	106,2
1.3	Fase 2 Scavo archeol. assistito	137,3	0,0	0,0	137,3
1.4	Fase 3 Ampliamento ospedale 2014	4.609,5	0,0	0,0	4.609,5
1.5	Analisi costi benefici	84,8	0,0	0,0	84,8
1.6	Revisione progettazione Fase 3 anno 2014	50,4	1.522,6	0,0	1.573,0
1.7	Fase 3 DL e sicurezza	0,0	0,0	3.499,9	3.499,9
1.8	Revisione progettazione preliminare fasi 4 e 5	0,0	319,2	0,0	319,2
1.9	Altri procedimenti e somme a disposizione	1.840,3	3.500,0	1.599,6	6.939,9
2	Totale lavori e forniture	6.603,6	444,9	113.651,7	120.700,2
2.1	Fase 1 Cunicolo via Roma	1.435,9	0,0	0,0	1.435,9
2.2	Fase 2 Scavo archeol. assistito	2.188,6	0,0	0,0	2.188,6
2.3	Fase 3, I Lotto Sottopasso ospedale	1.341,7	0,0	0,0	1.341,7
2.4	Fase 3, indagini archeologiche zona B	97,4	0,0	0,0	97,4
2.5	Fase 3, II Lotto Palificaz. e scavi assistiti	827,0	44,9	0,0	871,9
2.6	Fase 3, indagini archeologiche ospedale	16,2	0,0	0,0	16,2
2.7	Fase 3, III Lotto ampliamento est	0,0	0,0	111.700,0	111.700,0
2.8	Altri procedimenti e somme a disposizione	696,7	400,0	1.951,7	3.048,4
3	Totale generale piano	14.494,5	5.786,6	118.751,1	139.032,3

n	Aggregati	Pagamenti/oneri in Euro										
		Sostenuti										Totale
		2010/20	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2010/29
1	Totale servizi tecnici	7.674,0	2.890,0	2.556,8	1.125,0	1.300,0	950,0	910,9	300,0	300,0	325,6	18.332,1
1.1	Progetto Preliminare generale	1.062,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.062,4
1.2	Fase 1 Cunicolo via Roma	106,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	106,2
1.3	Fase 2 Scavo archeol. assistito	137,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	137,3
1.4	Fase 3 Ampliamento ospedale 2014	4.609,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4.609,5
1.5	Analisi costi benefici	79,8	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	84,8
1.6	Revisione progettazione Fase 3 anno 2014	50,4	1.065,8	456,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.573,0
1.7	Fase 3 DL e sicurezza	0,0	0,0	350,0	875,0	1.050,0	700,0	525,0	0,0	0,0	0,0	3.499,9
1.8	Revisione progettazione preliminare fasi 4 e 5	0,0	319,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	319,2
1.9	Altri procedimenti e somme a disposizione	1.628,4	1.500,0	1.750,0	250,0	250,0	250,0	385,9	300,0	300,0	325,6	6.939,9
2	Totale lavori e forniture	6.107,2	941,2	200,0	24.325,0	29.150,0	41.575,0	17.695,9	200,0	200,0	305,8	120.700,1
2.1	Fase 1 Cunicolo via Roma	1.435,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.435,9
2.2	Fase 2 Scavo archeol. assistito	2.188,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2.188,6
2.3	Fase 3, I Lotto Sottopasso ospedale	1.181,1	160,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.341,7
2.4	Fase 3, indagini archeologiche zona B	97,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,4
2.5	Fase 3, II Lotto Palificaz. e scavi assistiti	507,5	364,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	871,9
2.6	Fase 3, indagini archeologiche ospedale	0,0	16,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,2
2.7	Fase 3, III Lotto ampliamento est	0,0	0,0	0,0	24.125,0	28.950,0	41.375,0	17.250,0	0,0	0,0	0,0	111.700,0
2.8	Altri procedimenti e somme a disposizione	696,7	400,0	200,0	200,0	200,0	200,0	445,9	200,0	200,0	305,8	3.048,4
3	Totale generale piano	13.781,2	3.831,2	2.756,8	25.450,0	30.450,0	42.525,0	18.606,8	500,0	500,0	631,4	139.032,2

Spesa sociale

Dall’analisi del trend di spesa per le politiche sociali a valere sui fondi regionali nel periodo 2015-2021 per area di attività, si rileva come, nonostante la contingenza economica che ha determinato una contrazione delle risorse complessive a disposizione, i finanziamenti destinati agli interventi e ai servizi in ambito socio assistenziale non solo sono rimasti costanti ma negli ultimi due anni, a seguito degli interventi finalizzati a contrastare l’impatto sociale ed economico della pandemia da Covid 19, sono aumentati. Risulta evidente l’attenzione costante nei confronti della disabilità e della non autosufficienza, anche in considerazione dell’aumento della speranza di vita e del numero di persone affette da cronicità, parziale disabilità o non autosufficienza, condizioni che determinano un aumento dei costi sociali. In particolare, gli interventi destinati alla disabilità riguardano per circa l’80% misure economiche di sostegno per specifiche condizioni di invalidità e i restanti finanziamenti sono destinati ai servizi semi residenziali e residenziali e a misure atte a sostenere la domiciliarità. Nel corso degli anni 2020 e 2021 si rilevano importanti stanziamenti per contrastare le conseguenze socio-economiche della pandemia, in particolare in sostegno dei soggetti a rischio di esclusione sociale e per le famiglie. Nell’anno 2021 gli interventi in favore delle famiglie sono caratterizzati da un notevole incremento degli stanziamenti regionali dovuti alle misure economiche di sostegno erogate ai nuclei famigliari in condizione di povertà e di fragilità economica a seguito dell’emergenza Covid 19.

FONDI REGIONALI	ESERCIZI FINANZIARI							
SPESA CORRENTE	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	9.240.814,21	9.340.741,22	9.544.982,66	9.129.014,47	11.829.413,18	13.493.292,99	13.475.031,33	13.603.486,36
Interventi per la disabilità	30.682.566,90	30.087.300,00	30.446.103,56	30.663.474,57	32.987.800,68	34.151.243,46	34.891.067,10	35.990.315,91
Interventi per gli anziani	26.199.483,81	26.209.268,12	26.987.474,99	26.569.057,11	22.675.886,72	31.110.171,73	34.322.368,51	34.690.595,55
Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	1.191.000,00	1.156.628,98	1.139.735,55	1.123.473,92	1.846.096,91	2.350.646,67	1.951.000,00	1.757.081,96
Interventi per le famiglie	1.653.696,82	1.668.255,71	1.253.613,08	1.257.659,86	1.620.832,31	2.056.225,00	8.476.192,80	2.228.175,00
Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	219.867,72	365.109,47	206.539,37	200.089,01	407.194,01	423.674,83	419.674,83	411.033,11
Totale	69.187.429,46	68.827.303,50	69.578.449,21	68.942.768,94	71.367.223,81	83.585.254,68	93.535.334,57	88.680.687,89

Risulta interessante analizzare l’andamento della spesa a valere sui fondi statali nell’ultimo triennio che hanno consentito il mantenimento del livello di spesa a valere sui fondi regionali per le varie aree di intervento e del relativo livello di qualità dei servizi erogati. Nello specifico, i fondi statali che a partire dall’anno 2019, a seguito della pandemia, hanno maggiormente influito sul sistema dei servizi regionali hanno interessato le aree relative alla disabilità, ai soggetti a rischio di esclusione sociale e alla programmazione e governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali. La programmazione dei suddetti fondi ha consentito, infatti, di sostenere i soggetti in condizione o a rischio di povertà ed esclusione sociale sia tramite la sperimentazione di progettualità e interventi territoriali mirati, sia tramite il potenziamento della struttura e della capacità di intervento del sistema complessivo di *welfare*. Per quanto riguarda l’area della programmazione e governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali, per l’annualità 2022, le somme assegnate dallo Stato sono ancora in corso di programmazione e di iscrizione nel bilancio regionale.

FONDI STATALI	ESERCIZI FINANZIARI			
SPESA CORRENTE	2019	2020	2021	2022
Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	949.685,18	801.840,94	1.492.601,22	778.745,44
Interventi per la disabilità	1.737.601,20	1.561.727,45	1.354.043,12	1.832.047,10
Interventi per gli anziani	213.755,56	175.512,68	104.448,00	168.297,95
Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	1.356.392,27	1.228.764,73	2.046.175,93	1.962.373,70
Interventi per le famiglie	100.219,69	138.778,66	126.581,88	167.573,15
Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	1.206.867,91	1.303.081,42	1.224.730,62	461.637,58
Totale	5.564.521,81	5.209.705,88	6.348.580,77	5.370.674,92

IL PNRR COME OCCASIONE UNICA DI SVILUPPO REGIONALE SOSTENIBILE

La necessità di cambiamento, che la pandemia ha reso ancora più evidente, per garantire la soddisfazione dei bisogni di cura in continuo evolversi per l’accresciuta domanda derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto, è stata la motivazione delle scelte strategiche programmatiche di revisione del sistema sanitario regionale contenute nel presente Piano.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è, anche per la Valle d’Aosta, un’opportunità unica di imprimere il cambiamento pensato dal presente Piano, attraverso l’utilizzo delle ingenti risorse rese disponibili dal Piano nazionale.

Trattandosi di spese destinate a interventi di investimento, la sfida sarà quella di riuscire, parallelamente, a risolvere e a imprimere un importante cambiamento anche nell’organizzazione dei servizi, in particolare di quelli territoriali come previsto dalla Macro area 2, ma soprattutto di superare le gravi carenze di professionisti sanitari ormai rilevabili in ogni settore del servizio sanitario, attraverso l’utilizzo di strategie di attrattività straordinarie. Senza il materiale umano idoneo alle mansioni e alla funzionalità dei servizi la sfida lanciata dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) non potrà essere completata.

I Fondi che saranno resi disponibili dal riparto anche alla Valle d’Aosta, sono destinati agli interventi, di seguito elencati, che prevedono un intervento complessivo di 8.042.960.665,58 euro:

- M6C1 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona per un importo di 2.000.000.000 euro (Target EU finale Q2 2026 – Almeno 1350 Case della Comunità);
- M6C1 1.2.1 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina – sub investimenti COT, Interconnessione Aziendale, Device, per un importo di 204.517.588 euro (Target EU finale Q2 2024 – almeno 600 COT);
- M6C1 1.3 Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità per un importo di 1.000.000.000 euro (Target EU finale Q2 2026 – Almeno 400 Ospedali di Comunità);
- M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC) per un importo complessivo di 2.639.265.000,00 euro (Target EU finale Q4 2025 – 280 strutture digitalizzate; Target EU finale Q4 2024 – almeno 3100 grandi apparecchiature sanitarie operative - la cui ripartizione tra le Regioni e le Province Autonome avverrà al momento del perfezionamento degli Action Plan, tenuto conto della ricognizione in corso da parte della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute);
- M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile per un importo di 638.851.083,58 euro (Target EU finale Q2 2026 – Almeno 109 interventi antisismici completati - la cui ripartizione tra le Regioni e le Province Autonome avverrà al momento del perfezionamento degli Action Plan, tenuto conto della ricognizione in corso da parte della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute);
- M6C2 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA - sub investimento - Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale per un importo di 30.300.000 euro (Target ITA Q2 2023 – Tutte le 21 Regioni adottano flussi su riabilitazione territoriale e servizi di assistenza primaria); (Target ITA Q2 2025 – Tutte le 21 Regioni adottano flussi su ospedali di comunità e consultori familiari);
- M6C2 2.2 b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere per un importo di 80.026.994 euro (Target ITA finale Q2 2026 – 293.386 dipendenti formati);
- PNC – “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” dal costo complessivo di 1.450.000.000 euro (Q4 2026 – 220 interventi antisismici ultimati - la cui ripartizione tra le Regioni e le Province Autonome avverrà al momento del perfezionamento degli Action Plan, tenuto conto della ricognizione in corso da parte della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute).

Il riparto tiene conto, in via generale, della quota di accesso al Fondo sanitario nazionale (FSN 2021) e del criterio che, ai sensi dall’art. 2, comma 6-bis, del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, prevede che al Mezzogiorno venga destinato almeno il 40% del totale delle risorse - “Le amministrazioni di cui al comma 1 dell’articolo 8 assicurano che, in sede di definizione delle procedure di attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente, anche attraverso bandi, indipendentemente dalla fonte finanziaria di provenienza, sia destinato alle regioni del Mezzogiorno, salve le specifiche allocazioni territoriali già previste nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).”.

Il riparto, di cui al decreto del Ministero della salute 20 gennaio 2022, assegna alla Valle d’Aosta le seguenti risorse, per un totale di 15.035.712,29 euro, così suddivise:

PNRR Mission 6 Component 1							
Intervento 1.1 (Case della Comunità) - 2.000.000.000 euro		Intervento 1.2.2 (COT, Interconnessione aziendale, device) - 204.517.588 euro				Intervento 1.3 Ospedali della Comunità - 1.000.000.000 euro	
Riparto Risorse	Target regionale obiettivo (n. CdC)	Riparto Risorse COT	Riparto Risorse Interconnessione aziendale	Riparto Risorse device	Target regionale obiettivo (n. COT)	Riparto Risorse	Target regionale obiettivo (n. OdC)
3.493.579,03	2	173.075,00	71.071,46	96.716,19	1	1.905.588,56	1

PNRR Mission 6 Component 2 e PNC							
1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature) euro 2.639.265.000,00		PNRR 1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile (nuovi progetti) - 638.851.083,58 euro; PNC 1.450.000.000		1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA - Reingegnerizzazione NSIS a livello locale (Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali -Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie - 30.300.000 euro		*2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere - 80.026.994 euro	
Riparto Risorse	Riparto Risorse	Riparto Risorse PNRR	Riparto Risorse PNC	Riparto Risorse - Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali	Target regionale obiettivo (La Regione trasmette i dati di tutte le strutture sanitarie coinvolte per ciascun flusso con la tempistica prevista)	Riparto Risorse - Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	Target regionale obiettivo (dipendenti formati in inf. Osp.)
(Digitalizzazioni e DEA I e II liv)	(grandi apparecchiature)						
2.763.313,03	2.266.040,17	1.217.387,32	2.763.103,42	57.739,33	si	228.098,78	836

Con attenzione alle politiche sociali, nel corso dell’anno 2022 gli ambiti territoriali, al fine di fronteggiare la crisi sociale ed economica conseguente alla pandemia da Covid 19, potranno beneficiare delle risorse messe a disposizione nell’ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Per quanto riguarda la Missione 5 “Inclusione e coesione” si registrano 19,81 miliardi di euro articolati in tre componenti: “Politiche per il lavoro”, “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore”, “Interventi speciali per la coesione territoriale”. Nello specifico, l’ambito relativo alle “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore” dispone di risorse finanziarie pari a 11,17 miliardi, cui si aggiungono 1,28 miliardi di risorse disponibili dal programma REACT – EU e 0,13 miliardi dal Fondo nazionale complementare, per un ammontare totale di 12,58 miliardi di euro. Il suddetto ambito si articola nelle seguenti tre linee di intervento:

- Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale;
- Rigenerazione urbana e *housing sociale*;
- Sport e Inclusione Sociale.

La gestione delle risorse e la relativa ripartizione ai vari ambiti territoriali avverrà in base ai fabbisogni presenti nei vari territori e alle progettualità che a seguito di bandi statali verranno approvate e finanziate dai ministeri competenti.

L’esperienza pandemica e il relativo impatto sociale ed economico sulle famiglie ha evidenziato la necessità di agire in base ad una logica di sistema che deve necessariamente tendere alla razionalizzazione e all’ottimizzazione degli interventi e dei servizi, oltre che delle risorse. Al fine di rispondere in modo congruo ed efficace ai bisogni dei cittadini, occorre, inoltre, mantenere costante l’attenzione sui processi di misurazione dell’appropriatezza, dell’economicità e della congruità dei servizi, condividendo le priorità con i vari attori territoriali di settore. Questi ultimi, infatti, costituiscono un valore aggiunto e imprescindibile nell’ambito del processo di programmazione partecipata delle politiche e dei servizi sociali in quanto detentori non solo di una conoscenza approfondita dei fenomeni e dei bisogni, ma anche generatori di risorse e di benessere per la comunità. Il protagonismo degli organismi del Terzo settore, nello specifico, è dunque da considerarsi nell’ambito della definizione delle priorità e delle strategie di intervento, un elemento strutturale e fondamentale.

La sfida sarà dunque di utilizzare con efficienza ed efficacia le risorse messe a disposizione, le quali concorrono a finanziare le azioni previste dal presente Piano.

GOVERNANCE E ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE SALUTE E BENESSERE SOCIALE

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

Questa è stata anche la modalità scelta dalla Regione autonoma Valle d’Aosta che, con le disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale per il triennio 2018-2020 (Legge regionale n.23/2017, art.19) ha modificato la Legge regionale n.5/2000 all’art.2 per assumere la decisione di delegificare il documento di Piano per approvarlo, al termine di un iter condiviso in tutte le sedi qualificate e preposte, con una deliberazione del Consiglio regionale, rendendolo più flessibile e performante rispetto alla capacità di adattamento della risposta istituzionale ai bisogni emergenti o alle situazione emergenziali come recentemente accaduto, oltre che alla capacità finanziaria e organizzativa del complessivo sistema di welfare regionale preposto a rispondervi.

Il Piano regionale per la salute e il benessere sociale è inoltre un progetto condiviso, perché è un progetto per la promozione dell'intero sistema regionale per la salute e il benessere sociale dei valdostani, da cui dipende la capacità di sviluppo dell'intera comunità regionale. Per questa ragione è stata ribadita più volte la necessità di considerare i costi del sistema per la salute e il benessere sociale come costi di investimento e non come semplici voci di spesa. Il Piano è, pertanto, un documento a elevato contenuto politico-strategico per l'assunzione di decisioni, tra scelte concorrenti, finalizzate al raggiungimento di determinati obiettivi di salute e di benessere sociale.

Il presente Piano regionale per la salute e il benessere sociale nasce, come già esplicitato all'inizio di questa sezione, in un contesto politico, economico e sociale caratterizzato, per diverse ragioni, da un nuovo centralismo delle politiche e degli indirizzi programmatici nazionali, in ambito sanitario e sociale, certamente motivato dall'emergenza pandemica, ma anche conseguente a un eccesso di frammentazione nazionale dei sistemi sanitari regionali che, a distanza di 40 anni dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, ha portato anche a forti differenziazioni nell'equità di accesso e nella qualità delle cure. Di questo contesto il Piano deve tenere necessariamente conto per definire i propri obiettivi e le conseguenti priorità di intervento per il tramite di specifiche azioni successive, cercando tuttavia di portare sempre a valorizzazione e a ricchezza per i valdostani l'autonomia che caratterizza lo Statuto della Regione.

Per la predisposizione del documento, per la prima volta, come già documentato nella sezione dedicata al metodo del presente Piano, per assicurare trasparenza sono state approvate due deliberazioni della Giunta regionale, di cui una, prima dell'avvento della pandemia - la deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019 - e un'altra a seguito della pandemia stessa - la deliberazione della Giunta regionale n.928 del 26 luglio 2021. In entrambe si è perseguita una metodologia di predisposizione del Piano in quattro fasi che l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ha individuato come buona prassi, adeguandone alcune modalità specifiche ai decreti nazionali per il contenimento della pandemia e la sicurezza dei cittadini.

In breve, il documento, in fase di bozza, ha ricevuto due aperture progressive: la prima, più tecnica, ai soli addetti ai lavori (Azienda USL ed Enti locali), la seconda, attraverso un piattaforma on line sul sito della Regione autonoma, dedicata alla partecipazione, rivolta a tutti i cittadini e portatori di interesse. A corredo di questi due momenti si sono tenuti, compatibilmente con le regole di sicurezza imposte dalla pandemia, alcuni momenti di incontro con specifiche categorie professionali.

La modalità di programmazione partecipata attraverso l'attivazione di una Piattaforma *on line*, inizialmente solo integrativa e complementare agli incontri in presenza e, a causa della pandemia, divenuta modalità prevalente in fase di seconda apertura del documento, ha visto numerosi contributi che sono stati valutati nella loro rilevanza, pertinenza e coerenza con gli obiettivi programmatici oltre che con la fattibilità. Tali contributi saranno utili anche nelle fasi successive all'approvazione del Piano in Consiglio in fase di predisposizione delle delibere attuative conseguenti.

Gli obiettivi individuati per ciascuna Macro area del Piano regionale per la salute e il benessere sociale sono declinati, attraverso la definizione della programmazione delle attività annuali, nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) e sono rese disponibili nel Bilancio di previsione finanziario della Regione le correlate risorse finanziarie.

Ogni anno a seguito dell'approvazione della legge di Bilancio di previsione finanziario della Regione, sarà approvato, con deliberazione della Giunta regionale, il Piano Operativo Annuale (POA) contenente le schede che, tenuto conto delle attività richiamate nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR), identificano le azioni da prevedersi nell'annualità d'interesse, in relazione ai diversi ambiti di intervento, e individuano i destinatari e gli indicatori per la misurazione del risultato conseguente alle azioni individuate, e le risorse rese disponibili a tal fine.

VALUTAZIONE DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

Il presente Piano individua per ogni Macro area degli obiettivi e, in allegato, degli indicatori generali che intendono misurare l'impatto dell'attuazione degli interventi contenuti nel Piano stesso al termine del periodo di validità del documento di programmazione. Con questo scopo, sarà predisposta dalle strutture competenti dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, al termine della vigenza del Piano, ed entro sei mesi dell'annualità successiva (giugno 2026), una verifica del raggiungimento degli obiettivi attraverso l'analisi dei valori degli indicatori individuati in fase di programmazione.

Annualmente, invece, con il POA, sopra richiamato, sono individuati gli indicatori di maggior dettaglio, correlati specificatamente alle azioni avviate nell'annualità.

Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, sarà inoltre approvata la costituzione di un tavolo di monitoraggio e valutazione del Piano che, annualmente, verifichi lo stato di avanzamento delle azioni definite nelle schede inserite nel POA. Tale organismo sarà costituito da rappresentanti della Regione, dell'Azienda USL, degli Enti Locali, del Terzo settore, delle Organizzazioni sindacali e da altri soggetti che si riterrà utile coinvolgere in quanto attori significativi del sistema sanitario, socio sanitario e sociale regionale in base ai vari temi oggetto di monitoraggio.

Sulla base degli elementi di monitoraggio e di valutazione sopra descritti, l'Assessore competente relaziona alla Giunta regionale e alla Commissione consiliare competente trascorsi 24 mesi dalla data di approvazione del Piano e al termine del periodo di vigenza.

OBIETTIVI

- MA 5.1 Rivedere e aggiornare la Legge regionale n.5/2000 recependo le novelle legislative di settore e i principi della riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari, in particolare territoriali
- MA 5.2 Predisporre una legge quadro regionale in materia di interventi e servizi sociali
- MA 5.3 Rivedere il sistema dei controlli in materia di attuazione della programmazione sanitaria e socio sanitaria
- MA 5.4 Costituire la Cabina di regia per la definizione del nuovo assetto organizzativo e gestionale dei servizi e degli interventi sociali e la revisione del Piano di Zona della Valle d'Aosta
- MA 5.5 Ridefinire il modello di programmazione concertata delle politiche sociali (fin qui realizzata con il Piano di zona) al fine di snellire i processi e ottimizzare i tavoli istituzionali, anche ai sensi degli sviluppi normativi statali
- MA 5.6 Definire le progettualità trasversali tra le varie aree di policy, per la costruzione di servizi sociali e socio sanitari integrati che diano risposte multidimensionali al bisogno
- MA 5.7 Introdurre un nuovo modello organizzativo presso l'Azienda USL della Valle d'Aosta che preveda l'istituzione del Direttore socio sanitario, posto a capo dell'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria al fine di incrementare l'integrazione socio sanitaria dei servizi nel nuovo modello assistenziale territoriale
- MA 5.8 Predisporre una norma, da presentare in sede di Commissione paritetica, prevista dall'articolo 48-bis dello Statuto speciale, per trasferire alla Regione autonoma Valle d'Aosta le competenze in merito alla contrattazione collettiva del personale impiegato nel Servizio Sanitario Regionale
- MA 5.9 Predisporre interventi urgenti relativi alla prova di accertamento della lingua francese nell'ambito delle procedure concorsuali avviate dall'Azienda USL per conseguire una maggiore risposta ai bandi concorsuali da parte dei professionisti sanitari
- MA 5.10 Attivare, in collaborazione con l'Azienda USL, un programma di attrattività e di welfare aziendale per il mantenimento delle professionalità presenti e per quelle future

- MA 5.11 Implementare ogni azione volta a informare e sensibilizzare gli studenti in Valle d'Aosta al fine di intercettare e orientare le scelte per la formazione delle figure necessarie alla copertura dei fabbisogni dei professionisti sanitari del Servizio Sanitario Regionale
- MA 5.12 Presidiare i tavoli inter-istituzionali e interregionali in materia di personale del sistema sanitario nazionale e avviare azioni di confronto con le competenti sedi istituzionali nazionali
- MA 5.13 Attivare percorsi formativi e di riqualificazione professionale di tutte le figure operanti nel servizio sanitario e socio sanitario regionale
- MA 5.14 Stipulare protocolli con le Università italiane e straniere per la ricerca, la collaborazione e il reclutamento di nuovo personale da assegnare al Servizio Sanitario Regionale
- MA 5.15 Realizzare progressivamente un sistema di reti extra regionali per l'assistenza e la ricerca sanitaria, avvalendosi di accordi e collaborazioni con strutture e centri di eccellenza nelle regioni di prossimità oltre a realizzare con il Piemonte Reti tempo dipendenti di cui al DM n.70/2015
- MA 5.16 Realizzare reti di collaborazione scientifica con Università, Agenzie nazionali e Enti nazionali necessarie a garantire il miglioramento continuo delle forme di assistenza alla popolazione, dei modelli organizzativi e per qualificare ulteriormente la formazione degli operatori a tutti i livelli, mantenendone la competenza acquisita
- MA 5.17 Istituire il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente e avviare attività di promozione e diffusione della cultura e delle buone pratiche relative alla sicurezza dei pazienti
- MA 5.18 Supportare il monitoraggio continuo del Servizio Sanitario Regionale anche attraverso modelli predittivi previsionali di programmazione sanitaria d'avanguardia, incentrati sulla stratificazione degli assistiti in base ai bisogni di cura e sul correlato utilizzo dei servizi e delle prestazioni con particolare attenzione alle patologie croniche
- MA 5.19 Istituire progressivamente, nei diversi centri (regionale e aziendale) che la compongono, la rete regionale per l'epidemiologia, prevista dall'art.98 della Legge regionale n. 8/2020
- MA 5.20 Sviluppare forme di comunicazione istituzionale in materie riguardanti la salute e i rischi per la stessa, coordinate tra di loro, ma differenziate nel linguaggio in relazione agli obiettivi specifici da raggiungere su precisi target di popolazione

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025

Il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025 ha, come fine ultimo, quello di migliorare il benessere della popolazione, di allungare la vita vissuta in buona salute e proattivamente. Per raggiungere questo obiettivo il Piano indica una serie di ambiti di intervento afferenti a cinque macro aree, connesse e interdipendenti a vari livelli. Per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano sono stati individuati alcuni indicatori di seguito rappresentati. La raccolta e l'aggiornamento periodico di questi indicatori (unitamente a quelli delle deliberazioni operative da sviluppare in un secondo tempo) permetteranno il monitoraggio e la rendicontazione pubblica dell'andamento del Piano e forniranno la base per eventuali revisioni e integrazioni future.

Indicatori di contesto

- 1. Tasso standardizzato di mortalità totale e per genere
- 2. Tasso di mortalità per genere e macro causa
- 3. Mortalità evitabile: giorni di vita persi, per cause trattabili e per cause prevenibili, per genere
- 4. Indice di povertà delle famiglie
- 5. Tasso di conseguimento del titolo di studio

MA 1 “La Prevenzione al centro delle politiche per la salute e il benessere sociale”

- 1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (NSG - indicatore P01C)
- 2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (NSG - indicatore P02C)
- 3. Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino (NSG - indicatore P10Z)
- 4. Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale (NSG - indicatore P12Z)
- 5. Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella (NSG - indicatore P15C)

MA 2 “Una nuova rete territoriale dei servizi come risposta integrata per la salute e il benessere dei cittadini”

- 1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) totale e per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco (NSG - indicatore D03C)

- 2. Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite (NSG - indicatore D04C)
- 3. Percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite entro i tempi previsti dalla classe di priorità (PNGLA)
- 4. Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici (NSG - indicatore D14C)
- 5. Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) (NSG - indicatore D22Z)
- 6. Assistiti over 65 trattati in ADI in rapporto alla popolazione anziana (Flusso SIAD-monitoraggio PNRR)
- 7. Tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici
- 8. Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (NSG - indicatore D27C)
- 9. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (NSG - indicatore D30Z)
- 10. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) (NSG - indicatore D33Z)
- 11. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (NSG - indicatore D09Z)
- 12. Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) a 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico (PNE)
- 13. Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero ospedaliero per un episodio di IMA (PNE)
- 14. Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 con codice di dimissione bianco/verde (PNE)
- 15. Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) con codice di dimissione bianco/verde (PNE)

MA 3 “L’assistenza sanitaria ospedaliera in una nuova logica produttiva e funzionale di rete”

- 1. Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni (NSG -indicatore H05Z)
- 2. Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all’anno (NSG - indicatore H17C)
- 3. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (NSG - indicatore H04Z)
- 4. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore da accesso in struttura di ricovero (PNE) totale e per genere
- 5. Percentuale di ricoveri per intervento chirurgico erogati entro il tempo massimo previsto per la classe di priorità assegnata
- 6. Mortalità a trenta giorni dal ricovero per IMA, per ictus ischemico, per trauma (PNE)
- 7. Volume di ricoveri per IMA, per ictus ischemico (PNE)
- 8. Monitoraggio dell’implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute nell’Azienda Sanitaria in materia di rischio clinico e sicurezza dei pazienti (Questionario LEA)
- 9. Monitoraggio dell’adozione della check list in Sala operatoria nelle SDO (Questionario LEA)

MA 4 “La programmazione dei servizi sociali in una logica di welfare integrativo e generativo”

- 1. N. di portatori di handicap ex legge 104/92 e percentuale sulla popolazione residente
- 2. N. dei posti letto in strutture residenziali pubbliche, private convenzionate e private per utenza prevalente e tipologia di struttura (carico assistenziale) in rapporto all’utenza potenziale residente
- 3. Consistenza dei servizi e dei posti pubblici, privati convenzionati e privati per la prima infanzia in rapporto all’utenza potenziale residente
- 4. Indice di presa in carico dei servizi residenziali in favore delle persone con disabilità (utenti/ popolazione media*1000)
- 5. Indice di presa in carico dei servizi semiresidenziali in favore delle persone con disabilità (utenti/ popolazione media*1000)
- 6. Indice di presa in carico dei contributi in favore delle persone con disabilità (utenti/popolazione media*1000)
- 7. Indice di copertura dei contributi economici nell’ambito povertà e esclusione sociale (utenti/ popolazione media*1000)
- 8. Indice di presa in carico dei servizi nell’ambito della povertà e esclusione sociale (utenti/ popolazione media*1000)
- 9. Indice di presa in carico dei servizi di assistenza domiciliare in favore delle persone anziane e non autosufficienti (utenti/popolazione media*1000)
- 10. Indice di presa in carico dei servizi in favore delle persone anziane (utenti/popolazione media*1000)
- 11. Indice di presa in carico dei contributi erogati per i servizi residenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti (utenti/popolazione media*1000)
- 12. Indice di presa in carico dei servizi semiresidenziali in favore delle persone anziane (utenti/ popolazione media*1000)
- 13. Indice di presa in carico dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 0-3 anni (utenti/ popolazione media*1000)
- 14. Indice di presa in carico dei servizi residenziali (comunità minori) in favore dei minori (utenti/ popolazione media*1000)
- 15. Indice di presa in carico dei contributi per minori in affido (utenti/popolazione media*1000)
- 16. Indice di presa in carico dei servizi in favore delle famiglie (utenti/popolazione media*1000)

TABELLA DEGLI ACRONIMI

ACRONIMI	DESCRIZIONE
7/7	7 giorni su 7
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AGENAS	Agenzia Nazionale Servizi Sanitari
APSP	Azienda Pubblici Servizi alla Persona
ARPA	Agenzia Regionale per la Pprotezione dell'Ambiente
BPCO	Broncopneumocronicoostruttiva
CA	Comunità Alloggio
CdC	Casa della Comunità
CDCD	Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze
CDI	Cure domiciliari integrate
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
COT	Centrale Operativa Territoriale
COUP	Complesso Ospedaliero Umberto Parini
CP	Cure Palliative
CPEL	Consiglio Permanente degli Enti Locali
CSM	Centro per la Salute Mentale
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CUP	Centro Unico di Prenotazione
CUS	Centrale Unica del Soccorso
DAMA	(tradotto) Assistenza Medica Avanzata per la Disabilità
DEFER	Documento di Economia e Finanza Regionale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DH	Day Hospital (Ricovero Diurno)
DPCM	Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
EBM	(tradotto) Medicina Basata sulle Evidenze

ECG	Elettrocardiogramma
EELL	Enti Locali
ESP	Esperti alla pari
ETS	Enti del Terzo Settore
FEAD	(tradotto) Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti
FNA	Fondo Non Autosufficienza
FNPS	Fondo Nazionale Politiche Sociali
FP	Fondo Povertà
FSE	Fondo Sociale Europeo
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
GAP	Gioco d'Azzardo Patologico
GAP	Gruppo Appartamento Protetto
GO	Gestione Operativa
H12	12 ore
H24	24 ore
HBSC	(tradotto) Comportamenti Salutari nei Bambini in età Scolare
HTA	Health Technology Assessment
ICF	(tradotto) Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della salute
ICT	(tradotto) Tecnologia della Comunicazione e dell'Informazione
IF/C	Infermiere di Famiglia/Comunità
IgC	Immunoglobina G
IgM	Immunoglobina M
ISAV	Istituto Clinico Valdostano
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali
MAP	Medici di Assistenza Primaria
MISMI	Modello Integrato di Salute per una Montagna Inclusiva
MMG	Medici di Medicina Generale
MNT	Malattie non trasmissibili
mslm	Metri sul livello del mare
NRTD	Nuclei Residenziali Temporanei Demenze
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia

NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
NUV	Nuova Università Valdostana
OBI	Osservazione Breve Intensiva
OdC	Ospedale di Comunità
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
OSS	Operatore Socio Sanitario
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PANS	Piano di Azioni per la Salute Mentale
PAT	Piano di Assistenza Territoriale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PdZ	Piano di Zona
PIPPI	Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PLS	Posto Letto
PNE	Piano Nazionale Esiti
PNGLA	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
PNP	Piano Nazionale della Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
POC	Programma Operativo Complemetare
PON	Programma Operativo Nazionale
PRIS	Progetto Individuale di Salute
PRP	Piano Regionale della Prevenzione
PTA	Piano di Trattamento Assistenziale
PTRP	Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato
PUA	Punti Unici di Accesso
RAO	Raggruppamenti di Attesa Omogenei
REACT-EU	(tradotto) Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa
Rep.	Repertorio
RO	Ricovero Ordinario
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RTD	Reti Tempo Dipendenti

SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SERD	Servizio Regionale Dipendenze patologiche
SI	Sistema Informativo
SIUSS	Sistema Informativo Unico Servizi Sociali
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPID	Sistema Pubblico di identità digitale
SRD	Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative Dipendenze patologiche
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SVAMA	Scheda Valutazione Multidimensionale e Multiprofessionale dell'Adulto e Anziano
TD	Tempo Dipendenti
TD	Terapia del Dolore
TLM	Telemedicina
TS	Terzo Settore
UAP	Unità di Assistenza Prolungata
UCCP	Unità Complesse delle Cure Primarie
UE	Unione Europea
UFE	Utenti Familiari Esperti
USCA	Unità Speciali di Continuità Assistenziale
UVMD	Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale
UVSM	Unità di Valutazione della Salute Mentale

ALLEGATI

PIANO REGIONALE
PER LA SALUTE E IL
BENESSERE SOCIALE
IN VALLE D’AOSTA
2022/2025

ANALISI DELLO STATO DI SALUTE E DELLA SANITÀ

La popolazione in Valle d’Aosta nel 2020 ammonta a 125.500 abitanti e registra da sei anni un progressivo spopolamento, con una perdita complessiva di oltre 3.000 unità. La contrazione è dovuta sia al maggior numero di decessi rispetto alle nascite, sia al saldo migratorio sfavorevole, mentre gli stranieri residenti rimangono stabili nel valore assoluto. L’età media della popolazione valdostana è poco più elevata della media italiana così come l’indice di vecchiaia. Gli ultraottantenni sono il 7,4% e ad avere più di 65 anni è un terzo della popolazione. La speranza di vita negli uomini è inferiore di oltre un anno rispetto al dato medio nazionale, sia alla nascita, sia a 65 anni, mentre per le donne si equivale al dato nazionale. La tabella che segue sintetizza il confronto tra la Valle d’Aosta e la media nazionale per i principali indicatori demografici.

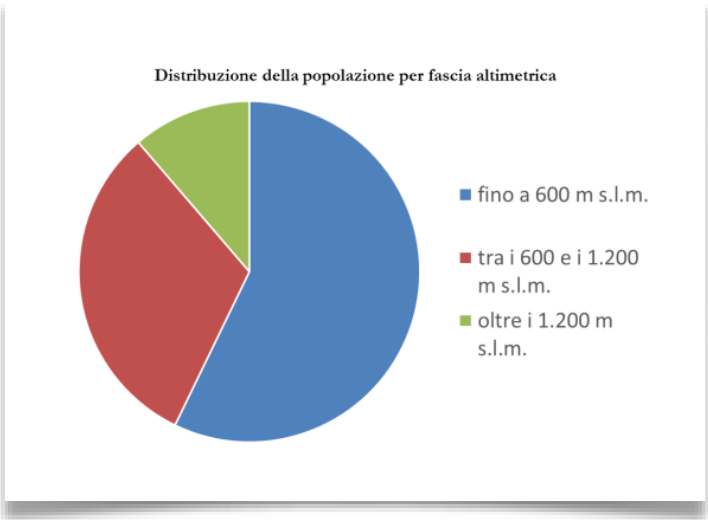
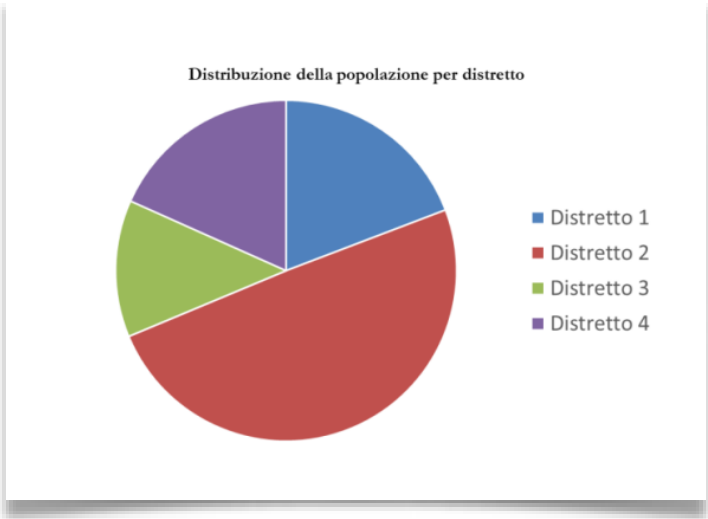
INDICATORE	Valle d’Aosta	ITALIA
Età media della popolazione	46,4 anni	45,7 anni
Indice di vecchiaia	188,2	178,4
Speranza di vita alla nascita Maschi	79,6 anni	81 anni
Speranza di vita alla nascita Femmine	85,4 anni	85,3 anni
Speranza di vita a 65 anni Maschi	18,4 anni	19,3 anni
Speranza di vita a 65 anni Femmine	22,6 anni	22,5 anni
Tasso di natalità (per 1000 ab)	7,28	7,54

Le famiglie residenti in Valle d’Aosta sono meno di 61.000 ma la struttura familiare si è molto modificata nel tempo e la tabella seguente riporta il confronto con la media nazionale.

INDICATORE espresso in valori percentuali	Valle d’Aosta	ITALIA
Numero medio componenti famiglia	2,0	2,3
Famiglie con un solo componente	45	33
Famiglie mono genitoriali	16,7	16,8
Coppie con figli	45,1	51,7
Coppie senza figli	38,2	31,5

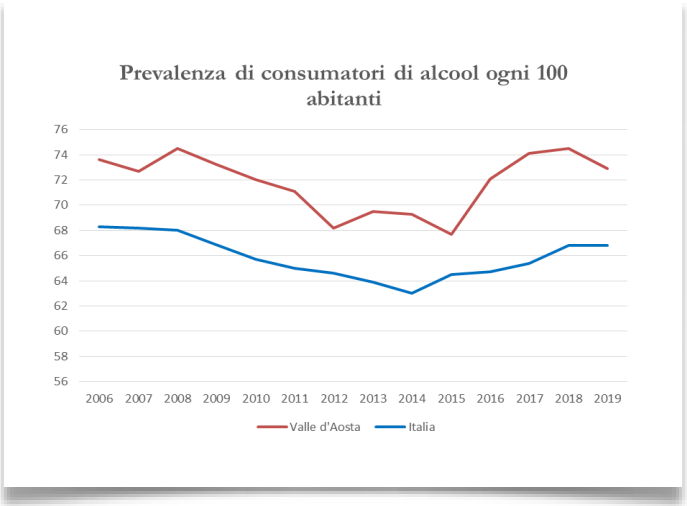
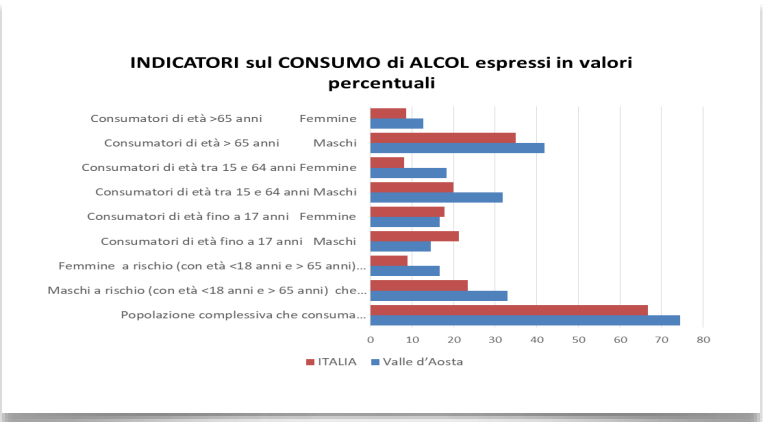
Di seguito invece si mostra come sia ripartita territorialmente la popolazione regionale.

Ambito territoriale	% di pop sul totale	% 0-14 anni	% 15-64 anni	% 65 anni e oltre	TOTALE
Distretto 1 Alta Valle	19,2	13,5	64,4	22,1	100,0
Distretto 2 Aosta e cintura	49,7	13,4	62,5	24,1	100,0
Distretto 3 Media Valle	12,9	12,2	63,5	24,3	100,0
Distretto 4 Bassa Valle	18,2	12,8	62,6	24,6	100,0
TOTALE	100,0				

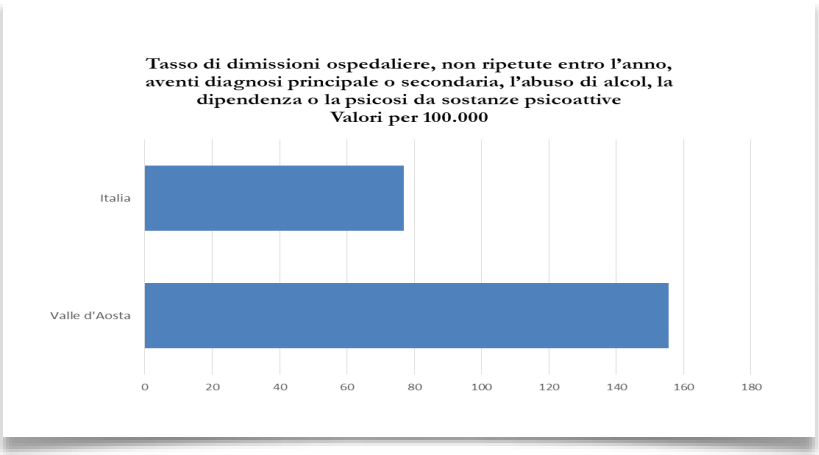


Stili di vita e prevenzione. Rispetto al passato la Valle d'Aosta sta perdendo alcuni vantaggi attribuibili tipicamente alle popolazioni di montagna, dedite a stili di vita sani e tendenzialmente attive, per assumere quelli più rischiosi e più frequenti nelle aree urbane. Una tendenza che inizia a prodursi anche tra i minori e i giovani. Con attenzione al consumo di alcol la tabella che segue sintetizza il confronto attraverso i principali indicatori tematici, una figura sintetizza i valori complessivi del confronto con il dato nazionale e, infine, un grafico con un trend temporale che mostra come la Valle d'Aosta abbia sempre registrato valori più elevati della media nazionale su questo fenomeno.

INDICATORI sul CONSUMO di ALCOL espressi in valori percentuali – Anno 2018	Valle d'Aosta	ITALIA
Popolazione complessiva che consuma abitualmente alcol	74,5	66,8
Maschi a rischio (con età <18 anni e > 65 anni) che consumano più di 6 dosi giornaliere	33,0	23,4
Femmine a rischio (con età <18 anni e > 65 anni) che consumano più di 6 dosi giornaliere	16,7	8,9
Consumatori di età fino a 17 anni Maschi	14,6	21,3
Consumatori di età fino a 17 anni Femmine	16,7	17,8
Consumatori di età tra 15 e 64 anni Maschi	31,8	20,0
Consumatori di età tra 15 e 64 anni Femmine	18,4	8,1
Consumatori di età > 65 anni Maschi	41,9	35,0
Consumatori di età >65 anni Femmine	12,8	8,6



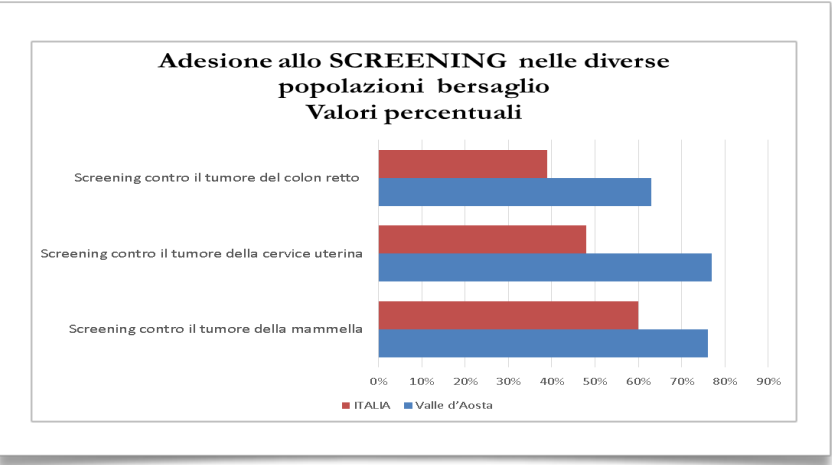
I problemi dovuti all'alcolismo si evidenziano anche in termini di una maggiore assistenza sanitaria come mostra la figura che segue. Si rileva un'eccedenza rispetto ai valori medi nazionali che aumenta all'aumentare dell'età del paziente.



Sul fumo di sigaretta, sulla corretta alimentazione e sul sovrappeso i valori regionali sono migliori dei corrispettivi nazionali anche se l'obesità, che non caratterizzava i valdostani negli anni passati, ha ormai percentuali sovrapponibili al dato nazionale. A contrastare il sovrappeso vi è certamente la pratica sportiva, più diffusa in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale come dimostra la tabella che segue.

INDICATORE espresso in valori percentuali	Valle d'Aosta	ITALIA
soggetti di età > 3 anni che praticano un'attività fisica a diversa intensità	71,9	63,8
soggetti di età > 3 anni che praticano sport in modo continuativo	28,3	25,7
soggetti di età > 3 anni che non praticano alcuno sport	28,0	35,0

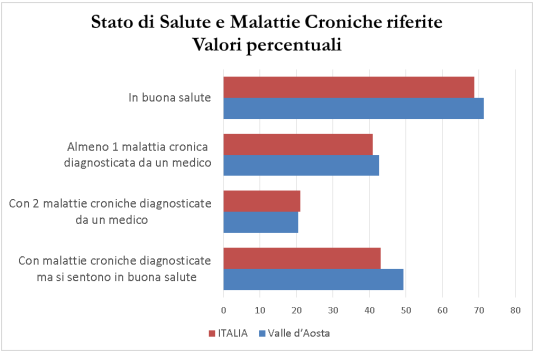
Prevenzione. Se sulle coperture vaccinali in età pediatrica la Valle d'Aosta, al pari del resto del Paese, stenta ancora ad assumere percentuali utili a garantire per ogni singolo antigene la cosiddetta immunità di gregge (95%) l'adesione agli screening oncologici è più elevata di quella nazionale come dimostra il grafico seguente.



E' buono, rispetto la media nazionale, il livello delle pratiche preventive in gravidanza; meno bene la percentuale di parti cesarei che presso l'Ospedale regionale supera con il 23% il valore soglia raccomandato del 15% per i presidi ospedalieri con meno di 1.000 nati per anno.

Stato di salute riferito e cronicità. Secondo l'indagine campionaria dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", i dati regionali posti a confronto con la media nazionale sono i seguenti:

STATO DI SALUTE E MALATTIE CRONICHE RIFERITE	% Valle d'Aosta	% ITALIA
In buona salute	71,3	68,8
Almeno 1 malattia cronica diagnosticata da un medico	42,7	40,9
Con 2 malattie croniche diagnosticate da un medico	20,5	21,1
Con malattie croniche diagnosticate ma si sentono in buona salute	49,3	43,1



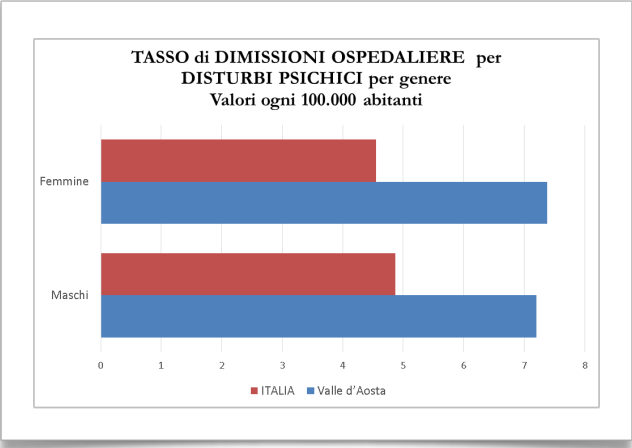
QUALI MALATTIE CRONICHE RIFERISCONO	% Valle d'Aosta	% ITALIA
Diabete	5,2	5,8
Ipertensione	16,0	17,9
Bronchite cronica	5,9	6,1
Artriti e artrosi	15,0	16,0
Osteoporosi	6,8	8,1
Malattie del cuore	5,3	4,2
Allergie	13,1	11,4
Disturbi del sistema nervoso centrale	4,6	4,8
Ulcera gastrica	3,0	2,6

Prescindendo dall’appropriatezza del ricovero, l’ospedalizzazione per le malattie cardio e cerebrovascolari, le malattie metaboliche, il diabete mellito e la salute mentale ci consente comunque una valutazione su alcune situazioni cliniche favorenti la cronicità, poste a confronto con il dato nazionale.

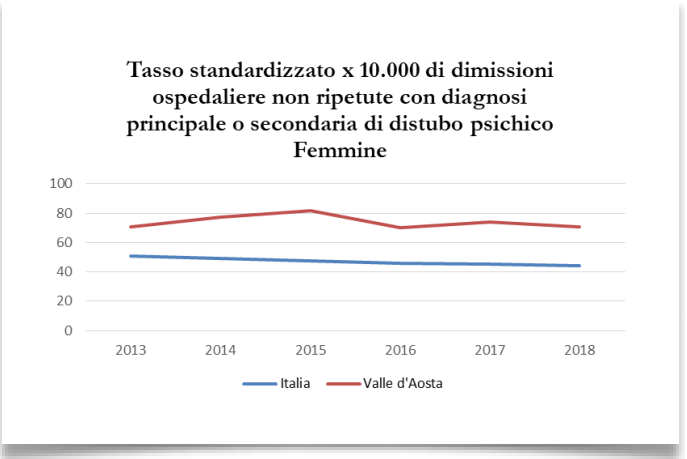
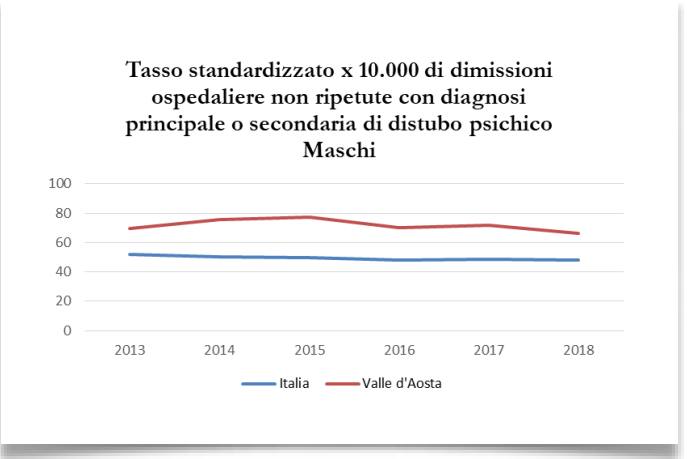
TASSO std di OSPEDALIZZAZIONE in ricovero ORDINARIO ogni 100.000 abitanti PER:	Valle d’Aosta		ITALIA	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Forme acute e subacute di ischemia cardiaca	366,3	121,8	460,6	171,3
Infarto miocardico acuto (IMA)	276,0	94,8	342,0	132,5
Malattie cerebrovascolari complessive, ictus emorragico, ischemico, altre incluso TIA	717,6	642,2	573,8	423,2
Ictus emorragico	88,3	74,8	90,6	58,6
Ictus ischemico più altre cerebrovascolari incluso TIA	480,47	438,7	313,3	265,9
Diabete (ricovero ordinario o day hospital)	72,75	42,81	68,21	41,85
Diabete in ricovero ordinario	69,78	39,51	62,98	38,74
Diabete in day hospital	2,97	3,30	5,3	3,11

Con attenzione alla salute mentale il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico in Valle d’Aosta si è confermato tra i più elevati a livello nazionale, sia per gli uomini che per le donne in tutte le fasce di età ad esclusione della prima (fino a 18 anni), come dimostra la tabella e la figura che seguono.

TASSO di DIMISSIONI OSPEDALIERE per DISTURBI PSICHICI e CLASSE di ETA’ ogni 100.000 abitanti	Valle d’Aosta		ITALIA	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Fino a 18 anni	2,31	1,98	4,86	3,40
Da 19 a 64 anni	4,28	4,25	3,22	3,03
Da 65 a 74 anni	7,93	8,54	4,31	4,77
Oltre i 75 anni	32,48	32,76	15,06	15,40
Complessivo per tutte le classi di età	7,20	7,38	4,87	4,55

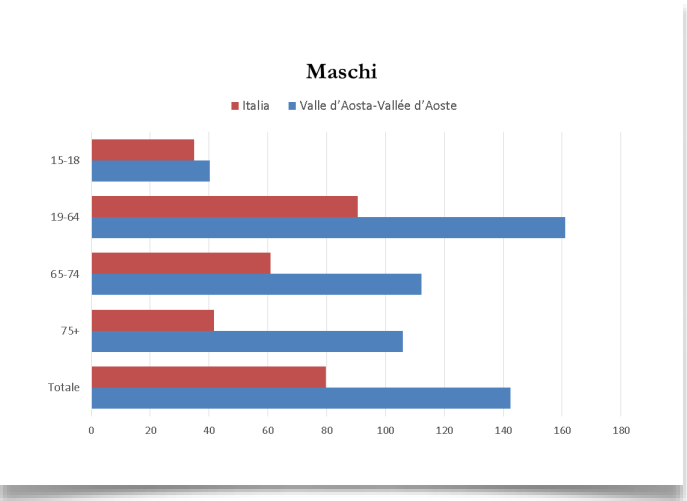
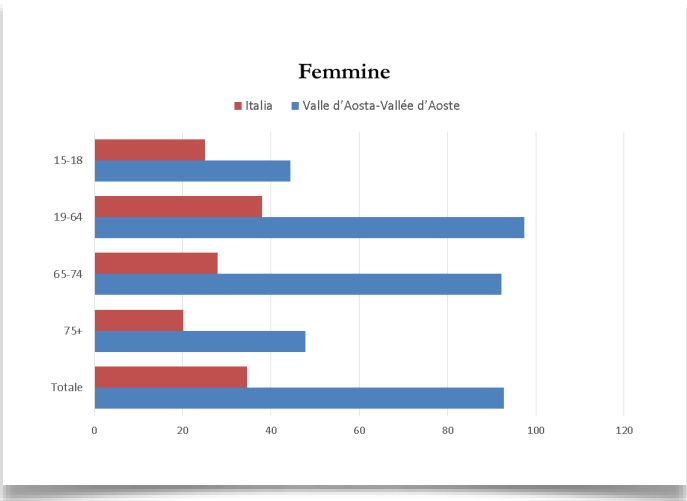


I due grafici che seguono mostrano, separatamente per i due generi, il trend temporale dal 2013 di questo indicatore per 10.000 abitanti in Valle d’Aosta e in Italia, rilevando sull’intero periodo un eccesso di dimissioni a livello regionale sia per i maschi, sia per le femmine.



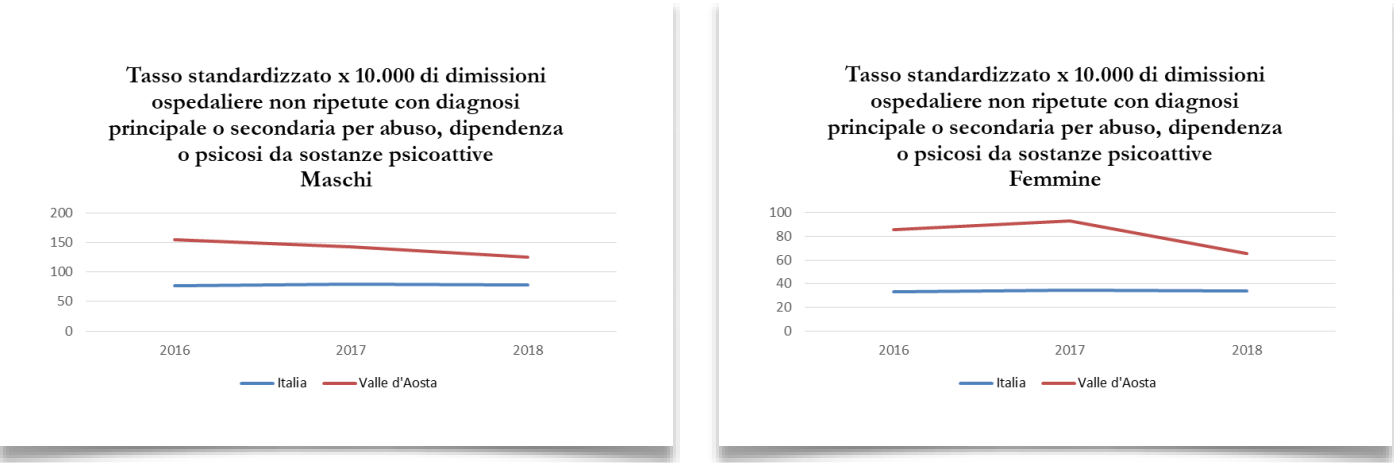
Diverso è il caso delle ospedalizzazioni per abuso, dipendenza o psicosi indotte da sostanze psicoattive⁵⁵ per le quali i valori sono superiori alla media italiana per entrambi i generi e per tutte le classi di età come mostra la figura che segue per i valori complessivi evidenziando un con il livello medio nazionale molto evidente soprattutto su alcune specifiche classi di età.

Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Anno 2017



⁵⁵ Il rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti dall’uso di sostanze ha evidenziato che i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alle dipendenze interagiscono l’uno con l’altro e si influenzano vicendevolmente. Oltre un adulto su quattro, in Italia, con gravi problemi di salute mentale ha anche un problema di uso di sostanze.

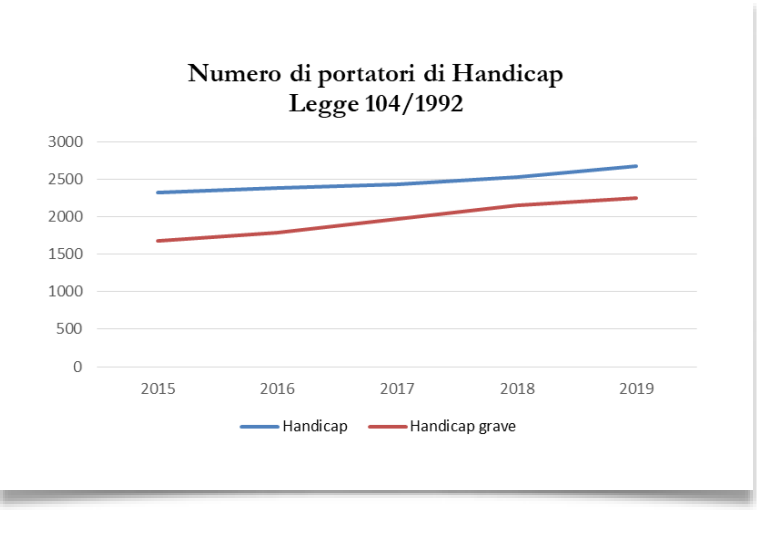
Nei due grafici che seguono è illustrato, separatamente per i due generi, il trend temporale di questo indicatore per 100.000 abitanti dal 2016 in Valle d'Aosta e in Italia rilevando eccessi regionali sull'intero periodo sia tra i maschi, sia tra le femmine.



Disabilità e invalidità civile. Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale, utili per un confronto tra regioni, registrano in Valle d'Aosta una prevalenza di persone con più di 6 anni di età portatrici di una qualche disabilità del 4,0% (che equivale a poco più di 5.000 persone), a fronte del 4,6% nel Nord Ovest e del 5,6% a livello medio nazionale. Secondo invece i dati regionali, nel 2019 e con attenzione alla Legge n.104/1992 nel 2019, i residenti in Valle d'Aosta con riconoscimento di handicap sono 4.920 che, sul totale della popolazione corrispondono al 2,02%, di questi, 2.248 hanno una situazione di handicap grave, pari all'1,84%. Con attenzione, invece, ai riconoscimenti di invalidità civile in base alla Legge n.118/1971 questi sono complessivamente 4.382 registrando un aumento dal 2015 del 25,4%.

La situazione è quella descritta nelle tabelle che seguono che mostrano, anche con una rappresentazione grafica, una variazione importante sugli ultimi 5 anni a carico delle persone con handicap grave. I valori sono riferiti al 2019 in quanto il 2020 è sottostimato per effetto dell'interruzione dell'attività delle Commissioni a causa della pandemia.

RICONOSCIMENTI di DISABILITÀ in Valle d’Aosta Confronto a 5 anni	2019		2015		Variazione 2015-2019
Persone con riconoscimento di Handicap ex Legge 104/1992	2.672	54 %	2.321	58 %	+ 15.0 %
con Handicap grave	2.248	46 %	1.674	42 %	+ 34,3 %
Totale	4.920	100 %	3.995	100 %	+ 23,1 %
Percentuale di persone con Handicap sul totale della popolazione	2,20 %		1,88 %		
di cui con Handicap grave	1,84 %		1,37 %		
TOTALE sulla popolazione	2,02 %		1,63 %		



RICONOSCIMENTI di INVALIDITA' in Valle d'Aosta Confronto a 5 anni	2019	2015	Variazione 2015-2019
Domande di invalidità presentate ex Legge n.118/1971	4.382	3.494	+ 25,4 %
Di cui, in percentuale sul totale delle domande:			
Distretto 1	14,7	15,9	
Distretto 2	54,3	52,6	
Distretto 3	12,7	12,9	
Distretto 4	18,3	18,6	

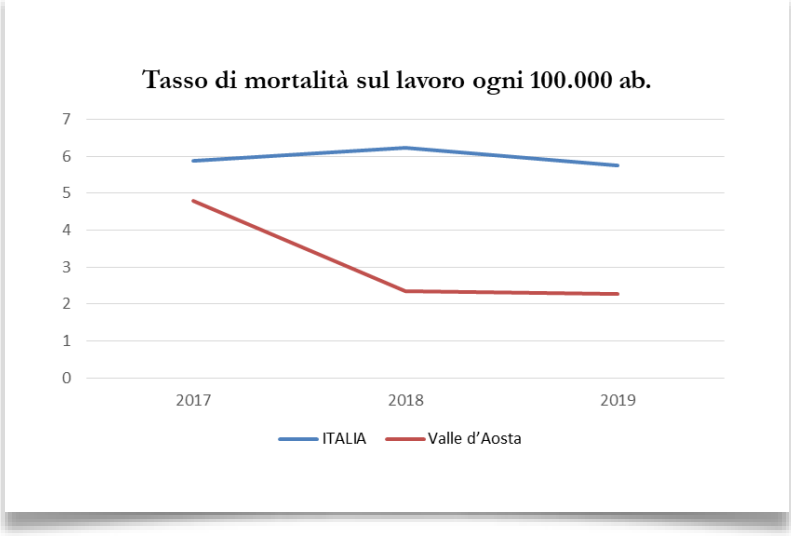
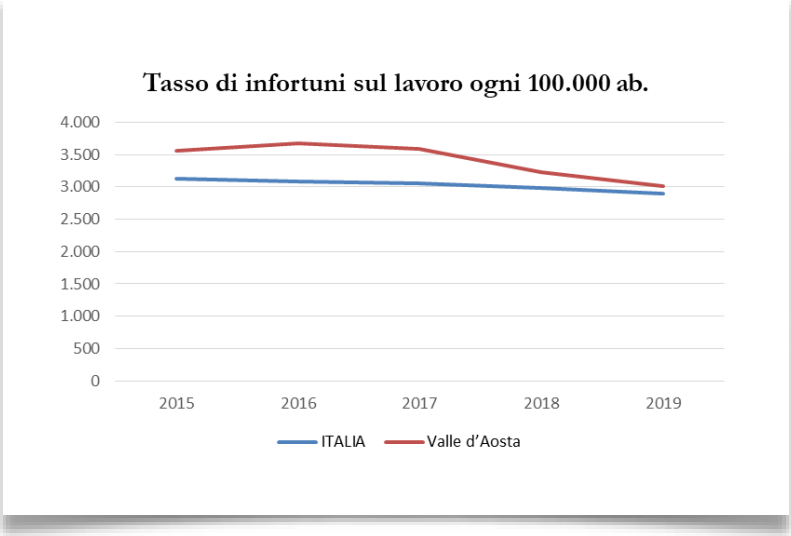
Incidenti. Gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro, tutti causa di considerevoli quote di mortalità e di morbosità, rappresentano un argomento rilevante nel dibattito sulla prevenzione e Sanità Pubblica. Il recente Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, si pone sei principali macro-obiettivi, tra cui due focalizzati su: incidenti stradali e domestici, infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali.

Per gli incidenti stradali e domestici, l'esiguità dei casi annui regionali determina forti oscillazioni nell'analisi del trend temporale. Il tasso medio di incidentalità stradale (dato dal numero di incidenti con lesioni a persone sulla popolazione media del periodo considerato x 1.000) tra il 2016 e il 2018, in Valle d'Aosta, è pari a 2,13 per 1.000 abitanti, a fronte di 2,88 della media nazionale. Con attenzione invece al tasso di persone coinvolte in incidenti domestici, dall'ultima indagine campionaria dell'Istat, relativa ad aspetti della vita quotidiana, in Valle d'Aosta nel 2018 il valore è di 14 ogni 1.000 abitanti, mentre il valore medio nazionale è di 13,4 ogni 1.000 abitanti.

Gli indicatori relativi agli infortuni e alla mortalità sul lavoro esprimono una misura della rischioosità legata allo svolgimento dell'attività lavorativa e derivano dalle notifiche inoltrate all'INAIL. I tassi regionali relativi alle denunce di infortunio, in complesso, mostrano un trend decrescente negli ultimi

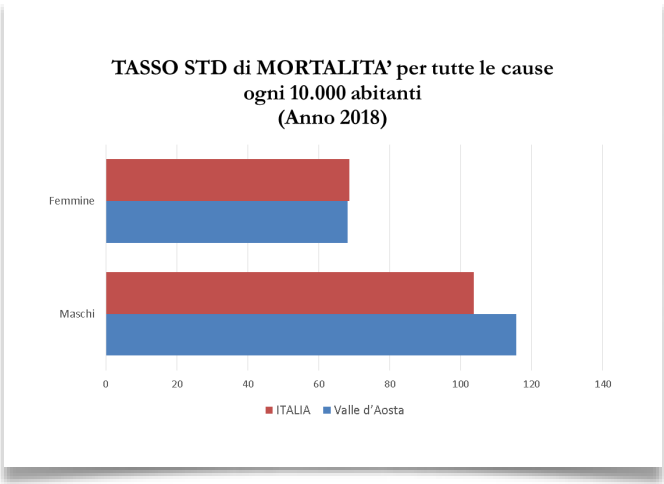
due anni del quinquennio 2015-2019, mentre, i tassi per gli eventi mortali mostrano per la Valle d’Aosta valori inferiori alla media nazionale e in netta flessione nel triennio 2017-2019, come riassumono la tabella e i grafici che seguono.

TREND del TASSO di INFORTUNI e della MORTALITA sul lavoro	Valle d’Aosta					ITALIA				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Tasso di infortuni sul lavoro ogni 100.000 ab.	3.565	3.680	3.588	3.230	3.007	3.124	3.084	3.062	2.982	2.897
Tasso di mortalità sul lavoro ogni 100.000 ab.	n.d.	n.d.	4,79	2,35	2,26	6,98	6,01	5,88	6,24	5,74

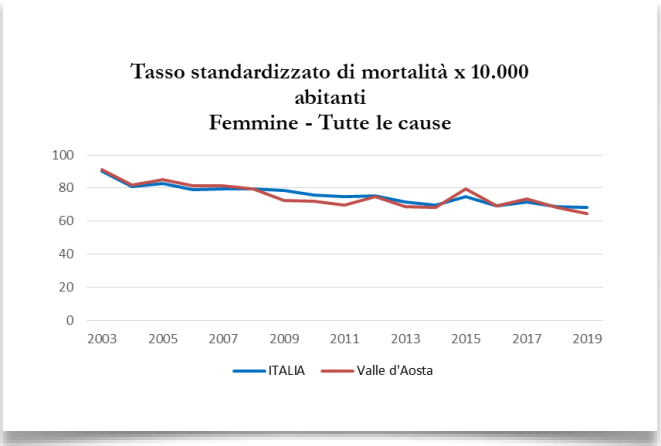
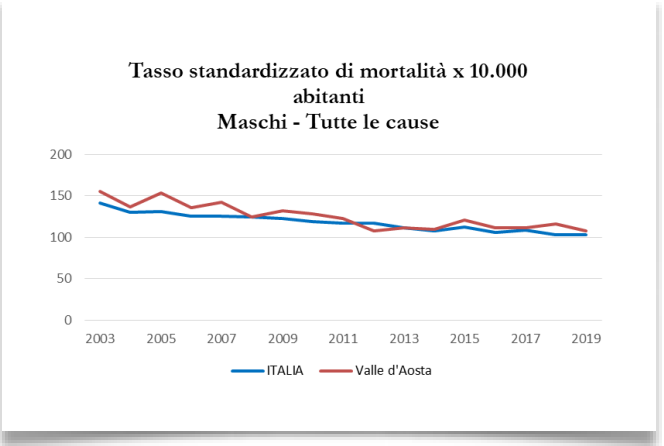


Mortalità. Nel confronto con i dati nazionali dell’Istat, gli indicatori regionali della mortalità per tutte le cause mostrano, nel trend temporale (2006-2018) descritto dalla tabella che segue, valori più elevati nei maschi, mentre nelle femmine il tasso di mortalità approssima quello media nazionale.

TREND del TASSO STD di MORTALITA' per tutte le cause ogni 10.000 abitanti.	Valle d’Aosta		ITALIA	
	2018	2006	2018	2006
Mortalità per tutte le cause Maschi	115,7	135,7	103,6	125,7
Mortalità per tutte le cause Femmine	68,15	81,5	68,55	78,8

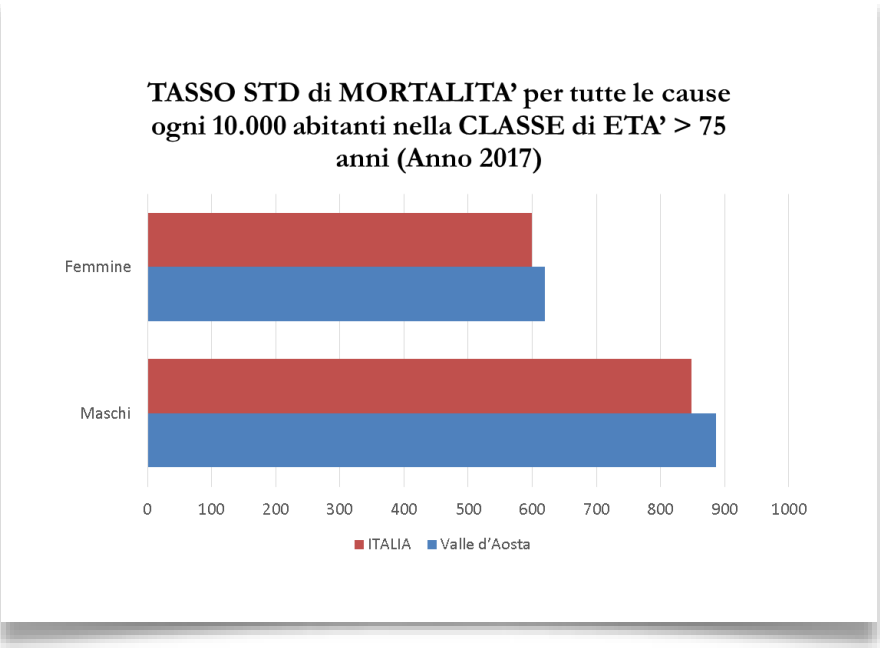


I due grafici che seguono mostrano, separatamente per i due generi, il trend della mortalità per tutte le cause in Valle d’Aosta e in Italia dal 2003. A differenza dei primi 10 anni del 2000, i valori regionali tra gli uomini segnano ora una riduzione nell’eccesso di mortalità, mantenendosi sempre più elevati; mentre le donne, che tra il 2008 e il 2014 presentavano valori della mortalità inferiori alla media nazionale, stanno nuovamente approssimando il trend nazionale.



Una ulteriore particolarità riguarda una mortalità differenziale più elevata in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale nell'ultima classe di età (oltre i 75 anni) per entrambi i generi, come illustrato dalla tabella e dalla figura che seguono nell'ultimo dato utile al confronto: uno svantaggio che potrebbe essere attribuito a una gestione non ottimale della cronicità proprio nelle persone anziane.

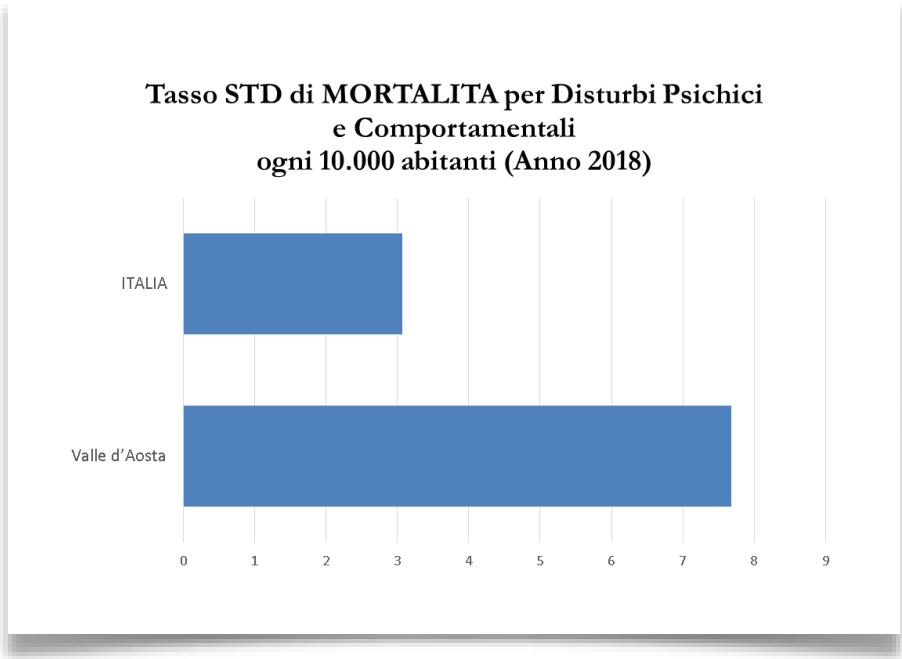
TASSO STD di MORTALITA' per tutte le cause ogni 10.000 abitanti nella CLASSE di ETA' > 75 anni (Anno 2017)	Valle d'Aosta	ITALIA
Mortalità per tutte le cause Maschi	886,9	848,0
Mortalità per tutte le cause Femmine	620,0	598,8



Nelle fasi non contrassegnate da un'emergenza pandemica, le azioni più efficaci per ridurre la mortalità sono quelle verso le prime due cause di morte (malattie del sistema circolatorio e tumori) che, da sole, in Valle d'Aosta, rappresentano il 59,6% della mortalità complessiva (63% a livello nazionale). Un'attenzione specifica deve poi essere dedicata in Valle d'Aosta ai disturbi psichici e comportamentali

che, già nel 2018, sono da annoverare tra le prime tre cause di morte. Di seguito la tabella confronta il tasso standardizzato di mortalità totale per le prime due cause di decesso in Valle d'Aosta con il valore medio nazionale riferito all'ultimo anno disponibile. Per i disturbi psichici e comportamentali la Valle d'Aosta registra una sovra mortalità rispetto al dato nazionale come sintetizzato nella figura che segue.

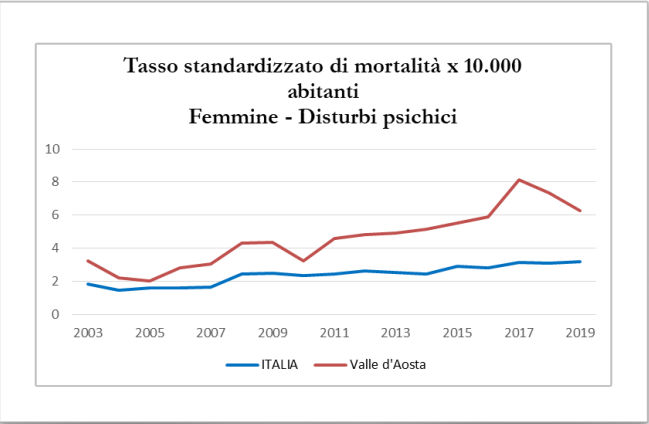
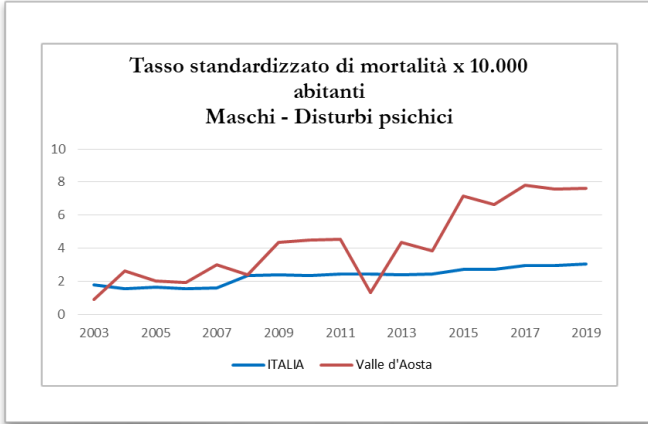
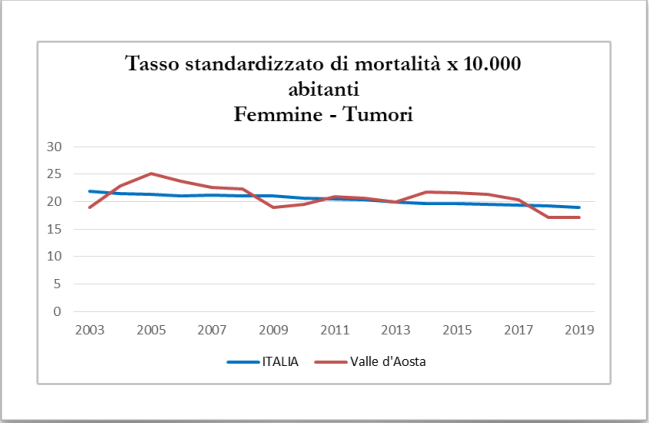
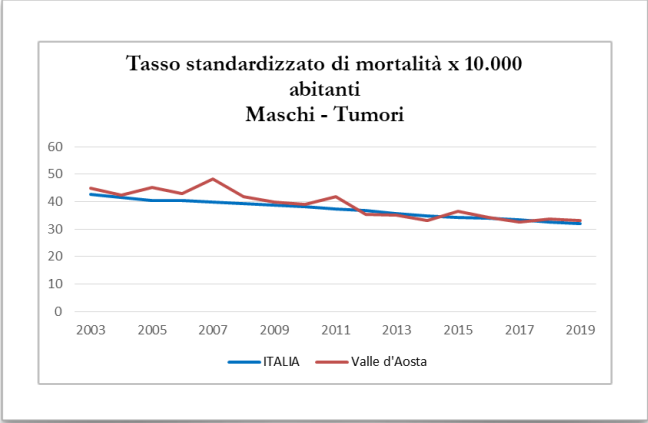
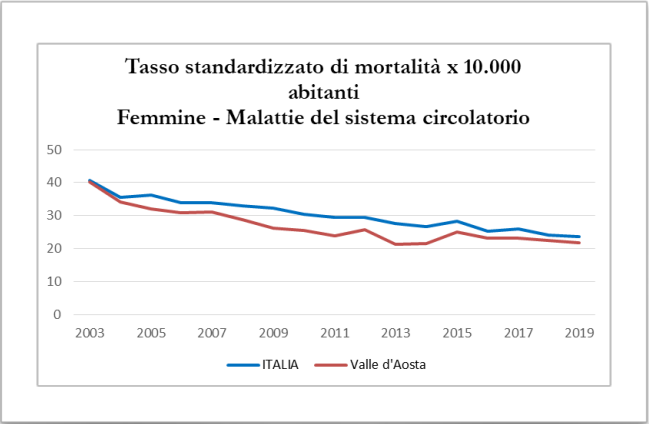
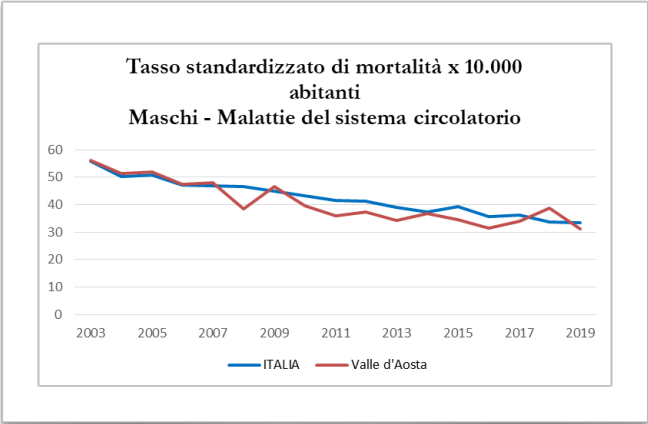
Tasso STD di MORTALITA ogni 10.000 abitanti (2018) PER LE PRIME CAUSE DI DECESSO	Valle d'Aosta	ITALIA
Mortalità TOTALE	87,98	82,93
Malattie del sistema circolatorio	28,77	28,08
di cui cerebrovascolari	9,0	7,01
Tutti i Tumori	24,0	24,71
di cui maligni	22,98	23,46
Disturbi psichici e comportamentali	7,68	3,07
di cui demenza	6,86	2,81



Nei grafici di seguito si riportano i trend temporali della mortalità per malattie del sistema circolatorio e tumori in Valle d'Aosta e in Italia dal 2003, separatamente per maschi e femmine.

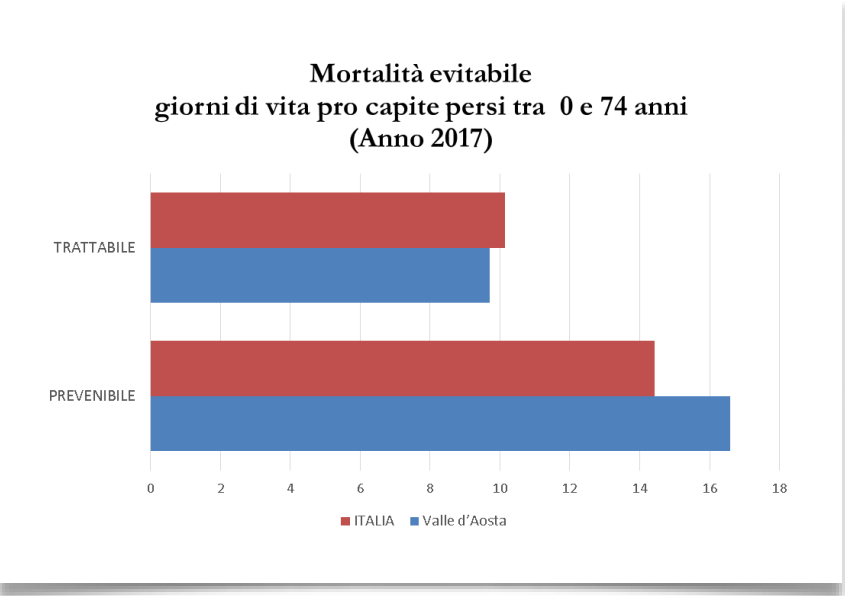
Mentre per le malattie del sistema circolatorio si registrano, per entrambi i generi, andamenti temporali migliori della media nazionale, la medesima considerazione non può riguardare i tumori che mostrano un andamento spesso eccedente la media nazionale sia tra i maschi, sia tra le femmine.

Infine, l'ultimo grafico illustra una caratteristica della mortalità regionale che vede da lungo tempo eccedere il valore regionale rispetto a quello medio nazionale in entrambi i generi per le cause di morte attribuite a disturbi psichici, che escludono la morte per suicidio.

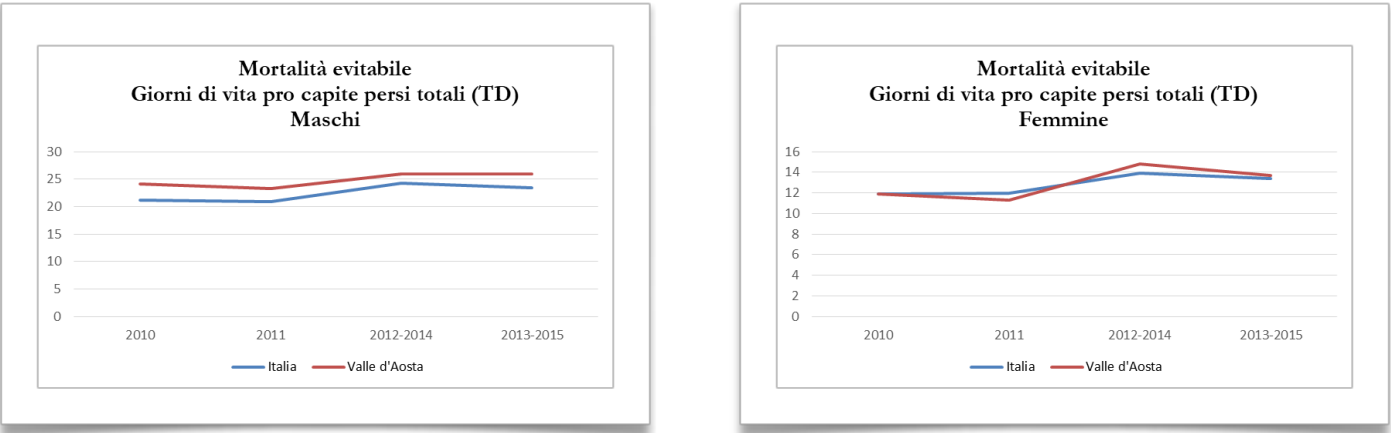


Differenziando l'analisi sulla mortalità, la mortalità "precoce" è la mortalità che si verifica tra i 30 e i 69 anni e in Valle d'Aosta, dal 2007 al 2017, si è ridotta più di quanto non sia avvenuto a livello nazionale (30% contro 18%). La mortalità "evitabile", invece, è la mortalità calcolata sui decessi tra 0 e 74 anni e ha due componenti: la prima è la mortalità "prevenibile" con interventi di prevenzione primaria e secondaria efficaci; la seconda è la mortalità cosiddetta "trattabile" attraverso servizi sanitari di qualità. La tabella e la figura che seguono mostrano come in Valle d'Aosta si registri un eccesso di mortalità "prevenibile" sia sulla componente "trattabile", sia rispetto al dato nazionale (considerando l'ultimo anno disponibile).

MORTALITA EVITABILE in giorni di vita pro capite persi tra 0 e 74 anni (Anno 2017)	Valle d'Aosta	ITALIA
Giorni di vita pro capite persi TOTALI	20,39	18,47
Di cui PREVENIBILE con adeguata prevenzione	16,58	14,43
Di cui TRATTABILE con servizi di qualità	9,70	10,14

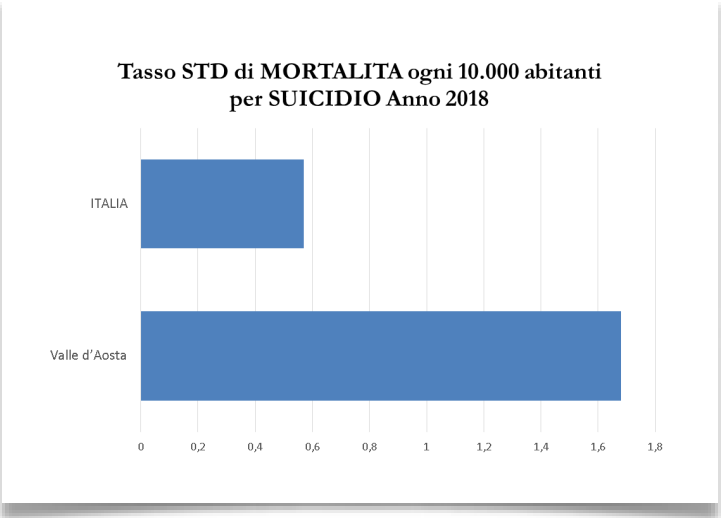


Il grafico sottostante riporta il trend temporale dal 2010, separatamente per maschi e femmine, della mortalità evitabile espressa in giorni di vita pro capite totali persi (sia per parte prevenibile, sia per parte trattabile) in Valle d'Aosta e in Italia, evidenziando la situazione di svantaggio per i maschi valdostani sull'intero periodo mentre per le femmine a partire dal 2011.



Un'analisi a parte va riservata alla mortalità per suicidio. I suicidi in Valle d'Aosta, nell'ultimo dato utile per il confronto con il valore nazionale (2018), sono 23 e, in rapporto alla popolazione, determinano un tasso standardizzato di mortalità per questa causa più elevato del livello medio nazionale, come mostra la tabella e la figura che seguono.

Tasso STD di MORTALITA ogni 10.000 abitanti) per SUICIDIO Anno 2018	Valle d'Aosta	ITALIA
Mortalità TOTALE	1,68	0,57

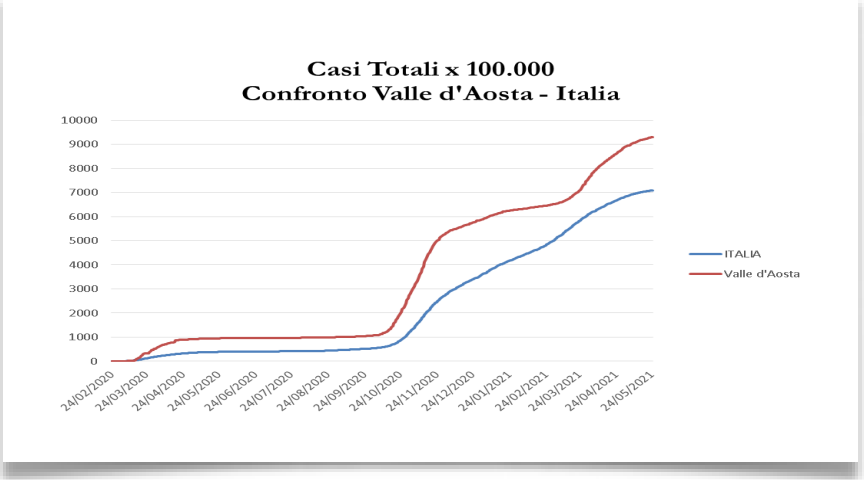


La pandemia da Covid, attraverso il confinamento e l'isolamento sociale, non ha influito sui suicidi portati a compimento, ma ha prodotto un aumento dei ricoveri per tentativi anti conservativi; infatti, se con questa causa nel 2019 potevano essere attribuiti l'11,6% dei ricoveri complessivi annui della struttura di Psichiatria dell'ospedale regionale, nel 2020 questa percentuale è pari al 15,5%.

Covid 19 e letalità. Nel 2020, l'epidemia da Sars Cov 2, a livello nazionale, ha causato in media il 9,94% del totale dei decessi a fronte del 20,50% registrato in Valle d'Aosta. Secondo i dati Istat del 2020, ponendo a confronto la media dei decessi avvenuti in Italia nel periodo 2015-2019 con i decessi del solo 2020 a livello medio nazionale si è registrato un aumento del 15,6% a fronte del 24,8% a livello regionale. Il Covid quindi, in Valle d'Aosta, ha avuto un impatto superiore sulla mortalità rispetto a quanto avvenuto in media a livello nazionale. Nel grafico seguente è indicato l'andamento temporale dall'inizio dell'epidemia del numero di **decessi** cumulativo per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale.

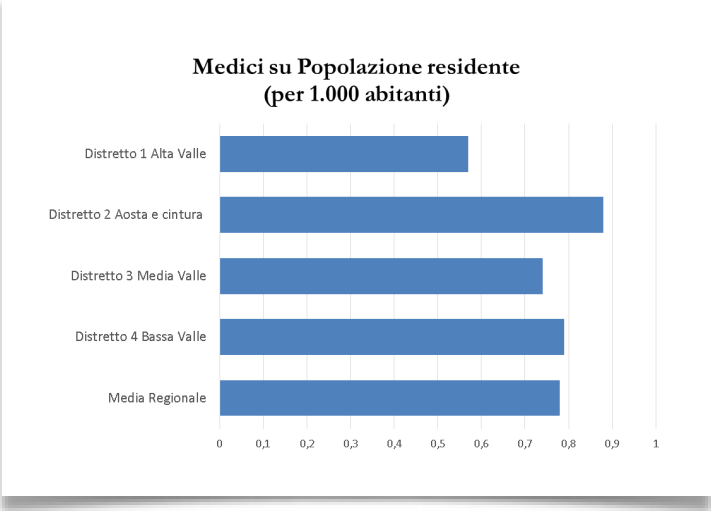


Il grafico seguente descrive, invece, l'andamento temporale dell'epidemia nella nostra regione dalle fasi iniziali del contagio e mostra come la Valle d'Aosta sia stata una delle regioni più colpite, infatti, confrontando il numero di **contagiati** totali dall'inizio dell'epidemia su 100.000 abitanti, si osserva come la Valle d'Aosta abbia superato la media nazionale del 30%, alla data del 25 maggio 2021.



L’Assistenza territoriale costituisce uno degli ambiti di intervento strategici del Servizio Sanitario Regionale ed è una delle parti innovative del presente Piano. Nella figura che segue è rappresentato il numero di medici di assistenza primaria ogni 1000 residenti, suddiviso per distretto ed è indicata, inoltre, la media regionale del 2020 e del 2016 per un confronto. Indicatori per Ambito territoriale

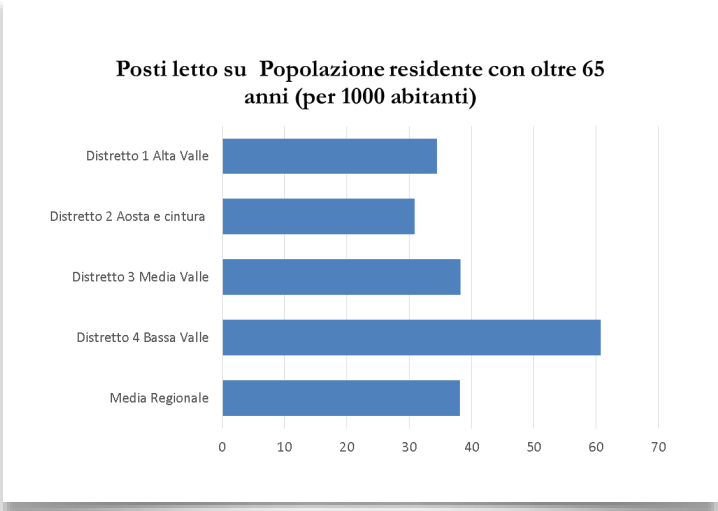
Indicatori per Ambito territoriale Anno 2020	Medici di medicina generale (MMG)	Pediatrati di libera scelta (PLLS)	Totale medici assistenza primaria	Popolazione residente	Medici /Popolazione residente * 1.000 ab
Distretto 1 Alta Valle	14	2	16	24.257	0,65
Distretto 2 Aosta e cintura	44	9	53	62.454	0,84
Distretto 3 Media Valle	10	2	12	16.076	0,74
Distretto 4 Bassa Valle	16	1	17	22.713	0,74
TOTALE Anno 2019	84	14	98	125.500	0,78
Confronto con Anno 2016			106	127.329	0,83



Ad implementare questa dotazione, presente in fase pandemica, il decreto n.14/2020 ha indicato la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), nuclei composti da un medico e da un infermiere, operanti 12 ore al giorno, per sette giorni alla settimana. Nonostante il decreto abbia indicato uno standard di una USCA ogni 50.000 abitanti, in Valle d’Aosta, a partire da novembre 2020, ne sono state costituite 6 per 125.500 abitanti)⁵⁶.

Con attenzione alle strutture residenziali per anziani, pubbliche e private, presenti in Valle d’Aosta nel 2020, la tabella e la figura che seguono descrivono la distribuzione in termini di offerta per singolo distretto e popolazione residente.

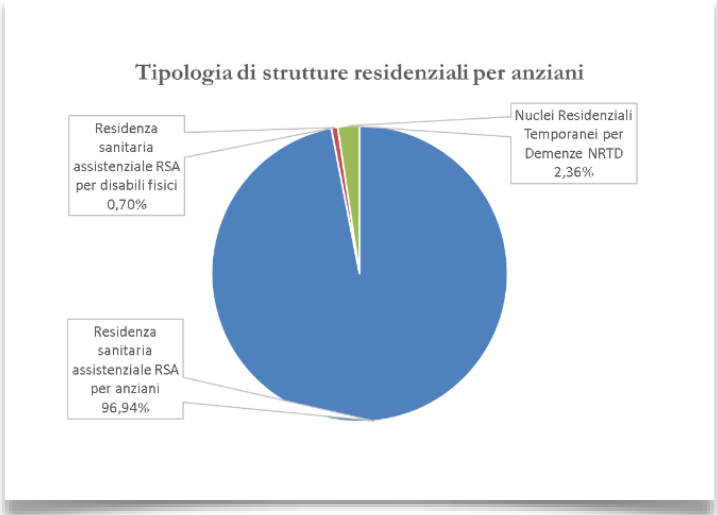
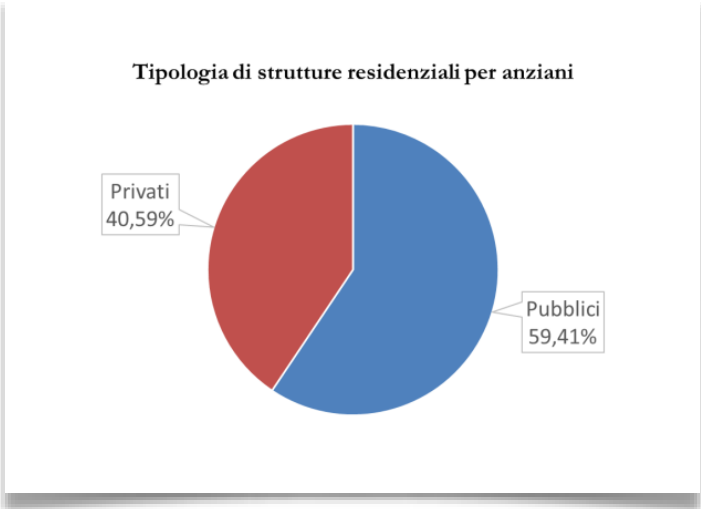
Assistenza residenziale per anziani per Ambito territoriale Anno 2020	Numero strutture	Numero posti letto	Popolazione residente con oltre 65 anni	Posti letto/ Popolazione residente con oltre 65 anni * 1000
Distretto 1 Alta Valle	8	185	5.349	34,5
Distretto 2 Aosta e cintura	13	465	15.039	30,9
Distretto 3 Media Valle	5	151	3.949	38,2
Distretto 4 Bassa Valle	11	342	5.627	60,7
TOTALE	37	1.143	29.964	38,1



⁵⁶ In prospettiva futura, il modello organizzativo e funzionale dell’USCA potrebbe ragionevolmente essere previsto, nell’ambito della medicina convenzionata, anche nella gestione delle patologie croniche, secondo il modello della medicina di iniziativa, utilizzando, anche in questo campo, le possibilità offerte dalla telemedicina.

Ad oggi, quindi sulla base delle strutture esistenti, si contano 5,3 posti ogni 1.000 abitanti, ma se il rapporto è con la popolazione ultra sessantacinquenne, sono disponibili 38,1 posti letto ogni 1.000 anziani (73,5 posti ogni 1.000 residenti di 75 anni e oltre), dati che collocano la Valle d'Aosta tra le regioni con i più alti livelli di offerta, insieme ad altre regioni del nord Italia. Dei complessivi 1.143 posti letto, la ripartizione specifica è quella indicata nella tabella e nei grafici che seguono da cui la necessità di una ottimale riorganizzazione sulla base dei mutati carichi assistenziali e dell'evoluzione del profilo epidemiologico delle persone anziane ospitate.

Tipologia di strutture residenziali per anziani	Anno 2020	
	Numero posti letto	% sul totale dei PL
Pubblici	679	59,4
Privati	464	40,6
Residenza sanitaria assistenziale RSA per anziani	1.108	96,93
Residenza sanitaria assistenziale RSA per disabili fisici	8	0,7
Nuclei Residenziali Temporanei per Demenze NRTD	27	2,36



Con attenzione alle prestazioni **specialistiche ambulatoriali**, le tabelle e il grafico che seguono sintetizzano l'offerta in Valle d'Aosta nel 2019, sia in termini di strutture presenti, sia di ricette per prestazioni specialistiche in rapporto alla popolazione assistita e al medico prescrittore.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Valore
Anno 2019	
Strutture pubbliche	1
Strutture private	5
Ricette totali annue	519.925
N. ricette medio per assistito	4,2
Prestazioni totali annue	1.731.270
N. prestazioni medie per ricetta	3,3
N. prestazioni medie per assistito	14,1

Numero RICETTE di specialistica ambulatoriale PER TIPOLOGIA DI MEDICO	Anno 2019	Valore Percentuale sul totale
Medico di medicina generale	259.843	62,50
Specialista	144.024	34,64
Pediatra di libera scelta	11.508	2,77
Altro (medici continuità assistenziale...)	341	0,08
TOTALE	415.716	100,0

Numero RICETTE di specialistica ambulatoriale PER TIPOLOGIA DI MEDICO

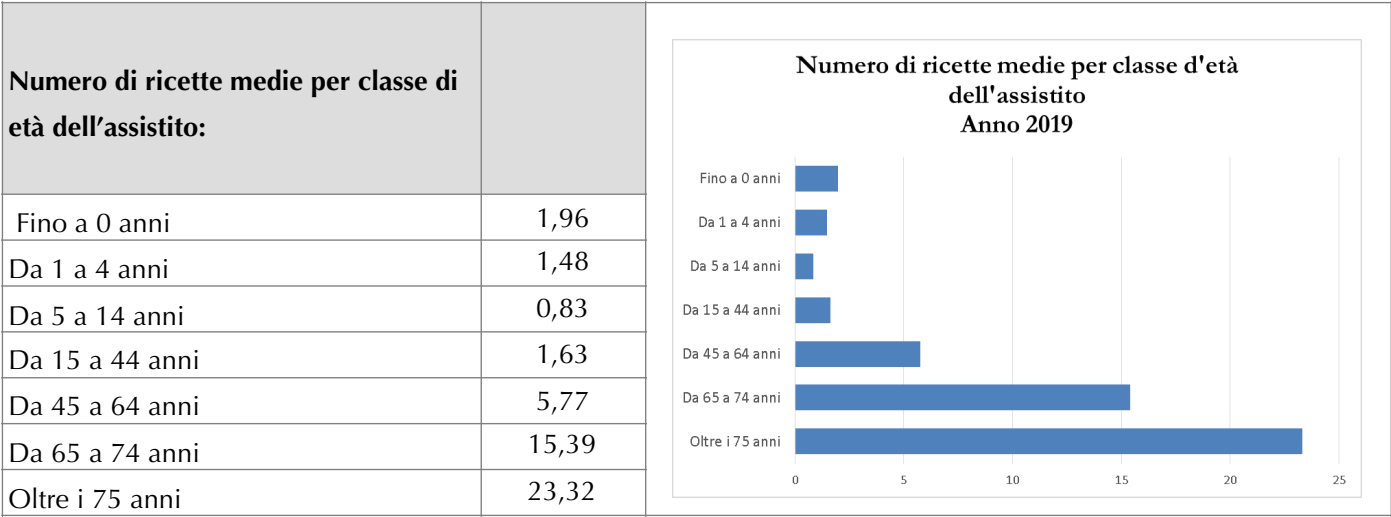
Tipologia	Percentuale
Medico di medicina generale	62,50%
Specialista	34,64%
Pediatra di libera scelta	2,77%
Altro (medici continuità assistenziale...)	0,08%

L'**Hospice**, struttura territoriale per le cure palliative, nel 2019 mantiene la sua dotazione di 7 posti letto, come da origine, con un numero annuo di dimessi di 162 e una durata media della degenza di 12 giorni circa. Infine, la Valle d'Aosta, nel 2019, ha registrato 4.081 accessi nei 6 **Centri traumatologici** di Ayas, Cervinia, Courmayeur, Gressoney-La-Trinité, La Thuile e Pila. Sul totale degli accessi il 94,46% è da attribuire ai non residenti (3.856 persone) e il 5,54% ai residenti (226 persone). Per concludere, nella tabella che segue, sempre con riferimento al 2019, si sintetizzano i dati di attività riferiti al **Pronto soccorso** dell'Ospedale regionale U.Parini ponendoli a confronto con il 2015 da cui si evince una flessione negli accessi al ricorso a questo servizio, caratterizzato dall'estrema visibilità, dall'apertura H24 e dalla frequente gratuità che spesso determinano un elevato livello di inappropriatezza e di sovraccarico.

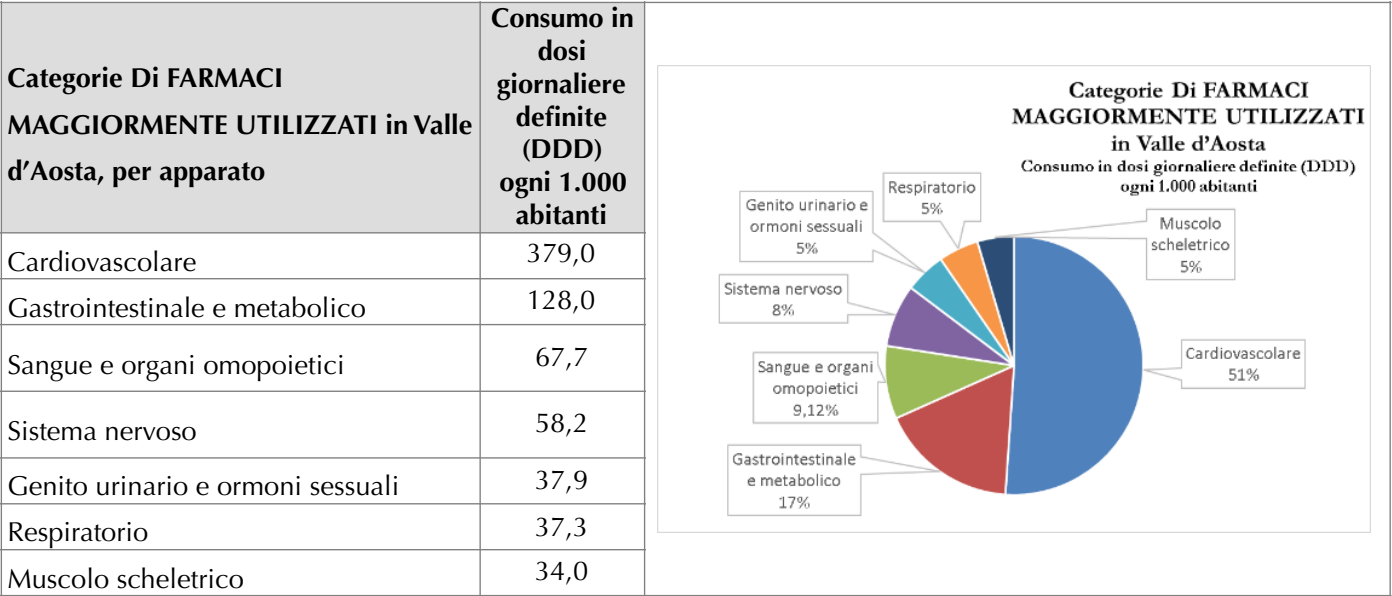
Indicatori di attività del PRONTO SOCCORSO REGIONALE	Anno 2019	Valore %	Anno 2015	Valore %	Variazione % 2019-2015
Confronto 2019-2015					
N. accessi	48.132	100,0	50.751	100,0	-5,16
Di cui a residenti	40.465	84,0	43.109	85,0	-1,00
Accessi seguiti da:					
Dimissione al domicilio	39.506	82,0	39.894	78,6	3,40
Ricovero	7.898	16,4	9.801	19,3	-2,90
Rifiuto al ricovero	547	1,13	637	1,3	-0,17
Dimissioni a strutture ambulatoriali	124	0,3	355	0,7	-0,40
Trasferimento ad altro istituto	33	0,07	21	0,04	0,03
Deceduto in Pronto soccorso	24	0,05	42	0,08	-0,03
Arrivato morto	0	0	1	0,001	0,00

Assistenza farmaceutica. Le farmacie rappresentano una rete importante con la loro dislocazione capillare che raggiunge comuni distanti dall’asse viario centrale o caratterizzati da quote altimetriche elevate. La tabella che segue sintetizza la dotazione regionale e il ruolo erogatore da esse svolto in Valle d’Aosta nel 2019. Sul totale del numero di ricette oltre il 93% è prescritto dal medico di medicina generale. La figura mostra anche l’effetto dell’età sul consumo di farmaci.

Indicatori di ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE in Valle d’Aosta	Anno 2019 Valore
Strutture pubbliche	7
Strutture private	40
Numero annuo di ricette prescritte	890.846
Numero di ricette medio per assistito per anno	7,23



Tra tutte le categorie di farmaci, quella **cardio vascolare**, da sola, determina poco meno della metà del consumo delle dosi giornaliere di farmaco ogni 1.000 abitanti. La tabella e la figura che seguono sintetizzano i consumi per specifica categoria.



La spesa lorda pro capite farmaceutica territoriale in Valle d’Aosta è inferiore a quella media nazionale come mostra la tabella che segue, anche con attenzione al trend temporale 2001-2018. A questi valori si aggiungono ovviamente quelli della spesa individuale privata. La riflessione che deve essere condotta riguarda quanto questa diminuzione potrebbe attribuirsi a problemi indipendenti dallo stato di salute e attinenti invece alla condizione economica, all’accessibilità o alla minore competenza sanitaria dei cittadini.

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	Valle d’Aosta	ITALIA
Anno 2018		
Spesa pro capite lorda in Euro	136,4	166,5
Variazione della spesa lorda pro capite 2001-2018	-22,7 %	-20,7%

Il soccorso sanitario pre ospedaliero. Un importante indicatore della performance del soccorso sanitario pre-ospedaliero è rappresentato dal tempo di arrivo dell’ambulanza nel luogo dell’evento, tempistica codificata da un apposito LEA (Livello essenziale di assistenza) a evidenziarne il diritto esigibile da parte dei cittadini. L’analisi dei dati del trend temporale che segue mostra come, in Valle d’Aosta, questo indicatore presenti da tempo valori più elevati della media nazionale, per ragioni solo in parte da attribuire alla morfologia del territorio. L’indicatore, si precisa, considera solo le missioni non annullate, quelle corrispondenti a interventi con “Criticità Presunta dell’Intervento” mediamente critica (codice giallo) o

critica (codice rosso) e esclude le chiamate che hanno un tempo di arrivo del mezzo inferiore a 1 minuto o superiore a 180 minuti. Si rammenta infine che il tempo medio di percorrenza deve essere inferiore a 18 minuti, come stabilito nel decreto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

TEMPO TRA INIZIO DELLA CHIMATA ALLA CENTRALE OPERATIVA E ARRIVO DEL MEZZO DI SOCCORSO SUL LUOGO DELLA CHIAMATA. Anni 2016-2021	Valle d’Aosta	ITALIA
Tempo medio in minuti Anno 2016	24	17
Tempo medio in minuti Anno 2017	24	17
Tempo medio in minuti Anno 2018	24	17
Tempo medio in minuti Anno 2019	25	17
Tempo medio in minuti Anno 2020	27	21
Tempo medio in minuti Anno 2021	26	21

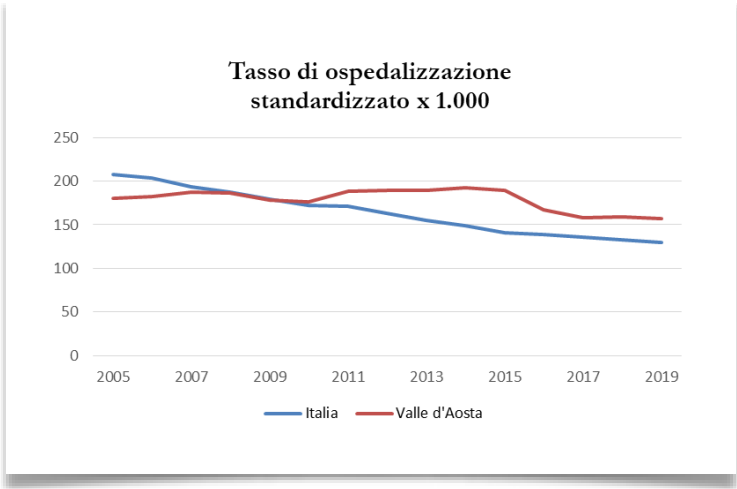
L’assistenza ospedaliera regionale. Considerando la fase ordinaria, precedente cioè alla pandemia da Covid 19, la Valle d’Aosta dispone di **2 strutture**. L’ospedale pubblico regionale - strutturato su 3 stabilimenti (U.Parini, Beauregard ed ex Maternità) in Aosta - e la struttura privata convenzionata denominata Istituto Clinico Valle d’Aosta (ISAV) nel comune di Saint-Pierre. L’analisi e i dati che seguono si riferiscono sia all’Ospedale U.Parini, sia alla struttura ISAV di Saint Pierre, la quale, essendo mono specialistica, tratta in regime di ricovero per acuti la sola chirurgia ortopedica. La valutazione della situazione pre-pandemica consente di comprendere meglio le modalità e i tempi con i quali il servizio sanitario ha reagito all’impatto, inatteso, di un’epidemia di portata non preventivabile.

INDICATORI DI DOTAZIONE OSPEDALIERA - Anno 2020	Valore
Posti letto complessivi regionali	511
Di cui:	
Ospedale Umberto Parini	435
ISAV (in convenzione)	76
OSPEDALE PARINI	
Posti letto per acuti in regime ordinario	346
Posti letto per acuti in regime di day ospital e day surgery	38
Posti letto di riabilitazione e lungodegenza	30
Posti letto tecnici (es.culle)	21
ISAV	
Posti letto per acuti in regime ordinario (chirurgia ortopedica)	10
Posti letto per acuti in regime di day surgery	2
Posti letto di riabilitazione	64

Con attenzione agli **standard ospedalieri** nazionali di funzionamento, il decreto ministeriale n.70/2015⁵⁷ riconosce una clausola di salvaguardia alla Regione autonoma Valle d’Aosta e la tabella che segue mostra i valori regionali e quelli previsti dal decreto ministeriale del 2015 dei due principali standard imposti dal Decreto.

Il grafico successivo invece mostra come, a partire dal 2010, in Valle d’Aosta il tasso di ospedalizzazione, ossia il numero di ricoveri dei valdostani ovunque ricoverati in Italia, rispetto alla popolazione residente, si sia mantenuto costantemente più elevato della media nazionale.

STANDARD ASSISTENZA OSPEDALIERA Per 1.000 abitanti Anno 2020	Valle d’Aosta	DM n.70/2015 (limite massimo)
Tasso di ospedalizzazione	171,04	160,0
Posti letto per abitanti	3,95	3,7
Di cui per riabilitazione e lungodegenza	0,7	0,7



Con riferimento all’attività ospedaliera, la tabella che segue sintetizza, invece, alcuni indicatori principali sia per l’Ospedale U.Parini, sia per la struttura convenzionata ISAV che non disponendo di Pronto soccorso svolge solo attività programmata. Trattandosi, inoltre, di struttura riabilitativa, ISAV registra degenze medie più lunghe della struttura ospedaliera regionale per acuti.

Indicatori di ATTIVITA' OSPEDALIERA Anno 2020	Ospedale U.Parini	ISAV
Numero di Ricoveri	14.597	1.301
Di cui:		
In ricovero ordinario	11.719	1.285
In day hospital	2.878	16

⁵⁷ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

In RICOVERO ORDINARIO Anno 2020	Ospedale U.Parini	ISAV
Numero di Giornate di degenza totali	101.600	14.395
Degenza media (in giorni)	8,67	11,7
Tasso di occupazione dei posti letto	79 %	49 %
Percentuale di ricoveri programmati (2019) (2020 non valutabile causa Covid)	55,74 %	100 %
Percentuale di ricoveri in urgenza (2019) (2020 non valutabile causa Covid)	44,26 %	Non previsto

In DAY HOSPITAL Anno 2020	Ospedale U.Parini	ISAV
Ricoveri	2.878	16
Giornate di degenza	11.658	16

Per un’analisi comparativa della complessità clinica ospedaliera regionale con i corrispondenti valori medi nazionali di seguito rappresentata, la media nazionale è posta uguale all’ unità, per cui valori in eccesso o in difetto sono da interpretare, a seconda del significato dell’indice, come migliorativi o peggiorativi rispetto al valore medio unitario. Come per tutte le regioni di piccole dimensioni il “peso del ricovero” per acuti in regime ordinario intra regionale è inferiore a quello extra regionale, per ovvie ragioni di limitazione dell’offerta, specie se di alta complessità. Analogamente anche il mix di casistica trattata, stante un unico ospedale a servizio di un ridotto bacino di utenza, è inferiore a quello medio nazionale. Nel caso, invece, della performance, quando il valore dell’indice supera l’unità, come nel caso della Valle d’Aosta, è perché, a parità di casistica, la degenza media è più lunga di quella standard e poiché la durata della degenza è superiore allo standard di riferimento, nonostante la complessità clinica regionale sia inferiore ad 1, verosimilmente, questa situazione può essere ricondotta a cause di inefficienza organizzativa.

Indicatori di COMPLESSITA’ OSPEDALIERA del ricovero ordinario. Confronto con i valori nazionali medi Anno 2019	Valle d’Aosta	ITALIA
Peso medio dei ricoveri per acuti effettuati in regione	1,20	1,23
Peso medio dei ricoveri ai valdostani fuori regione	1,70	1,48
Indice di Case MIX (ICM)	0,97	1,0
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,09	1,0

Di seguito invece una tabella riassume il confronto tra i valori degli indicatori regionali e quelli medi nazionali in merito all’**efficienza organizzativa**. Emerge, in generale, l’eccesso di ospedalizzazione in Valle d’Aosta rispetto alla media nazionale che potrebbe essere dovuto anche alla mancanza di strutture intermedie di cura tra il domicilio e l’ospedale per acuti, specie se si considerano i valori che assume l’ospedalizzazione al crescere dell’età dei pazienti ricoverati, in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital), come evidenziato nelle tabelle di seguito e nelle figure.

Indicatori di EFFICIENZA OSPEDALIERA Confronto con i valori nazionali medi di attività per ACUTI Anno 2019	Valle d’Aosta	ITALIA
Tasso di ospedalizzazione std per età e genere in ricovero ordinario	101,56	90,09
Tasso di ospedalizzazione std per età e genere in day hospital	37,97	27,82

Confronto con i valori nazionali medi di attività per ACUTI Anno 2019

Categoria	ITALIA	Valle d'Aosta
Tasso di ospedalizzazione std per età e genere in DAY HOSPITAL	~30	~25
Tasso di ospedalizzazione std per età e genere in RICOVERO ORDINARIO	~90	~100

Ricovero ORDINARIO per acuti Tasso di ospedalizzazione per classi di età	Valle d’Aosta	ITALIA
Meno di 1 anno	409,45	424,11
Da 1 a 4 anni	39,10	59,73
Da 5 a 14 anni	29,51	31,23
Da 15 a 24 anni	47,72	40,11
Da 25 a 44 anni	75,70	67,05
Da 45 a 64 anni	85,77	74,97
Da 65 a 74 anni	188,75	154,56
Oltre i 75 anni	292,71	255,48
Tasso TOTALE	112,82	97,61

**Ricovero ORDINARIO per acuti
Tasso di ospedalizzazione per classe d'età**

Classe d'età	ITALIA	Valle d'Aosta
Oltre 75 anni	~255	~293
Da 65 a 74 anni	~155	~189
Da 45 a 64 anni	~75	~86
Da 25 a 44 anni	~67	~76
Da 15 a 24 anni	~40	~48
Da 5 a 14 anni	~31	~30
Da 1 a 4 anni	~60	~39
Meno di 1 anno	~424	~410

Ricovero in DAY HOSPITAL per acuti Tasso di ospedalizzazione per classi di età	Valle d’Aosta	ITALIA
Meno di 1 anno	16,87	34,26
Da 1 a 4 anni	14,66	28,23
Da 5 a 14 anni	21,49	25,06
Da 15 a 24 anni	20,34	20,53
Da 25 a 44 anni	34,44	23,94
Da 45 a 64 anni	39,15	28,47
Da 65 a 74 anni	67,00	42,02
Oltre i 75 anni	67,22	35,56
Tasso TOTALE	40,42	28,65

**Ricovero in DAY HOSPITAL per acuti
Tasso di ospedalizzazione per classe d'età**

Classe d'età	ITALIA	Valle d'Aosta
Oltre 75 anni	~36	~67
Da 65 a 74 anni	~42	~67
Da 45 a 64 anni	~28	~39
Da 25 a 44 anni	~24	~34
Da 15 a 24 anni	~21	~20
Da 5 a 14 anni	~25	~20
Da 1 a 4 anni	~28	~15
Meno di 1 anno	~34	~17

Mobilità sanitaria. Di tutte le voci che compongono la mobilità sanitaria, ossia le prestazioni che ogni cittadino richiede ai servizi sanitari, pubblici o privati accreditati, ospedalieri e territoriali, esterni ai confini della regione di residenza, la quota maggiore riguarda le prestazioni da ricovero (oltre il 75%). Con attenzione alla mobilità sanitaria ospedaliera regionale, i dati che seguono sintetizzano la situazione della Valle d’Aosta:

INDICATORI DI MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA Anno 2019	Valore Assoluto di dimessi	Percentuale sui dimessi totali	
Indice di attrazione	2.386	12%	
Indice di fuga	3.423	16%	
Prime Regioni di ATTRAZIONE dell'Ospedale regionale :			
Piemonte	1.324	62,1%	
Lombardia	231	10,8%	
Liguria	231	10,8%	
Prime Regioni di FUGA per l'Ospedale regionale:			
Piemonte	2.064	60,3%	
Lombardia	781	22,8%	
Liguria	207	6,0%	

Secondo uno studio recentemente condotto da Agenas sulla mobilità sanitaria ospedaliera, la valorizzazione economica della mobilità sanitaria ospedaliera per la Valle d’Aosta è la seguente:

INDICATORI ECONOMICI DI MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA per la Valle d’Aosta. Confronto Anni 2008 - 2018	2008	2018	Variazione
Mobilità attiva in Euro	9.014.880	12.940.975	+ 44 %
Mobilità passiva in Euro	23.403.869	19.252.714	- 18 %
Saldo (attiva – passiva) in Euro	14.388.989	6.311.739	- 56 %

L’assetto istituzionale-organizzativo. In riferimento al personale dipendente del SSN, si rappresentano nelle tabelle che seguono sia gli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite (grezza e pesata) per il personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatica quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del turnover. Il riferimento ai dati regionali è quello dell’ultimo anno disponibile per i confronti a livello nazionale. Di seguito la tabella sintetizza i principali indicatori a confronto con la media nazionale per l’ultimo anno disponibile. Per quanto riguarda la **spesa per il personale** dipendente del SSR⁵⁸ , la sua incidenza sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di poco (0,1% a fronte dell’ 1,3% nazionale) negli ultimi anni, e rimane la seconda più elevata a livello nazionale.

SPESA SANITARIA per il personale	Valle d’Aosta	ITALIA
Spesa pro capite grezza in Euro	885,1	566,3
Spesa pro capite pesata in Euro	864,0	566,3

Al fine di programmare con anticipo il **fabbisogno di personale sanitario** (medico e del comparto afferente ai ruoli sanitari) è necessario conoscerne la struttura per età⁵⁹. Tralasciando la distinzione di genere, la situazione regionale è descritta nella tabella che segue nel confronto con la media nazionale.

PERSONALE operante nel SSN in percentuale per classe di età sul totale	Valle d’Aosta	ITALIA
inferiore a 30 anni	3 %	2 %
tra 30 e 39 anni	16 %	10 %
tra 40 e 49 anni	32 %	30%
tra 50 e 59 anni	39 %	40 %
con più di 60 anni	10 %	15 %

⁵⁸ La spesa per il personale deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute. L’analisi è stata svolta prendendo in considerazione sia la popolazione bacino di utenza del SSN che la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima è costituita dai residenti in Valle d’Aosta; la seconda è costituita dalla popolazione dei residenti ponderata per la struttura per età in quanto a popolazioni più anziane corrisponde una spesa più elevata. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale. L’indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell’attività intramoenia

⁵⁹ I dati sono relativi al quadriennio 2014-2017 sono quelli acquisiti con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del decreto legislativo. n. 165/2001. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale

Infine il tasso di compensazione del turnover⁶⁰ è calcolato come rapporto tra gli entrati nel periodo meno gli stabilizzati nel periodo, diviso per il numero degli usciti (per 100). Tutto riferito al medesimo lasso di tempo. Se il tasso è > di 100 vi è stato un ampliamento dell’organico, se è < a 100 vi è stata una contrazione. Al netto delle procedure di stabilizzazione la situazione della Valle d’Aosta per l’ultimo anno disponibile al confronto mostra una compensazione inferiore a quella media nazionale.

TASSO di COMPENSAZIONE del TURNOVER Analisi temporale	Valle d’Aosta	ITALIA
Dal 2014	139 %	80,5 %
All’ ultimo anno disponibile	81,3%	97,7 %

Fonti dei dati:
Rapporto Osservasalute 2019 _ Università Cattolica Sacro Cuore, Roma (pubblicato il 19 giugno 2020)
Relazione sullo Stato dell’Ambiente. ARPA della Valle d ‘Aosta (ultimo dato pubblicato disponibile)
Istat “Aspetti della vita quotidiana” _ 2019
Mortalità evitabile_MEV(i)_ 2019 (su dati 2014 - 2017)
Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021 “ Il case fatality rate dell’infezioneSARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell’epidemia in Italia” (Versione del 20 gennaio 2021)
AIOM_AIRTUM “I numeri del Cancro in Italia 2019”_Cap.3 Dati regionali
F.Bortolan “Mobilità sanitaria: la chiave di lettura di Agenas” (novembre 2020)
Ministero della Salute “Rapporto SDO 2019” (pubblicato ad ottobre 2020)
Istat “Indagine sui decessi e cause di morte” (Edizione 2020 su dati 2017)
I_Stat 2021 Cause di morte 2018
Health for All (Istat) - Edizione dicembre 2020

⁶⁰ Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e uscite che l’organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo considerato. In particolare vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro.

SALUTE E AMBIENTE

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel mondo un caso di morte su quattro sia da attribuire a fattori ambientali, che contribuiscono a un ampio spettro di malattie e infermità con effetti maggiori sui bambini e sugli anziani, fasce vulnerabili della popolazione. L’ambiente, l’inquinamento, le variazioni del clima giocano un ruolo fondamentale sul benessere e la salute delle popolazioni. Secondo l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) la strategia globale per la salute, l’ambiente e i cambiamenti climatici deve prevedere un approccio convergente e multisettoriale al fine di assicurare ambienti sicuri e accessibili secondo i principi di equità e di sostenibilità. Non a caso sia il documento Next Generation EU (NGEU), sia il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) individuano nel trionomio clima, ambiente e salute una delle aree su cui concentrare gli obiettivi e le risorse finanziarie.

Ai sensi dell’art. 3, c.1, lett. i) della legge regionale n.7/2018, l’ARPA fornisce la collaborazione con le strutture regionali competenti per la predisposizione, l’attuazione e il monitoraggio di piani regionali in materia ambientale e sanitaria, anche in riferimento a particolari rischi ed emergenze per l’ambiente e la popolazione.

La predisposizione dei dati e degli indicatori del contesto che seguono sono stati curati dall’ARPA Valle d’Aosta per quanto attiene le matrici ambientali con un interesse specifico verso l’impatto sulla salute al fine di generare progetti specifici in collaborazione con l’Azienda USL della Valle d’Aosta e, in particolare, con il Dipartimento di Prevenzione come anche previsto dal Piano Regionale della Prevenzione approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1654 del 6 dicembre 2021.

Il rapporto ambiente-salute è di seguito indagato attraverso l’impiego di indicatori selezionati sulla base della rilevanza che assumono i valori regionali nel determinare un impatto specifico sulla salute della popolazione.

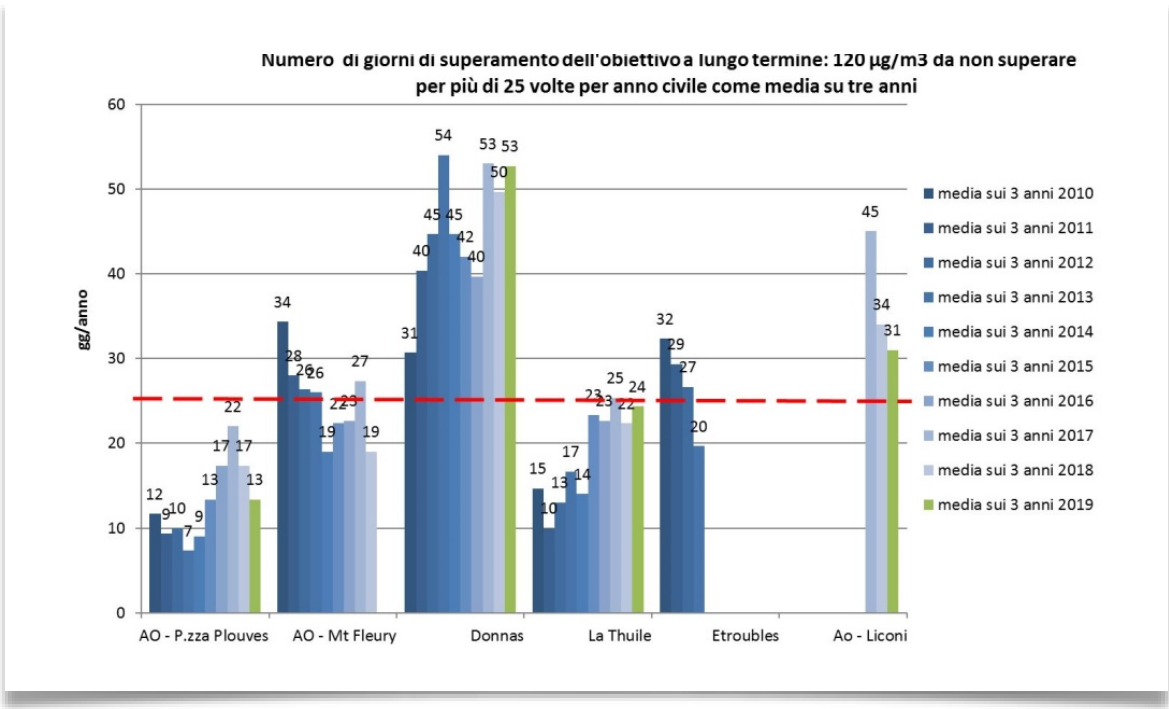
Effetti del surriscaldamento. Rispetto al periodo 1974 -1995 la Valle d’Aosta ha registrato un aumento medio della temperatura di circa 1.7°C gradi centigradi. Le previsioni sulla tendenza al riscaldamento, osservata negli ultimi decenni, confermano un trend all’aumento anche per il futuro: si stima infatti che nel 2035 le temperature medie annue saranno superiori rispetto al periodo 1980-2010 di circa +1°C/+1.2°C. Al 2050 le stime prevedono un ulteriore incremento compreso tra +1.1°C e +2°C. Solo a fronte di una decisa riduzione delle emissioni climalteranti, tale incremento potrà, a fine secolo, essere contenuto a +1.0°C. Al contrario, in assenza di adeguate politiche di contenimento dell’emissione di gas serra, l’incremento medio delle temperature potrà arrivare fino a +4.1°C, generando effetti irreversibili sulle attività antropiche e sulle persone.

Le ondate di calore possono causare problemi cardiocircolatori, neurologici, disidratazione e aumento della temperatura corporea, riducendo le capacità dell’organismo con un impatto non indifferente in particolare su categorie sensibili (anziani, neonati, ...) e sui lavoratori. Il caldo estivo può inoltre coincidere con l’aumento dell’inquinamento da ozono con conseguenti difficoltà respiratorie. A subire nell’immediato l’effetto dannoso delle alte temperature sono soprattutto le persone con problemi cardiaci. Questi soggetti sono più vulnerabili perché in condizioni termiche più elevate il sistema cardiovascolare deve lavorare in modo maggiore per mantenere la temperatura corporea stabile. Il clima più caldo, inoltre, comporta una maggiore frequenza dei colpi di calore ed un aumento della diffusione dei problemi respiratori.

Qualità dell'aria e concentrazioni di ozono. Uno degli indicatori sulla qualità dell'aria è certamente quello relativo alla concentrazione di ozono (O3)⁶¹. Gli impatti principali dell'inquinamento da ozono sono quelli a carico della salute umana. Il bersaglio prevalente dell'O3 è l'apparato respiratorio. Gli effetti possono essere acuti (a breve termine) con diminuzione della funzionalità respiratoria, e cronici (a lungo termine). Il valore posto come obiettivo per l'indicatore relativo alla concentrazione di ozono nell'aria non è rispettato nelle stazioni di Aosta (via Liconi) e di Donnas.

Nelle aree di montagna l'ozono, generatosi nelle aree più inquinate del fondo valle viene trasportato dalle brezze e qui tende ad accumularsi, così le medie annuali risultano più elevate rispetto ai siti ubicati in area urbana dove tale inquinante viene distrutto nelle ore notturne (quando non vi è irraggiamento solare) dagli stessi agenti inquinanti che ne hanno promosso la formazione nelle ore diurne, assenti in alta quota.

L'ozono è soggetto ad importanti fenomeni di trasporto su vasta scala. Nella nostra regione, in particolare in bassa Valle, vi è un forte contributo di trasporto dalla pianura padana come è ben evidenziato dai valori misurati nella stazione di Donnas. Il valore a lungo termine posto come obiettivo per l'indicatore viene costantemente superato in molte giornate in tutte le stazioni della regione come evidenziato nella figura che segue.



Per la protezione della salute umana si consiglia, in termini preventivi, di evitare l'esposizione all'aperto e l'attività fisica nelle ore più calde della giornata (dalle 12 alle 18) soprattutto per i soggetti sensibili (bambini, anziani, donne in gravidanza, persone affette da patologie cardiache e respiratorie).

⁶¹ L'ozono è un gas presente naturalmente nella stratosfera (dai 15 a 60 Km di altezza) dove costituisce un'importante fascia protettiva perché è in grado di schermare la radiazione ultravioletta proveniente dal sole, nociva per gli esseri viventi. L'ozono troposferico che, invece, si trova negli strati più bassi dell'atmosfera, è una sostanza inquinante, dannosa per l'uomo e per l'ambiente. È infatti un inquinante secondario: non viene emesso direttamente in atmosfera, ma si forma quando la radiazione solare reagisce con inquinanti già presenti nell'aria e, in particolare, in presenza di NOx, un gas prodotto durante la combustione (es. gas di scarico dei veicoli).

Allergie e malattie infettive. I cambiamenti climatici hanno favorito la comparsa di nuovi agenti patogeni e dei loro vettori con il conseguente rischio della diffusione di nuove tipologie di malattie infettive quali le arbovirosi (zoonosi causate da virus trasmessi da zanzare, zecche e flebotomi) e la malattia di Lyme (o borreliosi, infezione di origine batterica trasmessa nella maggior parte dei casi da zecche). Potranno aumentare, inoltre, i rischi legati a patogeni capaci di svilupparsi più facilmente nell'acqua e negli alimenti (es. latticini, carne e derivati, ecc.).

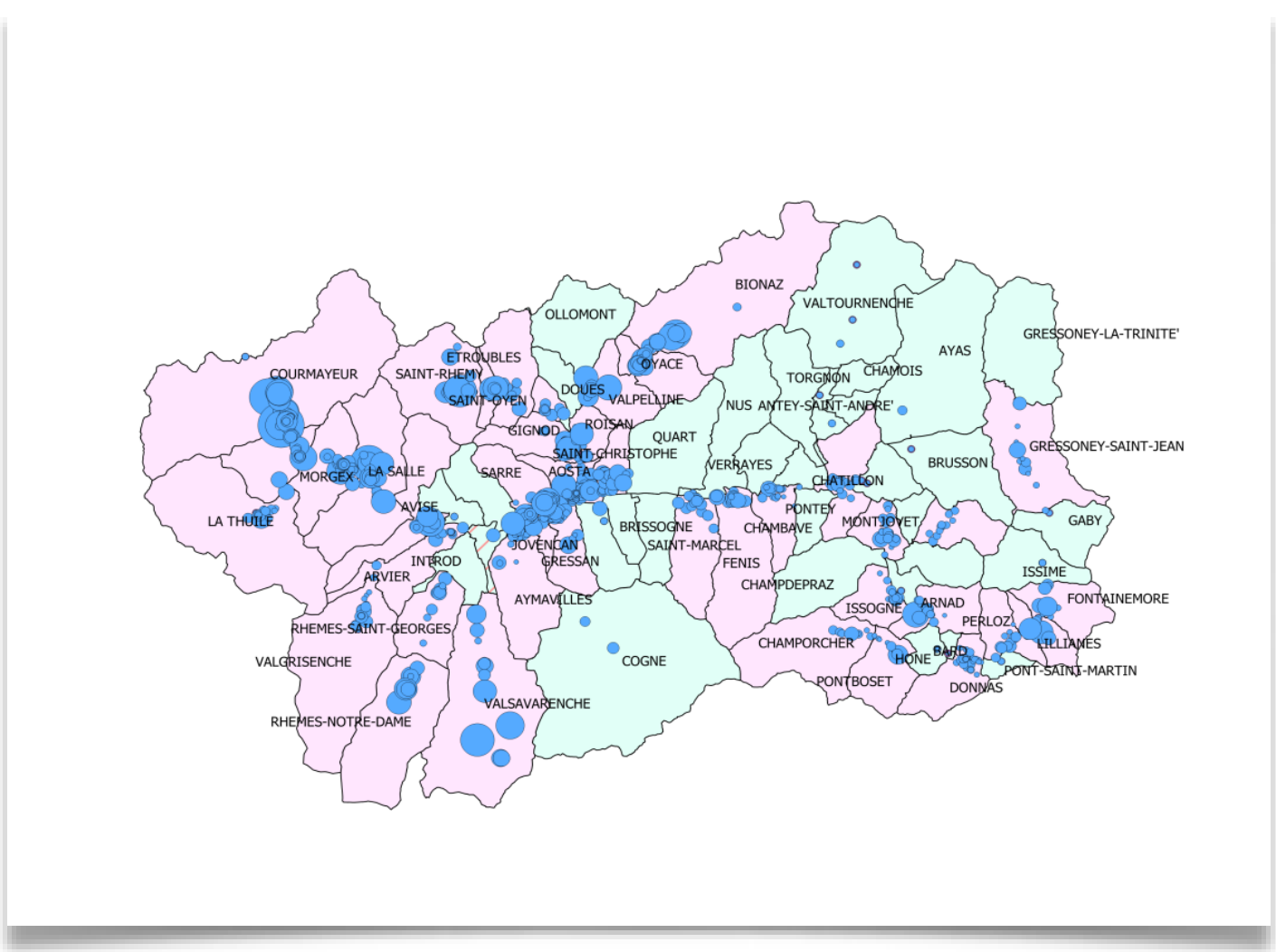
Gli stessi cambiamenti climatici, associati a un aumento dell'esposizione a concentrazioni di inquinanti nell'aria come sopra illustrato, sembrano associarsi a una maggiore probabilità di contrarre infezioni da virus che hanno come bersaglio l'apparato respiratorio. Una delle ipotesi più probabili per spiegare questa correlazione prende in considerazione lo stato infiammatorio persistente più o meno grave dell'apparato respiratorio dei soggetti che risiedono nelle aree maggiormente colpite dall'inquinamento atmosferico, soggetti che diventano di conseguenza più vulnerabili alle infezioni respiratorie. Un altro aspetto interessante riguarda il fatto che proprio sulle stesse particelle atmosferiche aerodisperse che compongono il PM 2.5 è stata rilevata la presenza di genoma virale riconducibile a SARS-CoV 2. Sebbene non risulti ancora chiaro se il particolato atmosferico possa in qualche modo fungere da veicolo per la diffusione del virus, la ricerca della presenza di SARS-CoV 2 in diverse tipologie di matrici ambientali ha portato l'attenzione sull'importanza di questo tipo di monitoraggio. Nasce così la virologia ambientale che si propone come obiettivo quello di ricavare dall'ambiente informazioni utili ad individuare ed auspicabilmente prevenire e/o controllare l'andamento di eventuali epidemie nella popolazione. L'integrazione tra sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica e sorveglianza ambientale può consentire di intercettare precocemente e seguire la circolazione di virus nei territori, approfondire la conoscenza delle relazioni tra soggetti sintomatici e asintomatici, contribuire alla conoscenza sulla circolazione di "variants of concern" (VoC) supportando i processi decisionali basati sull'analisi di rischio, definiti a livello normativo. In questo contesto ha preso il via nel 2020 il progetto di sorveglianza epidemiologica di Sars-Cov-2 nelle acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia) che coinvolge una rete di strutture territoriali coordinate dal punto di vista tecnico-scientifico dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. In ambito virologico, la sorveglianza ambientale sulle acque reflue (*Wastewater Based Epidemiology, WBE*) si basa sul principio che i virus vengono escreti dai soggetti infetti in quantità rilevanti, mediante le feci e i fluidi corporei, per periodi più o meno lunghi, raggiungendo gli impianti di depurazione attraverso la rete fognaria. Le acque reflue in ingresso ai depuratori costituiscono pertanto importanti punti di osservazione sulla circolazione di virus e altri patogeni nella popolazione. È così possibile intercettare i virus che circolano in una determinata comunità, sia che originino da casi sintomatici sia da individui con infezioni asintomatiche o subcliniche, con la possibilità di controllare aggregati di popolazione più o meno estesi mediante un'apposita strategia di campionamento basata sulla conoscenza delle reti fognarie. Nel caso del monitoraggio della presenza di SARS-CoV 2, incrociando i dati relativi alla carica virale rilevata nei campioni con i dati riguardanti il numero di positivi in un determinato territorio, è stato osservato che l'eventuale aumento della quantità di genoma virale nelle acque reflue generalmente anticipa la crescita della curva dei positivi. L'idea alla base del progetto SARI è quindi quella di utilizzare il monitoraggio ambientale come sistema di allerta precoce della presenza di nuovi focolai di infezione nella popolazione. Un ulteriore sviluppo del progetto a livello nazionale riguarda il sequenziamento dello stesso materiale genetico rilevato nelle acque reflue in modo da individuare non solo la presenza generica del virus ma in modo più preciso la variante preponderante in quel momento. Il sistema messo a punto per SARS-CoV 2 può essere utilizzato per la ricerca di molti altri tipi di virus (es. virus enterici) nelle acque reflue configurandosi a maggior ragione come un importante strumento nella prevenzione e tutela della salute pubblica.

Per quanto riguarda l'individuazione degli impatti dei cambiamenti climatici sull'ecologia delle specie, la fenologia è l'indicatore ideale anche per la forte influenza che le variazioni del clima hanno su fenomeni come la comparsa delle foglie, la fioritura e l'ingiallimento autunnale. Oltre a testimoniare gli impatti dei cambiamenti climatici influisce sui principali processi ecosistemici (ciclo del carbonio, dell'acqua e dei nutrienti, ripartizione dell'energia, interazione ecologiche), sui *feedbacks* al sistema climatico e sulla salute umana (dispersione di allergeni). Variazioni nella fenologia vegetale determinano una variazione del calendario pollinico e aumento della concentrazione di polline in aria, causa di allergie specifiche. In Valle d'Aosta è presente da tempo un'attività di sorveglianza della qualità dell'aria volta a misurare e a monitorare la concentrazione atmosferica delle spore fungine e dei principali pollini.

Medicina di montagna. I cambiamenti climatici potrebbero, come effetto collaterale sulla società, favorire un incremento del flusso turistico legato alla ricerca di condizioni di maggior "benessere climatico" e lo spostamento di fasce di popolazione (es. anziani) in zone di montagna, con conseguente aumento della domanda locale di assistenza sanitaria. Tutto ciò, oltre a comportare un maggior carico sulle strutture sanitarie per patologie legate alla quota (ipossia, mal di montagna, ecc.) e alla pratica della montagna (infortuni, incidenti, ecc.), conduce alla necessità di nuove valutazioni sulle patologie croniche alle medie/alte quote in ragione dell'evoluzione climatica attesa. La mobilità di più soggetti a quote elevate comporta, inoltre, un aumento dell'esposizione personale a radiazione solare UV e alle basse temperature. Come noto, un'esposizione non controllata e prolungata a radiazione solare UV è fattore di rischio per alcuni tumori maligni della pelle, quali i melanomi.

Concentrazione di attività di radon 222 negli edifici. Il radon (Rn222) è un gas radioattivo naturale prodotto dal decadimento del radio 226, a sua volta generato dal decadimento dell'uranio 238. Essendo il radio e l'uranio presenti, in misura diversa, nelle rocce, nei terreni e nei materiali da costruzione derivati, l'emanazione di radon avviene in modo diffuso su tutto il territorio, ma con concentrazioni molto differenti a seconda delle caratteristiche geo-litologiche locali. In aria libera, il radon si disperde in atmosfera e non raggiunge mai concentrazioni elevate, mentre negli ambienti chiusi (indoor) il gas tende ad accumularsi, in misura dipendente, oltre che dal potenziale di emanazione del terreno, dall'isolamento dell'edificio e dai suoi servizi rispetto al suolo e al sottosuolo, dal piano del locale rispetto al terreno e dalle modalità di ventilazione e di ricambio d'aria. Si evidenzia quindi anche una dipendenza dai fattori climatici. Le concentrazioni di radon in aria sono espresse come numero di decadimenti radioattivi di nuclei di radon 222 al secondo per m3 di aria ambiente, e misurate in Becquerel/m3, dove 1 Becquerel (Bq) indica 1 decadimento radioattivo (in questo caso di Rn 222) al secondo.

I livelli di concentrazione rilevati, per lo più inferiori ai valori di riferimento, mostrano tuttavia una grande variabilità da zona a zona del territorio regionale. La misura delle concentrazioni di radon nelle abitazioni è il metodo più diretto per la stima dell'esposizione della popolazione. Lo svolgimento di programmi di monitoraggio condotti in modo sistematico sul territorio permette di identificare le aree potenzialmente soggette a maggior presenza di radon, anche in correlazione con le locali caratteristiche geo-litologiche dei terreni. L'informazione così acquisita è preliminare per l'eventuale messa in opera di azioni e di strategie per la riduzione dell'esposizione e del rischio conseguente. Nella mappa sotto riportata (prodotta da Arpa VdA) sono indicati con dei cerchi azzurri tutti i punti di misura in abitazione. La superficie di ogni cerchio è proporzionale alla concentrazione media annuale rilevata. Sono evidenziati in rosa i 41 comuni per i quali sono già disponibili i dati di almeno 6 misure in abitazione.



Il radon e i suoi prodotti di decadimento emettono radiazioni ionizzanti (radiazioni alfa) che possono danneggiare il DNA. Se questi danni non vengono riparati, inducono la trasformazione tumorale delle cellule. Secondo uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità, il radon è responsabile del 10 per cento dei tumori del polmone che si registrano in Italia. Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che il rischio di tumore del polmone aumenta in modo proporzionale all'aumentare della concentrazione di radon e all'aumentare della durata di esposizione.

ANALISI DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SOCIALI, SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO-EDUCATIVE

L'accesso ai servizi e alle prestazioni sociali è organizzato sulla base di procedure formalizzate e su un processo di valutazione multi professionale del bisogno ad opera dei differenti professionisti coinvolti nei vari ambiti di intervento. I dati relativi ai servizi erogati, in funzione delle richieste pervenute, rappresentano un indicatore indiretto del bisogno presente sul territorio e per il quale è disponibile un'offerta istituzionale organizzata; il bisogno sociale complessivo, dunque, non può considerarsi totalmente rappresentato dal bisogno espresso nel contesto sopra descritto, ma richiede ulteriori approfondimenti che vengono svolti anche con il coinvolgimento di altri soggetti territoriali, pubblici e privati, al fine di valutare le ulteriori necessità e fragilità presenti nella popolazione e che non riescono ancora ad essere portate all'attenzione dei servizi pubblici.

I dati che seguono si riferiscono ai servizi per: la prima infanzia, i minori, i disabili, gli anziani non autosufficienti, il contrasto all'emarginazione sociale e alla violenza di genere. Per tutti è stato utilizzato l'ultimo anno disponibile o l'ultimo riferimento temporale non ancora alterato dall'evento pandemico.

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E PER I MINORI

Il sistema dei servizi per la prima infanzia è costituito dai nidi d'infanzia, nidi aziendali, spazi gioco, servizi educativi in contesto domiciliare di tate familiare e centri per bambini e famiglie, per un totale di 60 servizi e 1.022 posti autorizzati. Nell'anno 2019 i posti disponibili sono stati ridotti rispetto al 2018 (1.022 vs 1.044) in seguito a valutazioni degli enti titolari in ordine alla sostenibilità e ai bisogni dei rispettivi cittadini. Nonostante ciò l'indice di dotazione potenziale, che rapporta i posti ai bambini das 0 a 2 anni è aumentato per effetto congiunto della riduzione della popolazione e delle nascite.

Per quanto riguarda il 2020 le tabelle che seguono dettagliano, rispettivamente, la tipologia e il numero di servizi per ambito distrettuale e, successivamente, la popolazione 0-2 anni per distretto con relativo indice di dotazione in relazione ai posti disponibili. La Valle d'Aosta ha quindi raggiunto e superato gli Obiettivi previsti dalla Conferenza di Lisbona 2000, del 33% di copertura di servizi per la fascia 0-2 anni nel territorio, e si assesta attualmente intorno al 39,1% di copertura dei servizi.

Anno 2020	Numero di servizi per singola tipologia				Totale servizi per Distretto
	Asilo Nido	Nido Aziendale	Tata familiare	Spazio gioco (Garderie)	
Distretto 1	6	0	6	1	13
Distretto 2	12	3	11	2	28
Distretto 3	5	0	1	3	9
Distretto 4	4	0	2	4	10
Totale	27	3	20	10	60

Anno 2020	Numero di posti per singola tipologia						Totale posti per Distretto	Indice di dotazione per Distretto
	Popolazion e 0-2 anni v.a.	Popolazion e 0-2 anni %	Asilo Nido	Nido Aziendale	Tata famigliare	Spazio gioco (Garderie)		
Distretto 1	514	19,6	154	0	24	18	196	38,1
Distretto 2	1353	51,7	409	52	44	28	533	39,4
Distretto 3	310	11,9	123	0	4	19	146	47,1
Distretto 4	439	16,8	105	0	8	34	147	33,5
Totale	2616	100,0	791	52	80	99	1.022	39,1

Il costo unitario ottimale mensile di riferimento per gli Enti locali titolari dei servizi socio-educativi è pari a Euro 900,00 per i nidi d'infanzia e i nidi aziendali/interaziendali ed Euro 450,00 per gli spazi gioco per undici mesi all'anno computati sul posto occupato a tempo pieno per i posti finanziabili.

La retta a carico delle famiglie è calcolata sulla base dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) e la parte restante è finanziata dai trasferimenti regionali che sono stati nel 2018 Euro 4.842.411 e nel 2019 Euro 4.889.227,37.

Nei servizi all'infanzia è data la priorità di accesso ai bambini con disabilità. In media, dal 2017 al 2019 sono stati accolti nei servizi circa 10 bambini, con educatori di sostegno individualizzati, in genere con un rapporto numerico di 1 a 1, completamente finanziati dalla Regione, per un massimo di circa Euro 300.000 complessivi all'anno. Nel 2019 la spesa è stata di Euro 193.944,37 per 7 bambini disabili (27.706 Euro in media a bambino). Il diritto all'educatore di sostegno individualizzato è subordinato alla certificazione da parte dell'équipe socio sanitaria competente. Le attività sono programmate nel Piano educativo individualizzato (P.E.I.) nelle aree di sviluppo compromesse mentre, per le aree di sviluppo non compromesse, il bambino segue le attività dei coetanei. È prevista inoltre l'adozione delle indicazioni previste dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento versione bambini e adolescenti. (International Classification of Functioning, Disability and Health I.C.F-CY).

Al fine di incentivare una continuità educativa minima utile alla crescita sociale e personale dei bambini in un ambiente extra familiare, per il triennio 2018 - 2020 e per il tramite voucher diretto alle famiglie dei bambini iscritti ai nidi d'infanzia pubblici e privati, ai nidi aziendali e al servizio di tata familiare, è stata prevista un'ulteriore misura finanziata dal Fondo Sociale Europeo (FSE) che abbatta la quota a carico delle famiglie fino ad un massimo mensile di 100 euro, aumentato a 200 euro a decorrere dal 1° gennaio 2020 qualora il bambino o la bambina sia iscritto al servizio per almeno 30 ore settimanali. Detta misura vale circa Euro 1.900.000 nel triennio 2017-2019, prorogato fino al 31 maggio 2020. Terminata tale misura, le famiglie potranno sostituire il voucher del FSE con il bonus INPS che finanzia quasi completamente il costo dei servizi prima infanzia.

A parziale rimborso della spesa sostenuta per l'utilizzo del servizio di tata familiare, la legge regionale 23 luglio 2010, n. 23, art. 7, prevede un contributo (voucher) alle famiglie dei minori residenti nel territorio

regionale determinato sulla base dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE). Nell'anno 2020 questa misura ha totalizzato un importo pari a Euro 296.352,38 inferiore di quasi il 42% a quella equivalente nel 2019 (Euro 510.565,19) per effetto della sospensione dei servizi in presenza di tata familiare dovuta all'emergenza epidemiologica da COVID-19⁶².

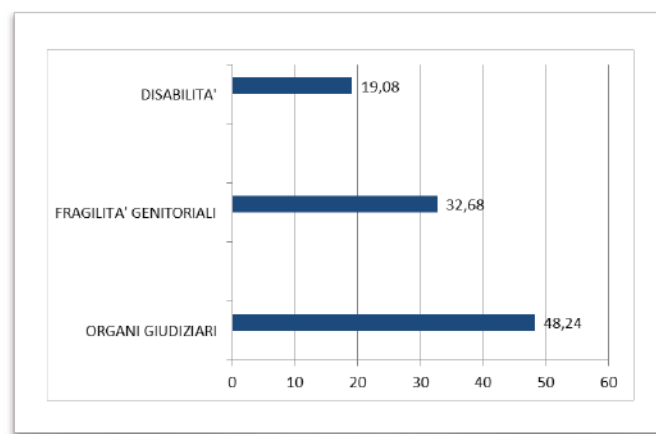
Al fine di perseguire un bilanciamento tra la tutela della sicurezza e della salute degli operatori, dei bambini accolti e il diritto dei minori a ricevere servizi di qualità, nella fase di emergenza sanitaria da Covid-19 sono state emanate specifiche misure di precauzione e sicurezza che hanno riguardato: ingressi scaglionati, triage, esclusione degli assembramenti, garanzia di distanziamento sia per i bambini, sia per tutto il personale (per quanto possibile in questa fascia di età), rigoroso rispetto della sanificazione dei locali e dei giochi, individuazione dei gruppi sezione con due bolle da 6 bambini, composti sempre dagli stessi bambini e dalla stessa figura educativa, divieto di ingresso delle famiglie nei aree dedicate ai bambini. Un'altra azione determinante a contrasto del contagio è stata la riduzione del rapporto numerico che è passato da 1 educatore ogni 8 bambini a 1 educatore ogni 6 bambini. Dagli incontri di coordinamento pedagogico è emerso che tutti i servizi hanno rilevato una diminuzione delle assenze dei bambini e degli operatori per malattia, rispetto agli anni precedenti al Covid-19. Tale decremento può essere imputato a diversi fattori, tra cui in primis la maggiore attenzione alla salute dei bambini da parte delle famiglie, dei pediatri e degli operatori dei servizi, nonché alla rimodulazione del rapporto numerico che ha permesso un maggiore controllo del gruppo, affinché si limitasse lo scambio di giochi e oggetti portati alla bocca da parte dei bambini e un minor numero di scambi interpersonali.

A seguito delle restrizioni messe in atto per fronteggiare la pandemia, per i servizi di nido e spazi gioco è previsto il rimborso per le spese incompressibili e per la riprogettazione dei servizi, di ogni posto occupato e finanziabile, sino a un massimo del 100% del costo unitario ottimale.

SERVIZI PER I MINORI

I servizi per minori consistono in: prese in carico del servizio sociale professionale (anche integrato con i servizi sanitari), assistenza in strutture residenziali dedicate, Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (ADE) e affidamenti familiari.

Per quanto riguarda le prese in carico delle famiglie con figli minori seguite dai servizi socio sanitari, il grafico che segue, riferito all'ultimo anno disponibile, illustra come quasi la metà delle problematiche prevalenti riguardano situazioni che coinvolgono anche gli organi giudiziari (48,24%) con una prevalenza sul totale in costante aumento negli ultimi anni, mentre il 32,68% delle problematiche in carico riguardano famiglie in cui si riscontrano delle fragilità genitoriali che influiscono negativamente sulla relazione tra genitori e figli. Il restante 19,8% riguarda la disabilità come problematica prevalente della famiglia con un minore presa in carico dai servizi.



⁶² Nel 2020, a seguito dell'emergenza sanitaria ancora in corso i servizi educativi in contesto domiciliare di tata familiare hanno chiuso dal 4 marzo al 14 luglio 2020, gli altri servizi dal 4 marzo al mese di settembre 2020.

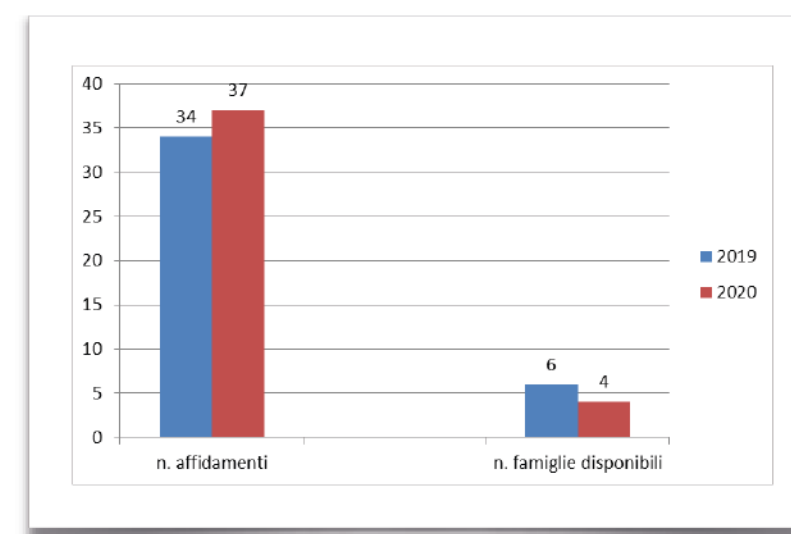
Con attenzione all'assistenza residenziale per minori in difficoltà, nel biennio 2019-2020 i servizi residenziali regionali ed extra regionali hanno accolto 146 minori, di cui 45 stranieri (30,8%) non accompagnati. Oltre alle difficoltà di questi ultimi, afferenti all'inclusione sociale, al trauma del percorso migratorio e all'apprendimento di nuove regole sociali nonché della lingua italiana, le problematiche prevalenti nei minori ospiti delle strutture riguardano difficoltà affettivo-relazionali (precarietà degli affetti o difficoltà a relazionarsi con i pari) e/o della sfera comportamentale (deficit della condotta o difficoltà genitoriali nella gestione del minore). Sempre più emergono situazioni di minori con un quadro psicopatologico grave che hanno richiesto un'integrazione socio sanitaria importante per far fronte globalmente alle problematiche presentate.

Si rileva nel periodo di riferimento un aumento degli inserimenti in comunità extra regionali sia per quanto riguarda minori in strutture socio-educative, sia per ciò che concerne nuclei genitori-bambino in strutture educative e terapeutiche che offrono un sostegno volto a sviluppare un equilibrio tra l'esercizio della responsabilità genitoriale e le esigenze di cura e tutela del bambino.

L'analisi afferente al servizio di Assistenza Domiciliare Educativa per minori (ADE), all'interno della presa in carico dei servizi socio sanitari, vede confermare il trend degli anni passati con una media di circa 200 minori che annualmente usufruiscono del servizio. Anche il servizio di incontri protetti si rileva costante, con una media annua di 50 minori in carico.

Come per gli ospiti dei servizi residenziali, si registra aumento di minori seguiti dai servizi specialistici con diagnosi complesse – quali ad esempio comportamenti autolesivi e ritiro sociale – per i quali la collaborazione tra servizi sanitari e tra questi e le istituzioni scolastiche risulta fondamentale per la buona riuscita del progetto.

Con attenzione agli affidamenti (intra familiari ed etero familiari) il trend si è mantenuto costante ed esiguo come rappresentato nel seguente grafico.



Per quanto riguarda l’impatto dell’emergenza epidemiologica sui minori e sulle loro famiglie, la pandemia da COVID-19 ha comportato la sospensione di una serie di agenzie educative (in primis, la scuola di ogni ordine e grado, così come i nidi e le scuole per l’infanzia) che riuscivano a garantire il giusto grado di protezione e stimolo, oltre che di routine predefinite, soprattutto per quei minori appartenenti a famiglie a rischio di vulnerabilità o con problematiche educative. Lo svantaggio sociale di tali famiglie si è reso maggiormente evidente anche per le difficoltà legate alla didattica on line, sia per mancanza della giusta strumentazione (assenza di PC, di connessione internet sufficiente) sia per la complessità nell’assicurare il monitoraggio e sostegno dell’attività scolastica, causando così frustrazione e disinvestimento. Non trascurabile è anche un altro fattore di protezione garantito dalla frequenza scolastica e cioè quello dell’accesso alla mensa scolastica per i minori appartenenti alle famiglie in difficoltà economica.

L’emergenza ha necessariamente rimodulato l’operato sia dei servizi sociali e dei servizi educativi/ residenziali per minori. Si rileva come i sostegni garantiti, quali video chiamate e contatti telefonici hanno permesso il monitoraggio delle situazioni ma, se inizialmente le famiglie hanno collaborato positivamente ed hanno compreso le limitazioni derivanti dalla situazione emergenziale in atto, successivamente sono emerse le fatiche tipiche del perdurare della pandemia (pandemic fatigue) anche da parte dei nuclei più resilienti, rendendo maggiormente difficoltosa la continuità della presa in carico. Da rilevare infine anche la convivenza forzata, come da misure di contenimento legate all’emergenza, ha costituito un “detonatore” rispetto alle situazioni caratterizzate già da conflittualità familiare, anche esponendo i minori a potenziali contesti di pregiudizio.

In questa fase emergenziale, si è reso ancora più necessario operare in collaborazione e sinergia con Amministrazioni pubbliche e agenzie del territorio per poter supportare adeguatamente le famiglie in difficoltà, collaborazioni che è auspicabile strutturare e mantenere nel tempo.

SERVIZI PER LA DISABILITÀ

Dietro a ogni definizione si cela un diritto di accesso a misure e servizi riconosciuti dalla legge in risposta a un bisogno specifico. Invalido, handicappato, disabile e, talvolta, anche non autosufficiente, si usano spesso come sinonimi, ma hanno origine da definizioni normative specifiche, con conseguenti accessi a diritti esigibili (provvidenze, servizi, benefici ecc.) previo formale accertamento. Ancora oggi la disabilità è riferita a (in)capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che, nel senso comune, sono essenziali alla vita quotidiana. Di conseguenza, con il termine “handicap” si è intesa una condizione di svantaggio, vissuta in una certa persona, a seguito di una menomazione che ne limita o ne impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo atteso in relazione all’età, al genere e ai fattori socio-culturali.

La Legge n.104/1992 si basa su questa definizione di disabilità come handicap e i dati della tabella che segue si riferiscono alle certificazioni riconosciute nel 2019 dalla commissione regionale competente in materia di riconoscimenti di situazione di handicap e di handicap grave. È rappresentata anche l’evoluzione dal 2017 al 2020 con una diminuzione complessiva delle certificazioni di quasi il 5%, pari a 216 persone

verosimilmente da attribuire non ad una minore incidenza quanto alle misure per il distanziamento (lockdown) che nell’anno della pandemia hanno portato alla sospensione dei lavori delle commissioni per l’accertamento dell’invalidità e disabilità.

	Riconoscimenti in base alla legge n. 104/92		
	Handicap	Handicap grave	Totale
Anno 2017	2.427	1.970	4.397
in %	55,2%	44,8%	100,0
Anno 2020	2.395	1.786	4.181
in %	57,3%	42,7%	100,0

Nel 2001 l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha contrapposto, nella pratica corrente, un nuovo concetto di classificazione denominato International Classification of Functionality (ICF) quale strumento standard per misurare il funzionamento (residuo quando è il caso), la salute e la disabilità. L’ICF non è più una classificazione delle malattie, ma diventa una classificazione delle componenti della salute e della funzionalità in relazione all’ambiente e al contesto in cui la persona vive sia essa normodotata o portatrice di una limitazione, temporale o permanente. La disabilità non è più una condizione legata al portatore, ma diventa la valutazione dell’interazione tra la condizione di salute di una qualsiasi persona (anche normodotata) e un ambiente sfavorevole che, di fatto, ne ostacola, o ne impedisce, la sua piena ed effettiva partecipazione. Si tratta di una definizione rivoluzionaria perché invece di attribuire una data condizione al soggetto che ne è portatore, trasferisce l’attenzione sulla relazione con l’ambiente complessivo che lo accoglie.

È su questo principio che nel 2018, con deliberazione della Giunta regionale n.75, viene istituita l’Unità di Valutazione Multidimensionale della Disabilità (UVMDi) competente per tutto il territorio regionale e deputata alla valutazione del funzionamento delle persone adulte con disabilità e alla conseguente elaborazione del loro Progetto di Vita, utilizzando, come struttura concettuale di riferimento, la Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF). La deliberazione ha inoltre previsto l’istituzione della figura del case manager, ruolo ricoperto prioritariamente da un educatore professionale. Nel 2019 la deliberazione della Giunta regionale n.170 ha poi approvato il modello organizzativo e di funzionamento dell’UVMDi, la cui attività è al momento a regime.⁶³

Dal 2018 al 2020 i Progetti di Vita elaborati per persone adulte con disabilità sono stati 60, con rivalutazioni programmate annualmente o ogni due anni. La priorità di accesso è garantita ai ragazzi in uscita dal percorso scolastico e, a seguito dei criteri di accesso stabiliti, le persone in attesa di presa in carico da parte dell’UVMDi al 31 dicembre 2020 risultavano essere 10.

⁶³ L’UVMDi è composta da un assistente sociale con ruolo di coordinatore, un educatore professionale con ruolo di Coordinatore dei case manager, Coordinatore vicario, case manager e con compiti di segreteria, psicologi e riabilitatori. Le sedute operative si svolgono generalmente due volte alla settimana.

L’UVMDi ha avviato nel 2018 l’attività di mappatura delle strutture, dei servizi, delle attività regionali e delle iniziative promosse e gestite dalle associazioni di volontariato in favore della disabilità che ammontano a 35 circa. La mappatura è costantemente aggiornata perché possa costituire una risorsa non solo nell’elaborazione dei progetti individuali ma anche nell’attività di altri servizi (Servizio Sociale, operatori scolastici, ecc...) Dall’attività di mappatura e monitoraggio emerge l’esiguità dei posti disponibili a fronte delle richieste e la mancanza di servizi e strumenti indispensabili per la costruzione di progetti personalizzati quali l’educativa territoriale, i tirocini di inclusione e i centri diurni con finalità a prevalenza socio assistenziale e socio sanitaria per poter rispondere in maniera adeguata e congrua ai bisogni delle famiglie e delle persone. A ciò si aggiunge che la fruibilità dei servizi è condizionata dal servizio trasporto regionale dedicato che presenta delle criticità in particolare ai residenti in zone decentrate rispetto al capoluogo e ai comuni della *plaine*.

Alle persone con disabilità sono offerti: servizi semiresidenziali (diurni), servizi residenziali in strutture dedicate e laboratori occupazionali e contributi economici alla vita indipendente.

Attualmente i servizi semi residenziali per le persone con disabilità sono costituiti da: 6 centri diurni a carattere socio-educativo e socio assistenziale, di cui 4 Centri Educativi Assistenziali (CEA) gestiti direttamente dall’Amministrazione Regionale e 2 affidati a soggetti del Terzo Settore, a cui si aggiunge un 1 centro diurno agricolo. Le giornate di apertura variano tra i 237 e i 247 giorni per anno. Il tasso di utilizzo⁶⁴ dei CEA varia tra l’82,8% della struttura di Quart all’86,3% della struttura di Hone. Dal 2014 al 2020 il numero di frequentanti i CEA è passato da 59 a 72 segnando un aumento del 22%. La tabella che segue documenta la fruizione di questa tipologia di servizi. Nel 2020 la situazione rimane immutata con la sola eccezione del CEA di Châtillon che aumenta di un posto e, quindi, di 1 frequentante, la sua capacità ricettiva.

Servizi semi residenziali	2020			
	Posti	Frequentanti		
		Handicap	Handicap grave	Totale
CEA di Aosta	18	0	18	18
CEA di Quart	21	1	20	21
CEA di Châtillon	16	1	15	16
CEA di Hone	17	0	17	17
Centro agricolo	27	5	22	27
Centro diurno*	15	1	14	15
Servizio M. persone autistiche	8	0	8	8
Servizio O. autismo	40	2	18	20
Totale	162	10	132	142

*Chiuso nel 2020

⁶⁴ Il tasso di utilizzo è calcolato come rapporto tra le giornate frequentate e le giornate di apertura frequentabili * 100.

Dei 142 frequentanti i servizi semi residenziali nel 2020 la classe di età maggiormente rappresentata è quella da 30 a 64 anni con 96 utenti (66,6%), segue la classe tra 18 e 29 anni con 42 persone frequentanti i servizi semiresidenziali (29,8%) mentre sono solo 3 i frequentanti con età fino a 17 anni (3,6%) e nessuno con età superiore a 65 anni. Le domande di inserimento sono state tutte accolte nel 2020 e non vi sono liste di attesa.

In armonia con le direttrici del documento programmatico 2011 – 2013, in particolare con la direttrice n. 7 “Tutelare la fragilità della persona”, nelle strutture diurne denominate C.E.A. (Centri Educativo Assistenziali), strutture per persone adulte con disabilità psichica, operanti sul territorio regionale (Aosta, Gressan, Châtillon e Hône) nel corso degli anni, si è cercato di lavorare tenendo presente come quadro di riferimento la centralità della persona disabile e della sua famiglia. Sono stati garantiti percorsi e interventi differenziati, secondo il Progetto Educativo Individualizzato del soggetto frequentante il servizio in modo da garantire il massimo sviluppo delle potenzialità e cercando di contrastare i processi di involuzione. Alla centralità della persona si accompagna quella della sua famiglia che rappresenta il più importante agente educativo con il quale le istituzioni e gli operatori cercano di costruire un rapporto di collaborazione per la buona riuscita degli interventi messi in atto.

Con attenzione ai servizi residenziali per le persone disabili, si contano 3 strutture di cui 1 casa famiglia, 1 comunità protetta e 1 gruppo appartamento. Ad oggi non è prevista la possibilità di inserimenti temporanei e di sollievo all’interno delle strutture residenziali se non mediante ricorso privato.

La tabella che segue descrive la fruibilità di questo servizio nel 2020. Ad eccezione di 2 ospiti aventi uno età compresa tra 18 e 29 anni e l’altro avente più di 65 anni, la rimanete quota, pari a 29 persone, ha un’età compresa tra 30 e 64 anni. Di tutti gli ospiti quasi l’84% ha un riconoscimento di handicap grave.

Servizi residenziali	2020		
	Frequentanti		
	Handicap	Handicap grave	Totale
Casa famiglia	0	6	6
Comunità protetta	1	13	14
Gruppo appartamento	4	7	11
Totale	5	26	31

Con attenzione all’erogazione di contributi economici finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone disabili, si rileva negli ultimi anni un numero minore di beneficiari del “Servizio di assistenza alla vita indipendente” in quanto fino all’anno 2012 il numero di utenti si era attestato fra le 30 e le 40 persone all’anno, mentre nel 2017 hanno ottenuto dei contributi sul costo relativo all’assunzione di assistenti personali 25 persone, pari ad un contributo pubblico totale di 193.241,31 Euro, e nel 2018 il suddetto contributo è stato erogato a 24 persone per una spesa complessiva da parte dell’Amministrazione pari a 180.592,27 Euro.

Per quanto riguarda le annualità 2019 e 2020 la situazione dei contributi erogati per “l’assistenza alla vita indipendente”, per le persone con disabilità gravissima e SLA e per l’acquisto di ausili e attrezzature, abbattimento barriere e mutui acquisto auto è rappresentata nella tabella che segue.

ANNO		2019			2020		
		Utenti	Totale utenti	Euro	Utenti	Totale utenti	Euro
Contributo vita indipendente		21	21	174.226,11	23	23	187.542,98
Contributo gravissimi e SLA	assistente personale	22	41	624.777	28	59	693.210,82
	care giver	19			31		
Contributo per acquisto ausili, attrezzature, abbattimento barriere, mutuo auto	ausili, attrezzature, barriere	54	116	273.009	57	118	501.663,21
	mutuo auto	62			61		

SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER GLI ANZIANI

La popolazione di età superiore ai 65 anni in Valle d’Aosta rappresenta quasi un quarto della popolazione totale (24,2% corrispondente a 30.389 persone) anche se la pandemia da Sars-Cov 2 ha avuto, specie nella prime fasi, un forte impatto sulla mortalità delle persone anziane⁶⁵. All’aumento dell’età della popolazione si associa un incremento delle patologie croniche che, specie in età avanzata, diventano condizioni di multi cronicità, con una complessità crescente dei bisogni assistenziali e sanitari. Queste situazioni vedono sempre più di frequente le famiglie richiedere forme diversificate di aiuto, per tutta la durata del percorso di vita dell’anziano e la possibilità di accedere ad una rete di servizi territoriali articolata e coordinata. Tale rete di aiuto e di servizi deve comportare la massima integrazione possibile tra tutti gli operatori coinvolti e, in particolare quelli sanitari e sociali.

In merito all’offerta dei servizi destinati alla popolazione anziana la pandemia ha messo in evidenza le criticità del modello di offerta ad essi rivolto; sia nell’ambito dei servizi residenziali e semi residenziali, sia nell’ambito della rete dei servizi domiciliari.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, è emersa in maniera più evidente rispetto al passato, la necessità di prevedere delle strutture a maggiore valenza sanitaria in grado di rispondere ai bisogni sempre più complessi e della popolazione, in particolare con una presenza più significativa di medici di medicina generale e infermieri, e caratteristiche strutturali adeguate. Negli ultimi anni, inoltre, sono aumentate le richieste di inserimento in strutture protette di persone, a volte anche molto giovani, con bisogni sanitari rilevanti ma con bisogni e capacità relazionali generalmente inconciliabili con il contesto delle micro comunità. Attualmente le persone tali bisogni sanitari inserite nelle strutture residenziali per anziani sono 32.

⁶⁵ L’UVMDi Dall’inizio della pandemia, in Valle d’Aosta, le persone con età uguale o superiore a 65 anni decedute per Covid sul totale dei deceduti per questa malattia sono state 453 su 473, che equivale al 95%.

A seguito di un’analisi dei bisogni assistenziali graduati per intensità, condotto nel 2020, è risultato uno scenario regionale di dotazioni di strutture residenziali per anziani, ripartito per distretto, sede della struttura, posti disponibili, tipo di assistenza, classificazione⁶⁶ e assistenza erogata classificata in base alla codifica ministeriale sintetizzato dalla tabella che segue.

Si precisa, a tal riguardo, che la denominazione “Microcomunità”, attribuita nella nostra regione alle strutture per anziani, non trova riscontro a livello di classificazione nazionale in quanto tali strutture, in Valle d’Aosta, hanno da sempre assunto una valenza socio assistenziale mentre, a livello nazionale, sono state classificate secondo una valenza socio sanitaria e sanitaria che prevede 4 livelli definiti dal Decreto LEA del 2017⁶⁷ e, ai quali, si è cercato di ricondurre, quanto più possibile, per finalità di riordino funzionale ed organizzativo, le 37 strutture residenziali per anziani esistenti (pubbliche e private) in base al bisogno assistenziale richiesto che, nel tempo, è molto cambiato e a cui si sono aggiunte forme di assistenza quali quelle delle Unità di Assistenza Prolungate (UAP) e dei Nuclei Residenziali Temporaneo per Demenze (NRTD).

Ambito	Struttura	N. posti	Tipo assistenza	Classificazione	Pubblico/ Privato
Distretto 1	La Thuile	11	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Pre Saint Didier	14	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Cogne	14	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Introd	23	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Saint Pierre	25	protetta	R2	PUB
	Sarre	19	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Aymaville	35	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	La Salle	42	protetta	Socio assistenziale	PRI
Distretto 2	Gressan	43	protetta	R2	PUB
	Fenis	24	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Gignod Variney	33	protetta	R3	PUB
	Casa famiglia Aosta	6	Casa famiglia	Socio assistenziale	PUB
	Centro Polivalente Aosta	15	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Centro Bellevue Aosta	22	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Centro V.le Europa Aosta	19	Casa famiglia	Socio assistenziale	PUB
	Roisan	24	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Doues	18	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Père Laurent 1	141	protetta	R2	PRI
	Bonne Maison Nus	6	Famigliare autosuff	Socio assistenziale	PRI
	La Grandze Saint Christophe	15	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	J B Festaz modulo1	42	Protetta	Socio assistenziale	PUB
	J B Festaz modulo1a	27	Protetta Plus	Socio assistenziale	PUB
	J B Festaz modulo 2	12	RSA	R2	PUB
	J B Festaz modulo 3	8	UAP	R1	PUB
	J B Festaz modulo 4	10	NRTD	R2	PUB

⁶⁶ Flusso ministeriale STS11

⁶⁷ I livelli stabiliti dal DPCM LEA del 2017 per l’assistenza residenziale territoriale prevedono:

- Prestazioni R1 riconducibili a nuclei speciali per pazienti in stato vegetativo
- Prestazioni R2 riconducibili al modello delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- Prestazioni R2 D Nuclei Speciali Alzheimer
- Prestazioni R3 “ Residenze Protette”

Ambito	Struttura	N. posti	Tipo assistenza	Classificazione	Pubblico/ Privato
Distretto 3	Valtourneneche	19	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Pontey	42	protetta	R2	PUB
	Chatillon modulo 1	30	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Chatillon modulo 2	5	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Saint Vincent	22	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Antey Saint André modulo 1	18	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Antey Saint André modulo 2	15	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
Distretto 4	Verrès	25	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Brusson	24	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Hone	36	Protetta plus	R2	PUB
	Perloz modulo 1	27	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Perloz modulo 2	18	Socio sanitaria	R2	PUB
	Challand Saint Anselme	17	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Challand Saint Victor	24	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Gaby	25	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Gressoney	14	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Donnas modulo 1	7	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Donnas modulo 2	90	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Donnas modulo 3	17	NRTD	R2	PRI
	Montjovet	18	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Totale posti	1.143			

Pertanto, al netto dei mutamenti resisi necessari per fronteggiare la pandemia da Covid 19, nel complesso sono presenti 37 strutture Residenziali per anziani, tra pubbliche e private, per un totale di 1.143 posti, di cui 1.108 posti per assistenza classificata come S09 (RSA per anziani), secondo i flussi ministeriali di cui al Modello STS11; 8 posti per assistenza S10 (RSA per disabili fisici) e 27 posti (Nucleo Residenziale Temporaneo per Demenze – NRTD), classificate come S11.

Ad oggi in Valle d’Aosta non vengono fatte distinzioni tra le strutture socio assistenziali e socio sanitarie, per quanto, quelle a maggiore prevalenza di assistenza sanitaria attualmente in sperimentazione per la raccolta dei flussi FAR da rendere al Ministero della Salute, siano classificate, ma non modificate con atto regionale rispetto alla natura socio assistenziale, come socio sanitarie (R1 – R2 – R3) da cui la necessità di una proposta di riordino capace di riconoscere la maggiore valenza sanitaria assistenziale che molte strutture hanno assunto nel tempo.

Inoltre, sulla base delle Strutture esistenti, si contano 5,3 posti ogni 1.000 residenti, ma se i posti disponibili vengono rapportati alla popolazione di età uguale o maggiore di 65 anni, sono disponibili 37,6 posti letto ogni 1.000 anziani, ovvero, prendendo in considerazione gli over75, che costituiscono la fascia della popolazione più esposta al rischio di non autosufficienza, l’offerta diventa di 73,5 posti ogni 1.000 residenti in questa fascia di età, dati che collocano la Valle d’Aosta, tra quelle con i più alti livelli di offerta specialmente tra le regioni del nord Italia. L’esperienza dei principali Paesi UE individua un parametro di offerta di 5-6 posti letto per 100 anziani (50-60 x 1.000) come standard di riferimento, dati che confermano l’elevata offerta presente in Valle d’Aosta.

Con attenzione ai trasferimenti finanziari da parte della Regione per i servizi per anziani, nel 2020 questi sono stati pari, complessivamente, ad Euro 17.106.770,12 di cui il 74,9%, pari a Euro 12.833.982,19 per i servizi residenziali, il 24,9%, pari a Euro 4.272.787,93 per il servizio di assistenza domiciliare (SAD) e un ulteriore 0,2%, pari a Euro 118.613,79 per il funzionamento delle segreterie dell’U.V.M.D.

Oltre a tali somme sono stati finanziati 118 posti privati accreditati per un importo pari a euro 2.968.000,00 per far fronte alle carenze di posti pubblici presenti nei distretti 2, 3 e 4 (Réfuge Père Laurent, Domus Pacis, Casa della Divina Provvidenza e Piccola casa della Divina Provvidenza) e 69 posti, di cui 27 di protetta plus, presso l’Azienda Pubblica di Sevizi alla Persona (A.P.S.P.) J.B. Festaz per ulteriori 1.890.000,00.

Con attenzione alla rete dei servizi erogati a domicilio e agli inserimenti a carattere semi residenziale, la pandemia ha messo in evidenza la necessità di potenziare la loro valenza fortemente preventiva rispetto all’istituzionalizzazione, implementandone la diffusione sul territorio e le potenzialità di risposta.

Accanto ai servizi pubblici o privati convenzionati, sono presenti numerose strutture private sottoposte al regime autorizzatorio secondo gli standard strutturali e organizzativi disposti dall’amministrazione regionale.

Nel 2020, a causa della pandemia e delle misure rese necessarie per il distanziamento sociale, tutte le Unités des communes valdôtaines hanno sospeso la frequenza dei centri diurni, che di fatto consistono nella permanenza diurna delle persone nelle Micro comunità.

In alternativa all’inserimento in struttura, qualora ne sussistano le condizioni, (la complessità nella gestione della persona collegata alle condizioni sanitarie che determinerebbero l’esigenza di collocazione in struttura) può essere attuato un progetto di assistenza domiciliare garantito da assistenti personali privati regolarmente assunti ed iscritti all’Elenco unico regionale degli assistenti personali.

Il progetto di assistenza privata domiciliare deve essere concordato preventivamente con i competenti servizi socio sanitari territoriali ed approvato dall’UVMD competente per territorio; in tal caso è possibile richiedere, ai sensi della LR. 23/2010, Art. 18 (“Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali”), la concessione di assegni di cura a sostegno della spesa sostenuta per la gestione del rapporto lavorativo con l’assistente personale. L’importo degli assegni di cura può essere al massimo di Euro 700,00 mensili, determinato considerando l’ISEE socio sanitario del beneficiario e quello ordinario dei figli ai quali è chiesta una partecipazione mensile di Euro 200 qualora il loro ISEE superi i 35.000 Euro annui.

Nella determinazione dell’importo degli assegni di cura si tiene conto, garantendolo, il minimo vitale di tutti i componenti il nucleo familiare del beneficiario, compresa l’assistente personale, se convivente e residente, assieme al beneficiario medesimo.

Sulle assistenti personali i dati forniti dal Centro per l’impiego indicano un totale di 1.198 assistenti personali occupati al 31 dicembre 2020 di cui 108 in possesso della certificazione di competenze, avviati al lavoro con il servizio incontro domanda offerta.

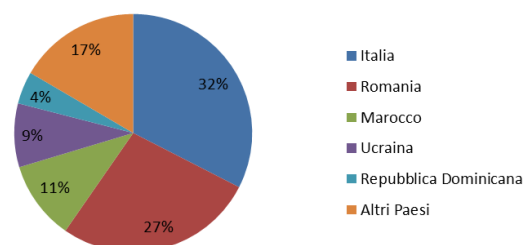
Dall'analisi dei dati relativi all'Elenco unico regionale Assistenti Personali risulta che dal 2011 al 2020 si sono iscritti 2.169 assistenti ma che al 31 dicembre 2020 il numero effettivo degli iscritti è inferiore di oltre il 40% e pari a 1.224, al netto delle 945 persone cancellate dall'apertura dell'Elenco, anche a seguito della ricognizione avvenuta tra il 2018 e il 2019 in ordine ai requisiti posseduti.

Dei 1.224 iscritti effettivi, un quarto (25,6%) pari a 313 assistenti personali, sono stati certificati su tutte le competenze relative al profilo professionale.

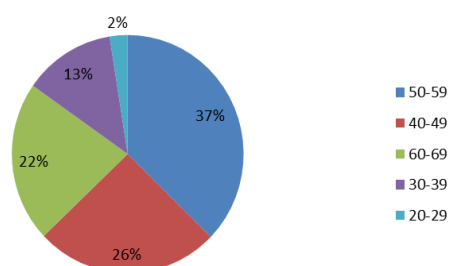
La formazione continua erogata agli iscritti effettivi all'Elenco al 31.12.2020 ha riguardato 966 persone. Per l'anno 2020 il monte ore di formazione continua complessivo è stato di 30 ore e i partecipanti sono stati 223 (tale formazione doveva svolgersi nel 2019 ma per problemi organizzativi è slittata all'inizio dell'anno successivo; per l'anno 2020, a causa della pandemia da Covid-19, si è deciso di sospendere il piano di formazione continua).

I corsi di formazione di base erogati al 31 dicembre 2020, compreso il corso articolato a moduli, sono stati 8 tra il 2012 e il 2013; 1 corso a moduli articolato negli anni 2015, 2016 e 2017; 2 corsi anno nel 2018 e 2 corsi anno nel 2019 (circa 50 persone che hanno concluso il percorso formativo ma sono ancora in attesa di esame finale, necessario per ottenere la certificazione di competenze e l'Attestato di Assistente personale) per un totale di circa 350 persone. Riguardo alla cittadinanza e all'età degli assistenti personali le figure che seguono forniscono una lettura di sintesi. L'età media è di 51,2 anni.

Cittadinanza



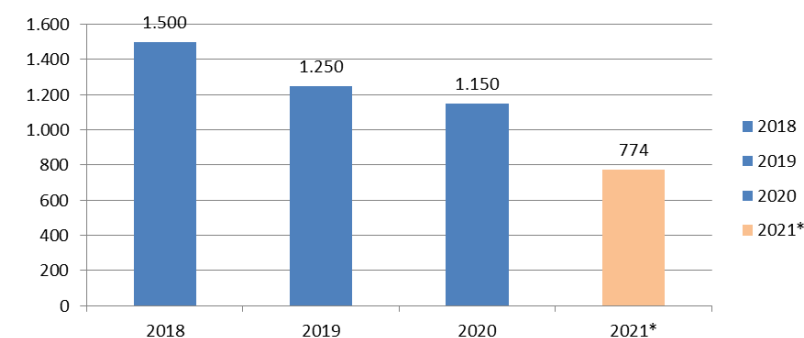
Fasce di età



EMARGINAZIONE SOCIALE E POVERTÀ

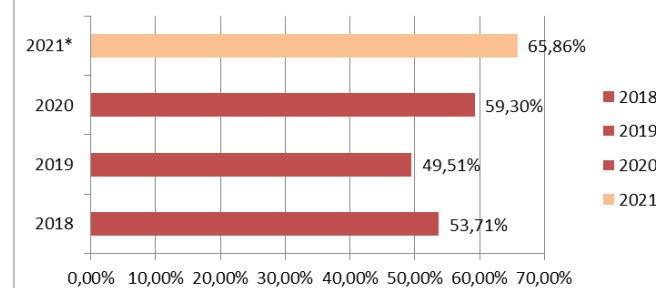
Dall'analisi dei dati degli ultimi tre anni dell'attività degli sportelli sociali si evince che il numero di nuclei che si rivolgono al servizio sociale di sportello negli anni 2019 e 2020 diminuisce rispetto agli anni precedenti, mentre si potrebbe osservare un aumento nell'anno 2021, se l'andamento dei primi mesi venisse confermato, in quanto nell'ambito del sistema di rilevazione sono già stati registrati 774 accessi* alla data del 31 maggio 2021. La diminuzione degli accessi allo sportello sociale relativa al biennio 2019/2020 si ipotizza sia dovuta alle limitazioni imposte a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che, al fine di evitare la diffusione dei contagi, hanno temporaneamente definito la chiusura dell'accesso al pubblico degli sportelli sociali.

numero accessi

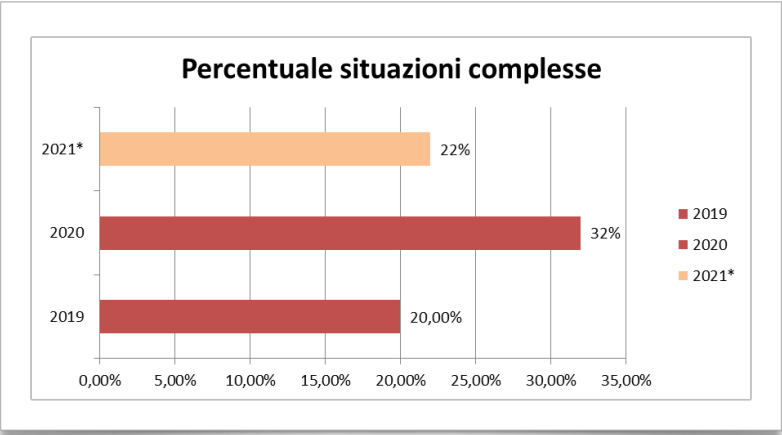


In merito alle problematiche riportate dai nuclei familiari nell'anno 2020, si registra un significativo aumento delle richieste di aiuto per fronteggiare le spese legate al soddisfacimento dei bisogni primari rispetto alla totalità delle problematiche registrate agli sportelli sociali, con un conseguente incremento delle problematiche relative a situazioni di disagio economico, abitativo e lavorativo. Tale tendenza è confermata dai dati registrati fino al 31 maggio 2021 che denota un continuo e notevole incremento delle suddette problematiche.

Percentuale problematiche connesse al soddisfacimento bisogni primari



Inoltre, dall’anno 2019 aumenta anche la percentuale delle situazioni che a causa della presenza di situazioni multiproblematiche all’interno del nucleo familiare, necessitano di presa in carico multidisciplinare da parte dei servizi sociali e socio sanitari, come si evince dal grafico che segue. Anche in questo caso la tendenza viene confermata dai dati raccolti nei primi mesi dell’anno 2021* (fino al 31 maggio 2021).



L’analisi dei dati dell’attività del servizio sociale sia operate presso gli sportelli sociali sia sul territorio (cartelle sociali attive, numero di pratiche assistenziali, numero di richieste di intervento da parte degli Organi Giudiziari, banca dati dell’attività degli sportelli sociali, ecc.) relativa all’ultimo triennio evidenzia nelle varie aree diverse tendenze quali:

- un aumento di carichi tecnico-professionali collegato agli interventi di contrasto alla povertà introdotti sia a livello nazionale che regionale. Infatti, sia inizialmente la L.R. 18/2015 “Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito” che successivamente le misure nazionali del Sostegno all’inclusione sociale (SIA) introdotta dal D.M. 166/2016, del Reddito di Inclusione (Rel) avviata con il D.lgs 147/2017 e del Reddito di cittadinanza prevedono una modalità di presa in carico che poggia su una forte integrazione tra operatori dei Centri per l’Impiego e Assistenti sociali per la definizione di progetti articolati da condividere con i beneficiari e il proprio nucleo familiare;
- un intensificarsi della complessità delle situazioni prese in carico, che vedono il crescente coinvolgimento di un numero maggiore e attori diversificati (operatori sociali, sanitari, legali, scuola, ecc.). Tale aspetto ha portato ad una maggiore attenzione all’attività di valutazione che permette una definizione dei progetti di presa in carico;
- un aumento delle situazioni che richiedono un pronto intervento sociale determinato anche dal fenomeno dell’immigrazione. L’arrivo, anche in Valle d’Aosta, dei contingenti inviati dal Ministero e il fatto che la regione sia una realtà di confine ha richiesto uno sforzo organizzativo per poter dare risposta a questo fenomeno, che risulta trasversale sulle aree di intervento.

L’erogazione dei contributi economici pubblici, negli ultimi anni, è stata sempre più condizionata dall’accettazione da parte del beneficiario di un percorso di attivazione finalizzato al reinserimento socio lavorativo. Il patto con il cittadino (più o meno formalizzato, a seconda dell’intervento) prevede che, a fronte dell’erogazione di un sostegno monetario, la persona effettui una restituzione in ore di attività, partecipi ad attività formative o a stage, svolga attività di volontariato sociale. La disponibilità delle persone a mettersi a disposizione degli altri o a investire su se stessi (per rientrare nel mondo del lavoro o per sentirsi nuovamente

“utili” per qualcuno o qualcosa) è positiva e mantiene inalterata la loro dignità, portando effetti positivi nella comunità di riferimento.
Con attenzione ai contributi erogati sulla base della legge regionale 23 luglio 2010, n. 23 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali”, nel 2020 si riporta quanto segue.

Art. 13 (integrazione al minimo vitale)

23 domande totali	€ 33.943,94 totali	media € 1.475,82
20 domande 18-64 anni	€ 30.180,34 totali	media € 1.509,02
3 domande over 64 anni	€ 3.763,60 totali	media € 1.254,54

Art. 14 (contributi straordinari)

242 domande totali	€ 294.976,37 totali	media € 1.218,92
Importo minimo € 71,14	Importo massimo € 16.850,00	

Per quanto concerne il Reddito di cittadinanza i dati riferiti agli anni 2019 e 2020 riguardano:

1.656 domande accolte totali	L’importo medio del beneficio Rdc ammonta a € 446,90 quello della Pdc è pari a € 189,25.
------------------------------	---

Per quanto concerne infine le iniziative messe in campo dall’Emporio solidale (ex DGR 253/2016) nell’anno 2020 queste hanno riguardato:

208 domande totali	Presentazione fatta dai servizi sociali territoriali: non è ad accesso libero.
nazionalità	103 italiana (49,5%) 65 marocchina (31,25%) 10 albanese (4,8%) 6 ciascuno per rumena e tunisina (2,88% ciascuno) 2 ciascuno per malese e dominicana (0,96% ciascuno) 1 ciascuno per cubana, egiziana, macedone, ghanese, nigeriana, pakistana, palestinese, peruviana, senegalese, serba, ucraina, del Togo, del Gambia, del Barhein e del Bangladesh (0,05% ciascuno)
Nucleo familiare	60 persone sole (28,8%) 148 persone inserite in un nucleo familiare (71,2%)

Per quanto riguarda le domande presentate ai sensi della legge regionale 20 gennaio 2015, n.3 “Interventi e iniziative regionali per l’accesso al credito sociale e per il contrasto alla povertà e all’esclusione sociale. Abrogazione della legge regionale del 23 dicembre 2009, n.52 (Interventi regionali per l’accesso al credito sociale)”, nell’anno 2019 sono state presentate complessivamente sono state 206 e i finanziamenti sono stati erogati in parte nel mese di dicembre 2019 e in parte nell’anno 2020. Il totale dei finanziamenti erogati ammonta a euro 368.843,00.

Dall’analisi dei dati si rileva un aumento di domande presentate nel 2019 rispetto all’anno 2018 (206 domande nel 2019 a fronte di 69 domande nel 2018) pari ad un incremento del 3,9%.

- In merito ai dati sopra rappresentati relativi ai destinatari dei contributi economici, si riporta la seguente sintesi:
- circa la metà dei richiedenti misure di contrasto alla povertà è residente in Aosta; la metà restante è suddivisa negli altri 72 Comuni della Regione e principalmente a Saint-Vincent/Châtillon e Verrès/Pont-Saint-Martin.
 - almeno la metà dei richiedenti ha nazionalità italiana; nell’altra metà, la nazionalità più consistente è quella dei maghrebini (marocchini, tunisini), seguita dai rumeni. Sono presenti altre nazionalità, ma in numeri molto ridotti rispetto agli italiani.
 - le persone che chiedono sostegno sono anche nuclei nuovi, mai conosciuti dai servizi e le problematiche più rilevanti, collegate tra loro in un circolo vizioso, riguardano la casa, il lavoro e le condizioni economiche.
 - rilevante il numero di persone che vivono da sole rispetto a quelle che vivono in un nucleo familiare.
 - il trend dei contributi relativi all’integrazione al minimo vitale (art. 13 LR 23/2010) registra una diminuzione nell’anno 2020 in relazione agli anni 2019 e 2018. Nel 2020 sono stati concessi, infatti, euro 33.943,94 mentre nel 2019 euro 111.030,33 e nel 2018 euro 213.797,01. Tale tendenza si ipotizza che sia correlata alle limitazioni di accesso ai servizi sociali conseguenti all’emergenza epidemiologica.
 - il trend dei contributi straordinari erogati ai sensi dell’art. 14 della LR 23/2010 ha subito un aumento nell’anno 2019 rispetto all’anno precedente, ma una diminuzione nell’anno 2020 rispetto all’anno 2019. Nel 2020 sono stati concessi euro 295.076,37, nel 2019 euro 323.556,92 e nel 2018 euro 279.483,04.

L’emergenza sanitaria, inoltre, ha determinato l’aumento delle richieste di sostegno da parte della popolazione per il soddisfacimento dei bisogni primari e il servizio maggiormente sollecitato al fine di attivare percorsi di aiuto è stato il servizio sociale. In tale logica, nell’ambito dei tavoli territoriali avviati dal piano di zona, al fine di rispondere ai bisogni emergenti e potenziare la rete di distribuzione di generi alimentari attiva sul territorio regionale prima della pandemia, è stato necessario strutturare nuove collaborazioni con i soggetti del Terzo settore e gli Enti locali.

Nel mese di marzo 2020 è stato sperimentato un sistema centralizzato di distribuzione di generi alimentari, con la collaborazione non solo del servizio sociale, ma anche del Terzo settore (Croce Rossa Italiana, Banco alimentare, Volontari del soccorso, Slow Food, San Vincenzo de Paoli, Caritas parrocchiali, Carabinieri, Fondazione comunitaria) e dei partner progettuali dell’Emporio solidale, con l’obiettivo di sostenere tutti coloro che, in condizione di difficoltà economica, si rivolgevano ai vari enti e servizi territoriali. Tale sistema di distribuzione ha inoltre garantito il sostegno alle attività delle associazioni di volontariato che a seguito della pandemia avevano sospeso le proprie attività.

Questa nuova modalità operativa centralizzata ha permesso registrare e monitorare le richieste e i relativi bisogni della popolazione a partire dal mese di aprile/maggio 2020 (lockdown). Nell’estate del 2020 (giugno 2020), con la ripresa delle attività produttive, si è osservata una diminuzione delle richieste alimentari e la distribuzione dei generi alimentari è stata nuovamente gestita direttamente dai soggetti del Terzo settore attivi nei vari territori. Dal mese di giugno 2020 sono stati individuati dei punti di distribuzione su tutto il territorio regionale e si è avviato un processo capillare di costruzione di un sistema locale integrato in risposta ai bisogni primari, con la sistematizzazione delle reti di collaborazione tra il servizio sociale, gli Enti locali, il Terzo settore e i singoli cittadini. Negli ultimi mesi dell’anno 2020, con la ripresa dell’ondata pandemica, la richiesta di generi alimentari è nuovamente cresciuta come dai dati rappresentati nella tabella che segue.

TERRITORIO	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20
VALDIGNE-MONT BLANC	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale
GRAND PARADIS	50	24	31	18	0	23
AOSTA	289	81	74	56	41	30
MONT EMILIUS	35	16	19	17	24	22
GRAND COMBIN	9	3	4	4	4	4
MONT CERVIN	37	60	60	60	60	60
EVANCON	33	30	30	30	30	31
MONT ROSE/WALSER	35	25	25	25	20	20
TOTALE	488	239	243	210	179	190

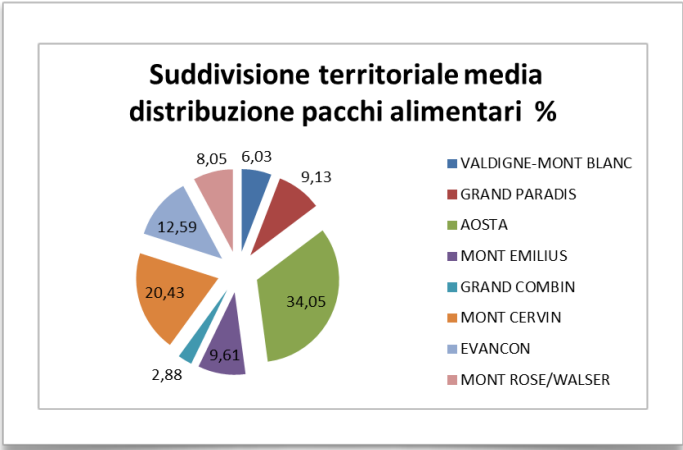
TERRITORIO	nov-20	dic-20	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21
VALDIGNE-MONT BLANC	11	15	18	16	19	21	23
GRAND PARADIS	23	27	29	27	29	31	34
AOSTA	84	91	86	111	104	126	117
MONT EMILIUS	23	23	27	31	32	45	50
GRAND COMBIN	5	5	11	10	10	19	21
MONT CERVIN	66	63	50	53	61	61	83
EVANCON	34	38	40	29	47	51	54
MONT ROSE/WALSER	21	12	15	25	26	27	29
TOTALE	267	274	276	302	328	381	411

Risulta evidente che i bisogni espressi dai cittadini e la conseguente richiesta di sostegno da parte dei medesimi si sviluppa parallelamente alle fasi della pandemia e si concentra nei mesi in cui l’emergenza sanitaria si intensifica. Di seguito si riportano i dati in percentuale relativi al periodo maggio 2020 – maggio 2021 suddivisi per territorio che evidenziano come a partire dall’anno 2020 la distribuzione dei pacchi alimentari si concentri in prevalenza in Aosta e nella media e Bassa Valle. La variabilità territoriale è anche determinata da eventuali interventi e azioni che i differenti Enti locali hanno attivato in sostegno delle rispettive comunità locali quali per esempio: buoni spesa, voucher, ecc.

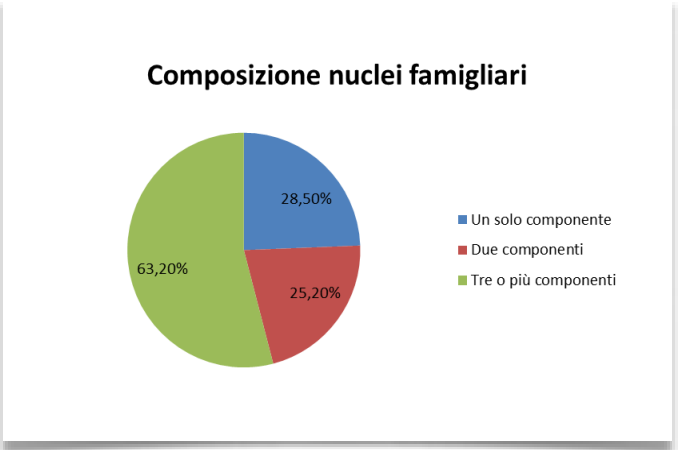
TERRITORIO	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20
VALDIGNE-MONT BLANC	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale
GRAND PARADIS	10,25%	10,04%	12,76%	8,57%	0,00%	12,11%
AOSTA	59,22%	33,89%	30,45%	26,67%	22,91%	15,79%
MONT EMILIUS	7,17%	6,69%	7,82%	8,10%	13,41%	11,58%
GRAND COMBIN	1,84%	1,26%	1,65%	1,90%	2,23%	2,11%
MONT CERVIN	7,58%	25,10%	24,69%	28,57%	33,52%	31,58%
EVANCON	6,76%	12,55%	12,35%	14,29%	16,76%	16,32%
MONT ROSE/WALSER	7,17%	10,46%	10,29%	11,90%	11,17%	10,53%
TOTALE	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%

TERRITORIO	nov-20	dic-20	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21
VALDIGNE-MONT BLANC	4,12%	5,47%	6,52%	5,30%	5,79%	5,51%	5,60%
GRAND PARADIS	8,61%	9,85%	10,51%	8,94%	8,84%	8,14%	8,27%
AOSTA	31,46%	33,21%	31,16%	36,75%	31,71%	33,07%	28,47%
MONT EMILIUS	8,61%	8,39%	9,78%	10,26%	9,76%	11,81%	12,17%
GRAND COMBIN	1,87%	1,82%	3,99%	3,31%	3,05%	4,99%	5,11%
MONT CERVIN	24,72%	22,99%	18,12%	17,55%	18,60%	16,01%	20,19%
EVANCON	12,73%	13,87%	14,49%	9,60%	14,33%	13,39%	13,14%
MONT ROSE/WALSER	7,87%	4,38%	5,43%	8,28%	7,93%	7,09%	7,06%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

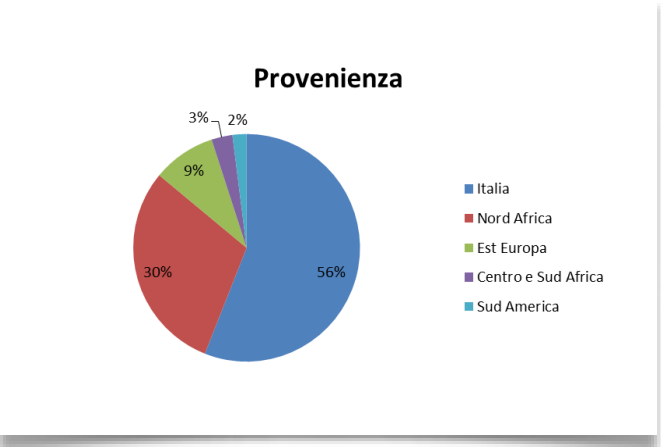
Sulla base della media dei pacchi alimentari distribuiti nel periodo indicato in tutti i territori, si presenta di seguito un grafico di sintesi che raffigura in percentuale la distribuzione media dei generi alimentari sul territorio regionale dal mese di maggio 2020 al mese di maggio 2021.



Nel mese di maggio 2021, anche in relazione all’aumento delle richieste di sostegno alimentare da parte dei nuclei famigliari, è stata avviata un’ulteriore attività di analisi dei dati relativi ai bisogni della popolazione al fine di organizzare interventi maggiormente strutturati. Nello specifico, sono state mappate alcune caratteristiche dei beneficiari degli interventi quali: la composizione del nucleo famigliare con specifica attenzione alla presenza di figli minori e soggetti disabili, le fasce di età dei soggetti minorenni, la provenienza. La mappatura avviata è ancora in corso di perfezionamento e approfondimento e di seguito



si presentano gli esiti di tale ricognizione. In relazione ai 411 pacchi distribuiti nel corso del mese di maggio 2021, i soggetti che ne hanno beneficiato sono circa 1.000 e la composizione dei nuclei famigliari è rappresentata nel grafico che segue. Nello specifico, si rileva che i componenti minorenni che hanno beneficiato del pacco alimentare sono stati 540 così suddivisi. Per quanto riguarda la provenienza delle famiglie sostenute nel mese di maggio 2021 con il rifornimento di generi alimentari la situazione è la seguente.



Il perdurare della condizione di distanziamento sociale e della necessità di contenere l’interazione con le figure affettive ha determinato, inoltre, un aumento di sentimenti di isolamento sociale e di vissuti di solitudine, per cui si è avviata una collaborazione con gli Enti locali per sostenere le persone sole, finalizzata al sostegno emotivo, al monitoraggio della situazione e all’avvicinamento ad altri servizi socio sanitari.

LE PROBLEMATICHE ABITATIVE

Le problematiche abitative investono in maniera importante i servizi sociali in quanto le prese in carico relative alle aree di povertà intercettano questa problematica.

- I dati raccolti relativi al fenomeno riguardano:
- il numero di inserimenti effettuati presso le Strutture per nuclei privi di abitazione
 - gli accompagnamenti ricerca casa per i nuclei che affrontano la problematica del cambio abitazione
 - l’ammontare dei contributi economici erogati per spese legate alle spese riferite all’abitazione.

Nella tabella che segue vengono presentati i dati relativi agli inserimenti presso le strutture per nuclei privi di abitazione e gli interventi di accompagnamento per la ricerca di una casa.

ANNO	2019	2020
Inserimenti presso le Strutture per nuclei privi di abitazione	31	24
Accompagnamenti ricerca casa	21	20

Risulta inoltre significativo appare l’ammontare dei contributi economici erogati per spese legate alle spese riferite all’abitazione per l’ultimo triennio:

ANNO	2018	2019	2020
Contributo per le spese dell'abitazione	51.469,41	88.734,19	66.345,85

Dal confronto dei dati per le annualità 2019 e 2020 si coglie uno scarto in diminuzione motivato dalle conseguenze della pandemia da Covid-19. Infatti, in generale, i dati non contengono un trend di crescita in quanto la pandemia ha determinato il blocco degli sfratti, la sospensione degli inserimenti temporanei in struttura per evitare la diffusione del contagio.

VIOLENZA DI GENERE

La situazione di emergenza sanitaria ha avuto significative ricadute sugli aspetti e sulle abitudini di vita sociale delle persone e delle famiglie, in quanto ha portato all’isolamento e alla drastica diminuzione dei contatti interpersonali e delle relazioni, alla convivenza forzata, alla restrizione della circolazione e ad una maggiore instabilità socio-economica. In un simile scenario, che ha amplificato sentimenti di solitudine, incertezza, timore e diffidenza nei confronti degli altri, il fenomeno della violenza di genere si è ulteriormente aggravato, determinando un aumento del numero stesso di episodi e talvolta anche una recrudescenza dell’escalation delle varie forme di violenza. I mesi di isolamento e di distanziamento sociale per molti hanno significato un maggior ricorso all’utilizzo delle nuove tecnologie e dei social media, diventati strumenti privilegiati di contatto e di scambio, ma talvolta anche ulteriori spazi in cui riversare violenza e aggressività. L'emergenza si è infine configurata come un’occasione per sperimentare servizi “a distanza” e modalità di lavoro più “flessibili e innovative” quali ad esempio le videochiamate e le riunioni sulle piattaforme online.

Specificatamente ai servizi deputi all’accoglienza e alla gestione delle donne vittime di violenza, al fine di meglio comprendere le ricadute che l'emergenza sanitaria ha avuto sull’operatività degli stessi, si fornisce di seguito un quadro relativo alla riorganizzazione e agli accessi riferito alla Casa Rifugio e al Centro antiviolenza.

Il Centro donne contro la violenza gestito dall’omonima associazione, ha fortemente rimodulato la propria attività, incrementando l’orario di apertura ed i canali di contatto. Il servizio di accoglienza e ascolto è stato potenziato attraverso l’attivazione di un numero telefonico attivo tutti i giorni dalle ore 8.00 alle ore 20.00 al quale era possibile telefonare e/o inviare messaggi anche attraverso l’applicativo whatsapp. Quando la normativa lo ha permesso, è stata anche ripristinata la possibilità di attivare, previo appuntamento, colloqui singoli presso la sede operativa. È rimasta inoltre sempre attiva la casella di posta elettronica dedicata, mentre il numero verde nazionale anti-violenza e *stalking* “1522”, attivo tutti i giorni h 24, ha permesso una copertura totale delle richieste di aiuto. Durante la pandemia le attività di promozione, sensibilizzazione e informazione hanno avuto un ruolo strategico, in quanto hanno permesso di diffondere le informazioni di carattere organizzativo ed operativo, sensibilizzare l’opinione pubblica e continuare a mantenere alta l’attenzione sulla tematica. A tal proposito, il Centro antiviolenza ha potenziato la propria attività sui social media, ha revisionato il sito internet e avviato diverse collaborazioni con testate giornalistiche locali, televisioni locali ed emittenti radiofoniche.

Nella fase emergenziale la presa in carico, avvenuta principalmente con modalità a distanza, ha comportato preliminarmente la valutazione del rischio da parte delle operatrici al fine di delineare la situazione di pericolo e successivamente l’attivazione di interventi e/o collaborazioni utili ai progetti individualizzati. Specificatamente ai dati di accesso si rileva un significativo aumento nel corso dell’ultimo anno. Infatti se nel corso del biennio 2018-2019 gli accessi sono stati pressoché costanti, rispettivamente di 34 e 31 persone,

nel solo anno 2020 gli accessi sono raddoppiati, contandone 63 da cui si osserva un trend in aumento. Sicuramente l’attività di promozione svolta dal Centro donne contro la violenza, il notevole potenziamento dei canali di contatto e degli orari, nonché il consolidamento delle reti territoriali, sono tutti aspetti che hanno permesso di intercettare un importante numero di situazioni.

Rispetto alla Casa rifugio presente sul territorio regionale, gli inserimenti hanno continuato ad essere disposti dagli organi segnalanti secondo i flussi ordinari, ovvero il contatto telefonico al numero di reperibilità dedicato. Nel rispetto delle disposizioni previste dai decreti ministeriali a contrasto e a contenimento dell'emergenza sanitaria, sono state individuate ulteriori modalità organizzative e soluzioni alloggiative per assicurare l’isolamento cautelativo e preventivo e al contempo garantire l’accoglienza e la protezione delle donne vittime di violenza sole o con figli minori. Si rileva che nel corso dell’anno 2020 non è stato necessario avviare tali percorsi, in quanto il numero degli accessi ha permesso di utilizzare gli spazi interni della Struttura protetta, sebbene sia stata necessaria da parte del soggetto gestore una forte riorganizzazione dei locali e delle unità di personale. Durante la pandemia la struttura protetta ha sospeso le accoglienze di emergenza notturna, assicurando solo gli inserimenti delle donne sole o con figli minori vittime di violenza. L’attività assistenziale ed educativa relativa all’accompagnamento delle donne nelle azioni della vita quotidiana a supporto del percorso di autonomizzazione ha subito una considerevole diminuzione del numero degli interventi a causa delle forti ripercussioni delle limitazioni imposte dal *lockdown*. L’équipe multidisciplinare della casa rifugio ha lavorato in sinergia con il Centro antiviolenza e con i vari servizi territoriali.

In merito ai dati delle accoglienze si rileva una flessione in diminuzione come presentato nella tabella che segue.

ANNO	2018	2019	2020
Nuclei presi in carico	29	15	8

Tale decremento può imputarsi a diversi fattori, fra i quali ad esempio, l’interruzione dell’ospitalità in emergenza notturna, l’impatto degli interventi di prevenzione avviati negli ultimi anni la cui ricaduta ha permesso di interrompere e spezzare il ciclo della violenza già nelle prime fasi, nonché l’effetto delle attività di formazione, sensibilizzazione e di promozione indirizzate ai vari interlocutori territoriali, fra i quali ad esempio i servizi educativi, le istituzioni scolastiche, il Terzo settore e più in generale la società civile.

Fonti dei dati:
Nota socio-economica 2020 - Presidenza della Regione autonoma Valle d’Aosta
Datawarehouse Sistar VdA.
Dati del Dipartimento regionale politiche sociali della Regione autonoma Valle d’Aosta

