
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 più 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 avviano 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 Struttura preposta al coordinamento delle cure primarie 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 (c.d. DM 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.

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 abitanti¹, 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 regionale². 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"³.

In ambito sanitario, infatti, come noto, la Regione Autonoma Valle d'Aosta, rinunciando alla quota spettante del fondo sanitario nazionale (FSN) già dal 1995⁴, 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 autoreferenzialità⁵.

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

¹ Dato stimato al 1 gennaio 2020

² 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.

³ Prof.ssa Chiara Saraceno, Presidente della Commissione regionale sullo stato della povertà e dell'esclusione sociale in Valle d'Aosta (2002-2005)

⁴ 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"

⁵ 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

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 Costituzione⁶, al fine 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 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 LEA 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.

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 l.r. 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-ter⁷ - la Regione assicura i livelli essenziali e appropriati di assistenza attraverso una unica unità sanitaria locale, già trasformata in Azienda regionale⁸, 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 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

⁶ Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) del 23 maggio 2003

⁷ 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).

⁸ Legge regionale 8 giugno 1994, n. 24 (Trasformazione in Azienda regionale dell’Unità sanitaria locale della Valle d’Aosta: organi di gestione

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.

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 della Valle d'Aosta 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 "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", precedentemente citata, oltre ad essere antecedente all'introduzione del DPCM 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 dell'integrazione 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 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 nazionale⁹
- 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 ed 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, non ha di fatto mai determinato il contenuto effettivo delle prestazioni stesse da riconoscere, contravvenendo così 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. Il successivo riparto di competenze tra Governo, Regioni ed Enti locali, definito dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2002 (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3) unito all'esiguità del Fondo nazionale per le politiche sociali ha, 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.

⁹ Codice del Terzo settore (Decreto legislativo n.117/2017) e Decreto ministeriale n. 72/2021

Anche in questo caso però, solo di recente, e anche a fronte di un aumento delle risorse dei fondi sociali nazionali stabilizzate nel bilancio dello Stato, alcuni 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 sociale¹⁰ quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla L. 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 le non autosufficienze) 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 recente Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023, rilasciato ad agosto 2021 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali a cui la Macro Area 4 del presente Piano si ispira.

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.

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

¹⁰ 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.

e qualità conforme su tutto il territorio della regione. Per questa ragione, come già enunciato nella Macro area 4, il Piano dispone la creazione di un Ente strumentale, previa la predisposizione di uno studio di fattibilità concordato tra tutti gli attori pubblici del sistema, che ne definisca le modalità, finalizzato ad assolvere la funzione di gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e socio-educativi, separandola da quella di programmazione, che rimane in capo, per quanto di competenza, agli Enti locali e alla Regione, unitamente al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali e dell'impiego dei fondi a esse collegati. Tale azione è ritenuta indispensabile 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.

Il Piano dispone che sia costituita, con atto della Giunta regionale, un'apposita Cabina di Regia composta oltre che dai rappresentanti regionali, anche dagli Enti locali, dall'Azienda USL, dai rappresentanti del Terzo settore a cui dare il mandato di:

- definire l'assetto organizzativo e gestionale dei servizi e degli interventi sociali
- predisporre lo studio di fattibilità per la costituzione dell'Ente gestore
- operare una revisione condivisa del Piano di Zona della Valle d'Aosta

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 D.Lgs. 147/2017 l'attività di programmazione nazionale trova la sede formale, alla presenza di Ministeri, Regioni, Enti locali, Inps, Partiti 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 Inclusione 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 strutturizzazione del sistema dei servizi sociali e la sostenibilità anche finanziaria nel tempo degli obiettivi concordati.

Come prescritto dall'articolo 21 del D.Lgs. 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 in questa prima parte del 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 sociosanitario, 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. E' 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, ecc.

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-sanitaria¹¹, 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, specialisti convenzionati, infermieri di famiglia o di comunità, fisioterapisti ecc..) e sociali (assistenti sociali, operatori socio sanitari, ecc..), 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

¹¹ 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.

dalla normativa nazionale¹², il Piano individua come obiettivo strategico il qualificare l'intera offerta assistenziale socio-sanitaria territoriale ponendola in capo a un'Area appositamente costituita dell'Azienda USL della valle d'Aosta, denominata Area per l'integrazione e l'assistenza socio-sanitaria.

Le attività per l'assistenza socio-sanitaria sono quindi definite, per un percorso di graduale attuazione, nell'ambito delle linee annuali predisposte per la gestione del servizio sanitario regionale e, nello specifico, per la definizione della presa in carico integrata. 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 dei bisogni inespresi.

Il presente Piano dispone che, attraverso l'istituzione della suddetta Area di competenza aziendale, 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.

Nel rimarcare quanto disposto ai sensi dall' articolo 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 2017¹³, il sistema regionale dell'offerta assistenziale socio sanitaria è riqualificato attraverso la disposizioni del presente Piano nel costituire la nuova Area aziendale, la cui funzione garantisce percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali necessarie a migliorare o a mantenere quanto più possibile lo stato di salute e benessere sociale, anche in presenza di malattia, come nel caso delle malattie croniche.

L'Area per l'integrazione e l'assistenza socio sanitaria è preposta ad operare, 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 siano definite, per un percorso di graduale attuazione, e preferibilmente nell'ambito delle linee annuali di indirizzo per la gestione del Servizio sanitario regionale, a seguito di apposito atto della Giunta regionale, nei seguenti tre ambiti di integrazione:

¹² 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)

¹³ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. *Integrazione istituzionale* - contenete 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
2. *Integrazione gestionale* - contenete specifici indirizzi per la gestione integrata di servizi riferiti ai diversi ambiti di integrazione
3. *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 ad una apposita convenzione tra l'Azienda USL e il soggetto gestore della struttura.

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 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 svizzero¹⁴.

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 ostacolo per i medici che si presentano a sostenere le prove concorsuali, ma potrebbe costituire, invece, un disincentivo alla decisione di partecipare ai concorsi stessi, anche se il peso di tale aspetto è poco valutabile in concreto. Alcune iniziative legislative regionali sono già state proposte e approvate per trovare delle soluzioni a questa problematica; di fatto, però, sono state finora fermate dall'impugnativa statale che, a tutt'oggi, ne ha demotivato l'applicazione in attesa del giudizio in Corte Costituzionale.

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 la competenza circa la contrattazione collettiva e la sottoscrizione dei contratti di lavoro e degli accordi regionali 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 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. 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

¹⁴ 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

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 Scienze infermieristiche 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 della Valle d'Aosta, 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;
- 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 (anche attraverso periodiche rilevazioni del clima organizzativo);
- considerare la soddisfazione e la motivazione del personale quali fattori strategici che sviluppano 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, interna ed esterna, 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 della Valle d'Aosta, convenzioni con operatori del territorio di varie tipologie, per costruire un'offerta di beni e servizi agevolati a disposizione dei propri dipendenti.

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 PNRR in tema di formazione di cui, a seguire, 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 MMG è evidente quanto il PNRR riconosca il ruolo fondamentale e imprescindibile che essi svolgono nell'assistenza territoriale. In considerazione del bisogno di garantire 1 MMG 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 MMG per 1.500 persone >14 anni = 34.609). Questo evidenzia la necessità di attivare percorsi di formazione post-laurea per MMG garantendo un totale di 8.608 borse di studio nazionali. Da qui la misura presente nel 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 MMG 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 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 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 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 SSN, 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 discipline¹⁵.

¹⁵ <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

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 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. 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 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 di qualifica professionale tale da garantire nel tempo la copertura dei fabbisogni periodicamente aggiornati.

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 un 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 già da diversi anni nei principali documenti programmatori nazionali – si pensi solo al Piano nazionale per la cronicità – che certamente

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".

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 da cui il Piano auspica il potenziamento in termini di sperimentazione di équipes miste, di partecipazione a programmi di ricerche scientifiche, anche a valenza traslazionale¹⁶, 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.

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 complicità, 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.

¹⁶ 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.

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 genomica¹⁷ 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, traslazionale¹⁸, epidemiologica e organizzativa anche innovativa rispetto alle tematiche e alle risorse in uso;
- 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.

LA GOVERNANCE DELLE INFORMAZIONI PER IL CITTADINO

La digitalizzazione del SSN 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 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 PNRR prevede:

¹⁷ **“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. E' 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 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.

¹⁸ 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.

- 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 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 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 PNRR sul potenziamento del 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 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 SSR 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 SSR 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. Ed in ognuna di queste fasi l'evidenza statistica gioca ormai un ruolo fondamentale. Nel contribuire a dare evidenza statistica ai problemi sociali e contribuire, in questo modo, a formare una conoscenza e una competenza in materia di valutazione per 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, è oggetto di attenzione di questo Piano. 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 LR 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, l'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. 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) ecc)
- *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 sul 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.

Di seguito la tabella 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 che, dal 2004, in Valle d'Aosta, è aumentata del 3,6% a fronte dell'1,9% medio nazionale: si tratta del secondo valore più alto tra tutte le regioni.

SPESA SANITARIA Anno 2018	Valle d'Aosta	ITALIA
Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL	5,3 %	6,44 %
Spesa sanitari pubblica pro capite in Euro	2.065	1.881
Spesa sanitaria privata pro capite in Euro	1.024,5	619,2

La Regione Valle d'Aosta è caratterizzata dalla presenza di un'unica azienda sanitaria sul proprio territorio regionale denominata Azienda USL della Valle d'Aosta.

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 l.r.25 gennaio 2000, n.5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione), art. 1, e dalla l.r. 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 LR 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: 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.

Occorre evidenziare che, a seguito all'emanazione del d.lgs. 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 della Valle d'Aosta 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 d.lgs. 118/2011.

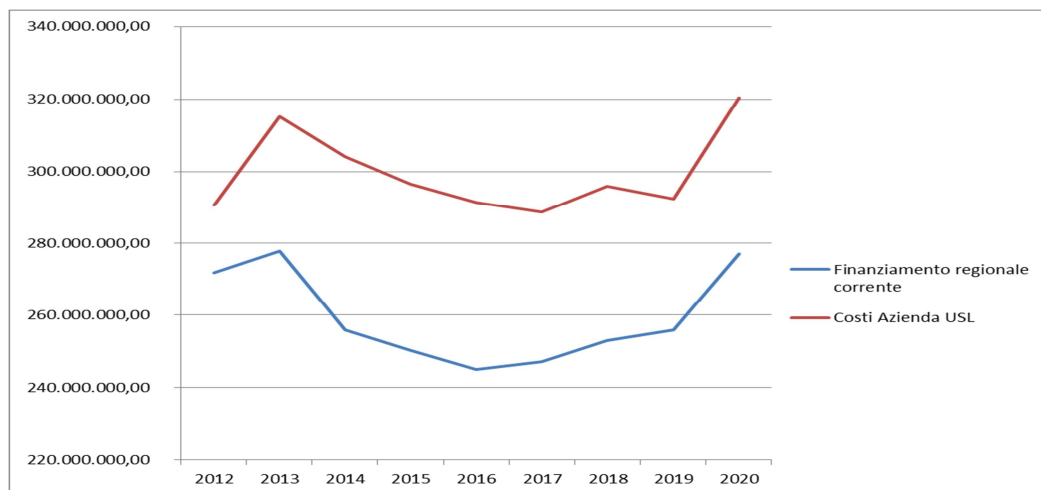
Questa scelta contabile ha portato a un aumento delle risorse trasferite all'Azienda USL che, a partire dal 2013, ha ricevuto dalla Regione la somma necessaria al pagamento al Ministero del saldo della mobilità sanitaria, in aggiunta al consueto trasferimento necessario allo svolgimento delle attività 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, 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.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Finanziamento corrente regionale (LEA+extraLEA+borse di studio MMG) Dal 2019 il valore del Pay back non è più compreso nel finanziamento LEA	271.735.984,00	277.877.670,00	255.805.670,00	250.310.000,00	245.000.000,00	247.210.000,00	253.000.000,00	255.839.848,00	277.115.948,45
Costi USL (costi della produzione +imposte e tasse)	290.693.000,00	315.186.000,00	304.154.450,00	296.516.000,00	291.437.000,00	288.705.000,00	295.977.000,00	292.442.559,00	320.401.771,00



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, di cui alla LR n. 8/2020 e alla LR n.10/2020, pari a euro 14.237.981, e i finanziamenti statali per l'emergenza COVID, 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 FSN, pari a euro 233.766.661, pertanto la Regione ha finanziato con risorse proprie l'8,01% 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 FSN di euro 229.392.725, mentre nel 2018 erano state determinate maggiori somme per circa euro 18.223.000 (pari al 9,72% in più) rispetto al finanziamento 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 "Assessment 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 d.lgs. 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.

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 all'Azienda USL della Valle d'Aosta per la manutenzione straordinaria e l'adeguamento tecnologico delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- Contributi agli investimenti all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'adeguamento tecnologico delle apparecchiature sanitarie;
- Contributi agli investimenti all'Azienda USL della Valle d'Aosta per la realizzazione del sistema informativo aziendale;
- Contributi agli investimenti all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'acquisto di arredi ed automezzi a servizio della stessa.

Nella seguente tabella si riportano le somme impegnate nel corso degli ultimi 3 anni e le somme previste a bilancio nella programmazione 2021/2023:

	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
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
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
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
Arredi ed Automezzi	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00

Ricoproano, 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 euro 17.000.000, dal 2024 al 2026, che si vanno ad aggiungere ad euro 15.332.283 già impegnati a favore della società di scopo SIV S.r.l. a valere sui fondi in gestione speciale di Finaosta (di cui euro 13.582.871,71 già liquidati) e a euro 106.700.000 riconosciuti con legge regionale 24 aprile 2019, n.4, per un totale complessivo di euro 139.032.283.

Si rappresentano, nella tabella a seguire, le somme impegnate a decorrere dall'anno 2010 e fino all'anno 2026:

n	Aggregati	Impegni di spesa in Euro				Pagamenti/oneri in Euro											
		Assunti			Totale	Sostenuti											Totale
		2010/20	2021	2022/29			2010/29	2010/20	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
1	Totale servizi tecnici	7.890,9	5.341,8	5.099,5	18.332,2	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	1.062,4	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	106,2	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	137,3	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	4.609,5	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	84,8	0,0	0,0	84,8	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	1.522,6	0,0	1.573,0	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	3.499,9	3.499,9	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	319,2	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	1.840,3	3.500,0	1.599,6	6.939,9	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	6.603,6	444,9	113.651,7	120.700,2	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	1.435,9	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	2.188,6	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	1.341,7	0,0	0,0	1.341,7	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	97,4	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	827,0	44,9	0,0	871,9	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	16,2	0,0	0,0	16,2	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	111.700,0	111.700,0	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	1.951,7	3.048,4	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	14.494,5	5.786,6	118.751,1	139.032,3	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 dell'anno 2020 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 familiari in condizione di povertà e di fragilità economica a seguito dell'emergenza Covid.

FONDI REGIONALI	ESERCIZI FINANZIARI						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SPESA CORRENTE							
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
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
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
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
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
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
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

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 e 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.

FONDI STATALI	ESERCIZI FINANZIARI		
	2019	2020	2021
SPESA CORRENTE			
Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	949.685,18	801.840,94	1.492.601,22
Interventi per la disabilità	1.737.601,20	1.561.727,45	1.354.043,12
Interventi per gli anziani	213.755,56	175.512,68	104.448,00
Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale	1.356.392,27	1.228.764,73	2.046.175,93
Interventi per le famiglie	100.219,69	138.778,66	126.581,88
rete dei servizi sociosanitari e sociali	1.206.867,91	1.303.081,42	1.224.730,62
Totale	5.564.521,81	5.209.705,88	6.348.580,77

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 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 euro 8.042.960.665,58:

- M6C1 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona per un importo di euro 2.000.000.000 (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 euro 204.517.588 (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 euro 1.000.000.000 (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 (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 euro 638.851.083,58 (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 MdS 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 euro 30.300.000 (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 euro 80.026.994 (Target ITA finale Q2 2026 – 293.386 dipendenti formati);
- PNC – “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” dal costo complessivo di euro 1.450.000.000 (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 (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 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 PNRR.”.

Il riparto, ancora provvisorio che dovrà essere definito a breve, assegna, al momento, alla Valle d'Aosta le seguenti risorse, per un totale di 15.353.310,39 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)
3.811.177,13	3	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 euro		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.)
(Digitalizzazione 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 SARS-Cov19, 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.