



# I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna: il caso della Comunità Montana Valdigne-Mont Blanc

Sistemi regionali  
e sistemi locali di welfare:  
un'analisi di scenario  
nella Comunità Montana  
Valdigne-Mont Blanc

**QUADERNI DELLA FONDAZIONE - 21**

---

CAHIERS DE LA FONDATION - 21

Enti fondatori  
CENSIS  
CENTRO NAZIONALE  
di PREVENZIONE  
E difesa SOCIALE  
COMUNE di COURMAYEUR  
REGIONE AUTONOMA  
Valle d'AOSTA





PUBBLICAZIONI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR  
*PUBLICATIONS DE LA FONDATION COURMAYEUR*



## ANNALI

---

1. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1992
2. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1993
3. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1994
4. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1995
5. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1996
6. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1997
7. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1998
8. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 1999
9. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2000
10. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2001
11. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2002
12. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2003
13. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2004
14. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2005
15. ANNALI DELLA FONDAZIONE COURMAYEUR ANNO 2006

## COLLANA “MONTAGNA RISCHIO E RESPONSABILITÀ”

---

1. UNA RICOGNIZIONE GENERALE DEI PROBLEMI
2. LE INDICAZIONI DELLA LEGISLAZIONE, DELLA GIURISPRUDENZA E DELLA DOTTRINA
3. I LIMITI DELLA RESPONSABILITÀ DEL MAESTRO DI SCI E DELLA GUIDA
4. LA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE PUBBLICO
5. LA RESPONSABILITÀ DELL'ALPINISTA, DELLO SCIATORE E DEL SOCCORSO ALPINO
6. LA VIA ASSICURATIVA
7. CODICE DELLA MONTAGNA – LE INDICAZIONI DELLA LEGISLAZIONE, DELLA GIURISPRUDENZA E DELLA DOTTRINA
8. CODE DE LA MONTAGNE – LE INDICAZIONI DELLA LEGISLAZIONE, DELLA GIURISPRUDENZA E DELLA DOTTRINA FRANCESE
9. CODIGO DE LOS PIRINEOS – LE INDICAZIONI DELLA LEGISLAZIONE, DELLA GIURISPRUDENZA E DELLA DOTTRINA SPAGNOLA
10. CODICE DELLA MONTAGNA – 1994–2004 IL PUNTO SULLA LEGISLAZIONE, LA GIURISPRUDENZA, LA DOTTRINA
11. IL PUNTO SULLA LEGISLAZIONE, LA GIURISPRUDENZA E LA DOTTRINA 1994 – 2004 (Atti del Convegno)
12. GIORNATE DELLA PREVENZIONE E DEL SOCCORSO IN MONTAGNA
13. CODICE SVIZZERO DELLA MONTAGNA. LE INDICAZIONI DELLA LEGISLAZIONE, DELLA GIURISPRUDENZA E DELLA DOTTRINA SVIZZERA
14. GIORNATE DELLA PREVENZIONE E DEL SOCCORSO IN MONTAGNA SU “COMUNICAZIONE E MONTAGNA”
15. CODICE AUSTRIACO DELLA MONTAGNA. LE INDICAZIONI DELLA LEGISLAZIONE, DELLA GIURISPRUDENZA E DELLA DOTTRINA AUSTRIACA
16. GIORNATE DELLA PREVENZIONE E DEL SOCCORSO IN MONTAGNA SU “EDUCARE E RIEDUCARE ALLA MONTAGNA”



## QUADERNI

---

1. MINORANZE, CULTURALISMO CULTURA DELLA MONDIALITÀ
2. IL TARGET FAMIGLIA
3. LES ALPAGES: HIER, AUJOURD’HUI, DEMAIN – L’ENTRETIEN DU PAYSAGE MONTAGNARD: UNE APPROCHE TRANSFRONTALIÈRE
4. MEMORIE E IDENTITÀ: PROSPETTIVE NEI PERCORSI DEL MUTAMENTO
5. L’INAFERRABILE ÉLITE
6. SISTEMA SCOLASTICO: PLURALISMO CULTURALE E PROCESSI DI GLOBALIZZAZIONE ECONOMICA E TECNOLOGICA
7. LE NUOVE TECNOLOGIE DELL’INFORMAZIONE
8. ARCHITETTURA NEL PAESAGGIO RISORSA PER IL TURISMO? – 1°
9. ARCHITETTURA NEL PAESAGGIO RISORSA PER IL TURISMO? – 2°
10. LOCALE E GLOBALE. DIFFERENZE CULTURALI E CONTESTI EDUCATIVI NELLA COMPLESSITÀ DEI MONDI CONTEMPORANEI
11. I GHIACCIAI QUALI EVIDENZIATORI DELLE VARIAZIONI CLIMATICHE
12. DROIT INTERNATIONAL ET PROTECTION DES REGIONS DE MONTAGNE/*INTERNATIONAL LAW AND PROTECTION OF MOUNTAIN AREAS* – 1°
13. DEVELOPPEMENT DURABLE DES REGIONS DE MONTAGNE – LES PERSPECTIVES JURIDIQUES À PARTIR DE RIO ET JOHANNESBURG/*SUSTAINABLE DEVELOPMENT OF MOUNTAIN AREAS – LEGAL PERSPECTIVES BEYOND RIO AND JOHANNESBURG* – 2°
14. CULTURE E CONFLITTO
15. COSTRUIRE A CERVINIA... E ALTROVE/*CONSTRUIRE À CERVINIA... ET AILLEURS*
16. LA RESIDENZA E LE POLITICHE URBANISTICHE IN AREA ALPINA
17. ARCHITETTURA MODERNA ALPINA: I RIFUGI/*ARCHITECTURE MODERNE ALPINE: LES REFUGES* – 1°
18. *RICORDANDO LAURENT FERRETTI*
19. ARCHITETTURA MODERNA ALPINA: I CAMPI DI GOLF
20. ARCHITETTURA MODERNA ALPINA: I RIFUGI/*ARCHITECTURE MODERNE ALPINE: LES REFUGES* – 2°
21. I SERVIZI SOCIO-SANITARI NELLE AREE DI MONTAGNA: IL CASO DELLA COMUNITÀ MONTANA VALDIGNE-MONT BLANC - RICERCA SU “SISTEMI REGIONALI E SISTEMI LOCALI DI WELFARE: UN’ANALISI DI SCENARIO NELLA COMUNITÀ MONTANA VALDIGNE-MONT BLANC”

ORGANI DELLA FONDAZIONE  
*LES ORGANES DE LA FONDATION*

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Lodovico PASSERIN d'ENTRÈVES, *presidente*; Enrico FILIPPI, *vice presidente*,  
Camilla BERIA di ARGENTINE, Pierluigi DELLA VALLE, Giuseppe DE RITA,  
Alessia DI ADDARIO, Lukas PLATTNER, Emilio RICCI, Giuseppe ROMA,  
Roberto RUFFIER, Lorenzo SOMMO

COMITATO SCIENTIFICO

Franzo GRANDE STEVENS, *presidente*; Alberto ALESSANDRI, Stefania  
BARIATTI, Guido BRIGNONE, Dario CECCARELLI, Ludovico COLOMBATI,  
Mario DEAGLIO, Stefano DISTILLI, Gianandrea FARINET, Waldemaro FLICK,  
Stefania LAMOTTE, Jean-Claude MOCHET, Paolo MONTALENTI, Giuseppe  
NEBBIA, Livia POMODORO, Ezio ROPPOLO, Igor RUBBO, Giuseppe SENA

COMITATO di REVISIONE

René BENZO, Alessandro FRAMARIN, Giuseppe PIAGGIO

Elise CHAMPVILLAIR, *segretario generale*

Barbara SCARPARI, *assistente del Presidente*



INCONTRO-DIBATTITO

**I servizi socio-sanitari  
nelle aree di montagna:  
il caso della Comunità Montana  
Valdigne-Mont Blanc**

PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

**Sistemi regionali e  
sistemi locali di welfare:  
un'analisi di scenario  
nella Comunità Montana  
Valdigne-Mont Blanc**

GIUSEPPE ANDRIOLO, *A.LEA.*  
GIANFRANCO POMATTO, *A.LEA.*



Atti dell'Incontro-dibattito  
Courmayeur, 25 novembre 2006



## INDICE

### **Seduta di Apertura**

RAFFAELLA ROVEYAZ .....	pag.	7
LODOVICO PASSERIN D'ENTRÈVES .....	pag.	8
GIUSEPPE NEBBIA.....	pag.	9
DIEGO EMPEREUR.....	pag.	11
CARLA STEFANIA RICCARDI .....	pag.	15
ANTONIO FOSSON .....	pag.	22

### *Prima Parte*

#### **ANALISI DI CONTESTO**

#### **IL PIANO PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE 2006-2008**

IGOR RUBBO .....	pag.	28
------------------	------	----

#### **Il Piano di zona**

ANDREA FERRARI .....	pag.	29
----------------------	------	----

#### **Il processo di attivazione preliminare alla stesura dei Piani di zona**

PATRIZIA SCAGLIA.....	pag.	45
-----------------------	------	----

#### **I Piani di Zona nella programmazione sanitaria: ipotesi di interazioni applicative**

CLEMENTE PONZETTI.....	pag.	58
------------------------	------	----

#### **Il territorio e il distretto sanitario come ambito privilegiato di incontro per la programmazione integrata e la gestione unitaria dei servizi alla persona**

CARLO POTI.....	pag.	59
-----------------	------	----

### *Parte Seconda*

#### **PRESENTAZIONE DELLA RICERCA “SISTEMI REGIONALI E SISTEMI LOCALI DI WELFARE: UN’ ANALISI DI SCENARIO NELLA COMUNITÀ MONTANA VALDIGNE MONT-BLANC”**

GIUSEPPE ANDRIOLO - GIANFRANCO POMATTO .....	pag.	69
--	------	----

*Parte Terza*

**Tavola rotonda e conclusioni**

IGOR RUBBO, pag. 169; CORRADO ALLEGRI, pag. 173; ROBERTO MAURIZIO, pag. 190;  
RICCARDO BIELLER, pag. 195; LORENZO GRAZIOLA, pag. 197; MARIA VITTORIA  
MENEL, pag. 198; FEDELE BELLEY, pag. 199.

## SEDUTA DI APERTURA





RAFFAELLA ROVEYAZ

*assessore alle Politiche sociali, Comune di Courmayeur*

Buongiorno a tutti. Mi scuso per l'assenza del Sindaco.

A nome dell'Amministrazione comunale di Courmayeur, do a tutti voi il più caloroso benvenuto nella nostra cittadina.

Vorrei innanzitutto ringraziare per la presenza l'assessore regionale alla Sanità, Salute e Politiche sociali Antonio Fosson, il dottor Lodovico Passerin d'Entrèves, presidente della Fondazione Courmayeur, che ha permesso l'organizzazione di questa giornata nonché la stesura del documento di cui andremo a parlare oggi, il dottor Giuseppe Nebbia, presidente dell'Osservatorio sul sistema montagna "Laurent Ferretti", il dottor Diego Empereur, presidente del Consiglio Permanente degli Enti Locali (C.P.E.L.) e del Consorzio degli Enti Locali della Valle d'Aosta (CELVA), la dottoressa Carla Stefania Riccardi, direttore generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, tutti i colleghi amministratori e tutti gli operatori sociosanitari presenti oggi.

Ringrazio soprattutto i relatori, che con il loro contributo permetteranno a noi amministratori di guardare con occhio diverso alla nostra realtà.

Il documento che ci è stato presentato, anche a fronte degli obiettivi del *Piano per la salute ed il benessere sociale 2006-2008* presentato dall'Amministrazione regionale, ci serve per superare i campanilismi e ragionare più ad ampio raggio, quindi a livello di comunità montana, su quelli che sono i servizi che noi offriamo alla nostra popolazione, non solo per avviare un discorso di risparmio ed economicità, ma proprio per un confronto che ci permetta di rispondere sempre più ai bisogni della gente.

Auguro a tutti buon lavoro.

LODOVICO PASSERIN D'ENTRÈVES  
*presidente della Fondazione Courmayeur*

Autorità, Signore e Signori,  
sono lieto di dare il benvenuto, a nome del Consiglio d'Amministrazione e del Comitato Scientifico della Fondazione Courmayeur, ai partecipanti all'Incontro-dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna: il caso della comunità montana Valdigne Mont Blanc".

L'Osservatorio sul sistema montagna "Laurent Ferretti" è impegnato a favorire, in piena coerenza con lo Statuto, il confronto di idee sui problemi della montagna, con il contributo dei migliori specialisti e con il coinvolgimento delle realtà locali.

Dal punto di vista operativo, abbiamo cercato di sviluppare un programma multidisciplinare con un'ottica transfrontaliera. Nel corso di questi anni abbiamo sviluppato dei veri e propri filoni di attività come il rischio e la responsabilità in montagna e l'architettura moderna alpina. A fianco di questi filoni in questi anni il Comitato Scientifico ci ha confortato sull'opportunità di continuare ad occuparci anche di ambiente, di turismo, di agricoltura e di servizi sociali di montagna, cui la mattinata di oggi è dedicata.

La Fondazione Courmayeur, attraverso l'Osservatorio sul sistema montagna "Laurent Ferretti" ha emanato un bando pubblico per lo sviluppo di una ricerca sui servizi sociali specifici per le popolazioni di montagna. La Fondazione, insieme alla società *A. Lea Action Learning*, selezionata per l'attribuzione di detto incarico, ha individuato quale tema specifico della ricerca il sistema di *welfare* della Regione Autonoma Valle d'Aosta con l'analisi di scenario nella comunità montana Valdigne Mont Blanc. Gli esiti del percorso di ricerca sono oggi presentati insieme agli attori istituzionali a vario titolo impegnati allo sviluppo dei servizi sociali sul territorio valdostano.

Nel corso del 2007 l'Osservatorio intende proseguire nello sviluppo di questi temi.

La costante pubblicazione delle attività realizzate ci consente di mettere a disposizione della comunità scientifica e degli operatori il materiale elaborato nel corso delle stesse.

Stiamo lavorando con la Regione Valle d'Aosta e con il Comune di Courmayeur, che vorrei pubblicamente ringraziare, per dotare la Fondazione, e quindi anche l'Osservatorio sul sistema montagna, di una sede adeguata, come d'altra parte previsto dalla legge regionale, per ospitare stagisti ed alcune attività di workshop.

Ringrazio tutti coloro che sono impegnati per l'organizzazione di questo Incontro, in particolare il presidente dell'Osservatorio sul sistema montagna, l'architetto Beppe Nebbia ed il dottor Igor Rubbo, componente del Comitato scientifico della Fondazione Courmayeur e direttore della Direzione risorse dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta che hanno contribuito in modo fattivo alla realizzazione della ricerca ed all'Incontro di quest'oggi. Ringrazio anche gli enti locali valdostani nella persona del presidente Empereur per

la loro disponibilità sia nella fase di realizzazione della ricerca sia nell'organizzazione della mattinata di oggi.

Nella speranza che questo Incontro possa costituire un contributo utile alla programmazione, implementazione ed ottimizzazione dei servizi sociali valdostani, vorrei passare la parola al dottor Fosson, assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

GIUSEPPE NEBBIA

*presidente dell'Osservatorio sul sistema montagna "Laurent Ferretti"*

La promozione e l'organizzazione del presente Incontro-dibattito rientra nell'ambito del programma dell'Osservatorio sul sistema montagna della Fondazione Courmayeur.

Sin dall'istituzione l'Osservatorio ha rivolto la sua attenzione agli aspetti che caratterizzano la montagna, quale territorio di vita e di sviluppo delle popolazioni alpine.

I servizi sociali rientrano ad ampio titolo tra gli elementi portanti della società alpina, grazie alla loro specificità atta a tramandare idealmente quei "servizi" che un tempo le popolazioni di montagna erano costrette a svolgere, pena la sopravvivenza.

Oggi si parla di *welfare*, di benessere sociale, di sanità con riferimento ad esperienze nate e sviluppate altrove. Ma nell'ambito montano questi concetti assumono significati e valori più profondi e radicati.

Se pensiamo a quali e quante forme di collaborazione sono state esercitate nei secoli per affrontare le difficoltà del clima o dell'orografia, dai villaggi con case addossate tra loro per salvaguardare le parti coltivabili, alle scuole di villaggio, ai canali per l'irrigazione, alle latterie, alle consorterie, alle società delle guide, eccetera, ci accorgiamo che è vero il proverbio "la difficoltà aguzza l'ingegno". Allo stesso modo anche i moderni servizi sociali e sanitari possono trovare nei caratteri del territorio quegli stimoli necessari al loro sviluppo, per una comunità di montagna orientata a una necessaria collaborazione.

Oggi i servizi sociali e sanitari non devono essere visti solo quali strumenti per migliorare le condizioni fisiche di vita. Possono avere, ed hanno, altre funzioni e significati. Come già quelli tradizionali, i nuovi servizi devono tendere a rafforzare il tessuto connettivo della società di montagna, a formare una società coesa, in modo da compensare le forme di isolamento che forzatamente si sviluppano in territori difficili ed in condizioni avverse.

In questo ruolo di promozione dei servizi possono eccellere le comunità locali, nell'ambito delle quali già sono molto sviluppate le forme collaborative del volontariato, che possono ulteriormente esprimersi a supporto di servizi sociali e sanitari già strutturati. È la comunità locale che può ritrovare lo "spirito di gruppo" che sostenga le attività sociali, oggi tanto più difficile da raggiungere in considerazione dell'ete-

rogea società che si sviluppa a seguito dell'immigrazione. A questo fine possono eccellere proprio i servizi sociali che avvicinano persone e famiglie altrimenti reciprocamente impermeabili. Verrebbe, anche se lentamente, a costituirsi quell'omogeneità di intenti che può rafforzare le comunità locali in modo da permettere loro di affrontare le nuove difficoltà.

I caratteri della Valdigne permettono di qualificare i servizi necessari ad una comunità che basa sul turismo il suo sviluppo. Questo comporta problemi specifici cui occorre dare risposte che non sono né ovvie né facili, riguardanti ad esempio le abitazioni per gli operatori stabili o stagionali, la scuola e il sostegno nel tempo libero per i figli, l'assistenza alla prima infanzia ed agli anziani, i problemi posti dal calendario e dagli orari di lavoro, i trasporti.

A questo proposito ricordo che recentemente il Vescovo di Aosta, Mons. Anfossi, ha posto il problema di un'abitazione dignitosa per i lavoratori immigrati mentre il Sindaco di Chamonix, Monsieur Charlet, cerca di trovare adeguata sistemazione a 2500 lavoratori necessari all'economia della località. Potrei ricordare anche l'irrisolto problema dell'ospitalità a favore del personale stagionale degli alberghi.

Questi fatti dimostrano che la realizzazione e la gestione dei servizi sociali e sanitari non risponde, in una zona turistica di montagna, a soli principi di eguaglianza sociale e di sostegno ai soggetti deboli, ma deve favorire anche lo sviluppo economico legato al turismo.

In quest'ottica di integrazione dei benefici abbiamo ritenuto utile conoscere più a fondo i servizi sociali e sanitari di un'area campione quale la Valdigne con un metodo che può essere applicato ad altre realtà turistiche di montagna.

Auguro che questo Incontro produca gli stimoli necessari per indirizzare i servizi sociali verso la realizzazione di una società più conscia della necessità di sostenere un ruolo condiviso.

Quindi buon lavoro!

DIEGO EMPEREUR

*presidente del Consiglio Permanente degli Enti Locali (C.P.E.L.) e del Consorzio degli Enti Locali della Valle d'Aosta (CELVA)*

Autorità, Signore e Signori,

ho accolto subito con piacere l'invito a salutare, a nome del Consiglio Permanente e del Consorzio degli Enti locali della Valle d'Aosta, i partecipanti a questo Incontro. Non solo per una forma di cortesia nei confronti della Fondazione Courmayeur e del suo Presidente Passerin d'Entrèves che, coinvolgendoci nell'iniziativa, dimostra nei fatti considerazione verso le autonomie locali, ma anche perché questo dibattito giunge in un momento particolarmente importante per le politiche sociali della nostra Regione.

L'Amministrazione regionale, o meglio l'Assessorato regionale alla sanità, salute e politiche sociali, ha infatti definito, con una propria deliberazione, la costituzione della cosiddetta "cabina di regia" per la predisposizione dei Piani di zona. Stiamo quindi apprestandoci tutti (istituzioni, terzo settore e cittadini) ad iniziare insieme un percorso verso una Valle d'Aosta sempre più solidale.

In questo senso, la ricerca che verrà presentata questa mattina, riferita alla Comunità montana Valdigne-Mont Blanc, oltre ad essere tecnicamente ben curata, costituisce un primo passo utile nell'ambito del processo di programmazione sociale rappresentato dai Piani di zona.

L'iniziativa di oggi è importante per sostenere la necessità dell'interdisciplinarietà delle politiche di attenzione alla persona, attivando una mobilitazione ed una sensibilizzazione forte delle diverse istituzioni e delle organizzazioni qui convenute. Essa tuttavia è utile anche per sollecitare un maggiore, e più coerente, impegno di queste istituzioni ad essere attente, attive ed impegnate in fatto di politiche sociali, ai loro diversi livelli di presenza e di azione, nonché di coordinamento con le politiche per la salute, per l'istruzione, per la formazione, per il lavoro, per la casa, per i trasporti e per la tutela dei diritti.

Solo così la sussidiarietà che tanto spesso invochiamo – sia verticale, sia orizzontale – potrà tradursi in realtà effettiva e produttiva di un *welfare* comunitario, al di fuori da ogni ideologica contrapposizione fra società e istituzioni, attuando così quel modello di partecipazione indicato dalla legge nazionale n. 328 del 2000 e fatto proprio dalla Regione nelle linee guida alla predisposizione dei Piani di zona, con modalità innovative, grazie ad un primo processo formativo e, successivamente, attraverso il lavoro di un gruppo interistituzionale; linee guida che già contengono nella loro elaborazione lo spirito della condivisione e della programmazione partecipata.

Infatti, come ben sapete, la responsabilità del sistema integrato dei servizi è degli enti pubblici ed il metodo su cui lo stesso si regge è la partecipazione. Una disciplina da intendere non come mera consultazione, ma in un'accezione più ampia, quale elaborazione comune di problemi e linee di intervento.

Da qui l'importanza dell'iniziativa della Fondazione Courmayeur nei confronti delle rappresentanze delle istituzioni e del terzo settore, affinché oggi trovi un essen-

ziale collante il rinnovato impegno a coinvolgersi e, coinvolgere, gli Amministratori, i funzionari, gli associati e tutte le articolazioni democratiche della società civile (dalla scuola agli oratori, dalle organizzazioni di volontariato alle rappresentanze sindacali).

Riordinando gli appunti per questo mio intervento, mi veniva in mente il film di Fellini: *“Prova d’orchestra”*. Sicuramente lo ricorderete: tutti erano bravi musicisti, bravi artisti, ma in estrema difficoltà al momento di suonare insieme. Nessuno di loro viveva, singolarmente, la dimensione della comunità, del lavoro collettivo e del risultato unitario. È chiaro che, se ognuno suona il proprio strumento senza tener conto degli altri non è più un’orchestra, ma un marasma. Serve un direttore, quindi. In questo senso la “cabina di regia” è, e sarà, un direttore autorevole per i Piani di zona, che farà sì che ogni orchestrale (dall’infermiere al medico di medicina generale, dall’educatore della scuola a chi svolge attività di volontario) capisca di non essere solo, ma parte di una comunità e che sappia, di conseguenza, ascoltare i suoni degli altri strumenti, non solo del proprio.

Solo così, a mio parere, può essere praticata l’integrazione fra le politiche, che rappresenta il terreno più difficile, più impervio, indicato nel *“Piano regionale della Salute e del Benessere 2006/2008”*, approvato recentemente dal Consiglio regionale. Integrazione che gradualmente stiamo concretizzando, anche se i processi in atto sono ancora inadeguati per i bisogni e i problemi complessi, sempre più numerosi, tali da richiedere delle risposte integrate. Si pensi, ad esempio, alle politiche e agli interventi rivolti a famiglie e minori, ai non autosufficienti, all’inserimento lavorativo, o alla casa.

L’integrazione delle strategie, dei servizi e degli interventi è una sfida cruciale, perché le nostre politiche provengono da una logica storicamente settoriale. Per di più, le nostre istituzioni sono organizzate settorialmente, le misure assistenziali sono categoriali e spesso tali sono anche le nostre organizzazioni sociali. Il terzo settore ben sa quante difficoltà di integrazione esistano anche sulle più generali politiche territoriali di sviluppo.

Siamo di fronte ad un limite cronico del nostro sistema, rafforzato anche dalla paura diffusa di avventurarsi su un campo di confronto più vasto; è un limite che però va attaccato, per essere superato.

Potremo riuscirci se ogni organizzazione, se ogni istituzione, gli enti locali e l’Azienda USL della Valle d’Aosta, farà i conti con tale esigenza al suo interno, fra le proprie articolazioni. Ciò non sarà, tuttavia, sufficiente. Le relazioni interistituzionali dovranno infatti assumere forme via via più integrate rispetto alla gestione dei disagi e dei problemi che coinvolgono il cittadino e la famiglia. In sostanza, all’integrazione fra politiche ed interventi dovrà corrispondere quella fra soggetti.

Da ciò nasce l’importanza della programmazione intercomunale a livello di Piani di zona. Voglio però andare oltre, aggiungendo che tale grado deve crescere, assumere cioè progressivamente delle funzioni di governo ulteriori a quella della definizione dei piani. Il livello di “zona/ambito” può divenire l’effettivo momento di governo di molte politiche e di altrettante risorse, così come peraltro ben delineato dal “Sistema delle autonomie della Valle d’Aosta”.

I temi qui richiamati evidenziano l'esigenza fortemente sentita che il processo evolutivo oggetto del confronto pubblico di questa mattina, ovvero quello della programmazione, del governo delle politiche e della costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, venga seguito e sostenuto dall'Assessorato regionale competente.

Le linee guida sono fondamentali, ma anche l'accompagnamento ai percorsi specifici, il monitoraggio e la valutazione dei piani vanno intesi e valorizzati in quanto processi di approfondimento, legati però, attraverso il contatto diretto, all'esperienza del territorio.

Si può andare oltre a quello che tutti voi operatori già state facendo e che molti, fuori dalla Valle d'Aosta, ci invidiano. Lo si può fare se, partendo proprio dal territorio, svilupperemo la rete dei servizi. Solo sul campo è possibile individuarne le esigenze specifiche e insieme le risorse personali e familiari presenti; solo sul territorio si può scegliere quindi la risposta, o l'insieme di risposte, più opportune ed adeguate a quelle situazioni di difficoltà personale, familiare, o di gruppo sociale, costruendo con i soggetti interessati, mediante un rapporto dialogico e negoziale, una prospettiva; solo attraverso un percorso del genere si può giungere ad individuare gli impegni reciproci e le conseguenti responsabilità di ciascuno.

L'assurdo è che in questa società moderna e tecnologicamente avanzata ci si può mettere, quotidianamente, in contatto velocemente con chiunque nel mondo (pensiamo ad Internet, ad esempio), senza poi a volte rivolgere un gesto, una parola alla persona che sta accanto a noi.

In sintesi, si può affermare che i Piani di zona prevedano un'impostazione ed un metodo facili da enunciare, ma difficili da attuare, che richiederanno impegno, pazienza ai diversi livelli e nei molteplici contesti territoriali e istituzionali. Una strutturazione che propone un nuovo modo di intendere e fare politica sociale. Se però tutto ciò rimarrà un fatto isolato nelle pubbliche amministrazioni e nelle loro politiche, finiremo con l'essere impotenti rispetto al fare promozione, poiché ci si limiterà ad assistere, fino a che i soldi lo consentiranno. Per prevenire e promuovere occorre sinergia e integrazione fra politiche, funzioni, interventi, in ordine al soggetto, persona, famiglia, o gruppo sociale in stato di sofferenza, oppure di bisogno.

Il metro di valutazione dell'efficacia dell'impatto, sarà essenzialmente il mutare della condizione di questi soggetti, la loro emersione dal bisogno o, almeno, la loro migliore capacità di gestire le situazioni. C'è molto da fare, ma ci si può riuscire soltanto sviluppando la cultura della programmazione.

Quello di oggi è il primo passo, ma è importante decidere insieme di disseminare sul territorio i contenuti di questa iniziativa, trasformandoli in processi reali e diffusi. In questo, l'impegno del Consiglio Permanente e del Consorzio degli Enti locali della Valle d'Aosta, che ho l'onore di rappresentare, è assicurato, sin d'ora.

Grazie per la vostra attenzione e buon lavoro.

LODOVICO PASSERIN D'ENTRÈVES

Ringrazio Diego Empereur per la relazione molto ampia, che pone sul palcoscenico gli attori principali nella loro capacità di interagire, sia dal punto di vista istituzionale sia nell'interesse della comunità.

Mi sembra quindi particolarmente importante passare la parola a Carla Stefania Riccardi.



## I SERVIZI SOCIO-SANITARI NELLE AREE DI MONTAGNA: IL CASO DELLA COMUNITÀ MONTANA VALDIGNE-MONTBLANC

CARLA STEFANIA RICCARDI

*direttore generale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta*

Io vorrei focalizzare con quattro diapositive alcuni punti per quanto riguarda il concetto di *welfare*.

Da un'indagine svolta dall'OCSE sul territorio italiano emerge che la percezione che i cittadini hanno del *welfare* è molto diversificata, non soltanto per un fatto semantico, di non conoscenza del significato della parola *welfare*, ma anche per la non omogenea percezione dei diritti che ogni persona ha in campo sanitario e sociale, cioè non tutti i cittadini italiani sanno quali sono i loro diritti in questi ambiti fondamentali della loro vita. La nostra Regione, in realtà, spicca in questo panorama perché da sempre si occupa di *welfare*, quindi i cittadini magari non conoscono il significato della parola ma sicuramente ne conoscono i contenuti.

Il sistema di *welfare* in Valle d'Aosta è da sempre garantito (io sono partita dalla prima riforma sanitaria per non andare troppo indietro) dando una fortissima valenza al settore pubblico, che deve assicurare totalmente l'assistenza sanitaria e sociale ai propri cittadini. Ciò è dimostrato dal fatto che da noi non esistono strutture private di degenza, cioè la degenza è interamente affidata al sistema pubblico.

La politica regionale è da sempre attenta al processo di valutazione del fabbisogno per accreditare le proprie strutture. In questo senso, nel corso degli anni l'ospedale, pur essendo un'unica struttura regionale su tre sedi, ha assunto un ruolo sempre più centrato sulle acuzie, lasciando al territorio lo sviluppo e il potenziamento di tutte le funzioni che afferiscono invece alla cura primaria e alla prevenzione.

L'assistenza territoriale si è sviluppata in maniera direi esponenziale, con un processo che attualmente vede il proprio compimento con la legge di riordino del sistema sanitario regionale, la legge n. 5, che ci dà anche un'organizzazione diversa, prendendo spunto dall'aziendalizzazione. Parallelamente, si sono moltiplicati gli sforzi per favorire la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio. Non dimentichiamo che l'istituzione dei quattro distretti sul territorio ha permesso di realizzare finalmente quello che è un grande punto di forza. La Regione, inoltre, da sempre garantisce una serie di livelli di assistenza aggiuntivi a quelli stabiliti a livello nazionale e una serie di prestazioni aggiuntive a favore della sua popolazione, sempre a carico del servizio pubblico. La Regione investe anche una notevole mole di risorse per la prevenzione. Con il Piano regionale della prevenzione è in atto una serie di attività (una è già in corso da anni, altre lo sono da poco) relative agli *screening*. Abbiamo: il progetto PrATO per quanto riguarda le malattie cerebrocardiovascolari, il progetto PREMIA riguardante una comunità non distante da voi, la riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione per una funzione operativa migliore dello stesso nel settore della prevenzione e tutti i progetti che ci vedono protagonisti nell'ambito

della rete nazionale HPH, che comprende gli ospedali rivolti alla promozione della salute.

Non vanno dimenticate, infine, tutte le progettualità specifiche innovative dell'Azienda concentrate sul tema della "conciliazione" (l'intento è di favorire per i propri operatori la conciliazione tra tempo dedicato al lavoro e tempo dedicato alla famiglia; un esempio per tutti: la realizzazione di un nido aziendale) e tutte le iniziative di educazione sanitaria rivolte alla popolazione. Un altro punto fondamentale, infatti, è l'educazione sanitaria intesa come coinvolgimento dei cittadini nella tutela della propria salute, perché la prevenzione deve essere bidirezionale, cioè: bisogna educare la popolazione ad essere protagonista, soprattutto in un momento di carenza o di riduzione delle risorse disponibili, attraverso stili di vita corretti e con una partecipazione attiva a tutta una serie di iniziative per la conservazione del proprio stato di salute.

Questo è quanto volevo puntualizzare nell'Incontro di oggi sul tema del *welfare* per una comunità che, anche se ridotta in termini quantitativi, deve essere presa come esempio per una Regione che non ha mai dimenticato l'importanza fondamentale che per i propri cittadini questo tema deve avere.

# IL SISTEMA DI WELFARE IN VALLE D'AOSTA



**Dall'avvio della prima  
riforma sanitaria**

**(legge n. 833/1978)**

**viene data fortissima  
valenza al**

**settore pubblico**



**Legge 833/1978**

## Non esistono strutture private di degenza



politica regionale attenta nel  
processo di valutazione del  
fabbisogno ai fini  
dell'  
accreditamento



---



Nel tempo,  
l'ospedale,

pur essendo l'unica struttura  
regionale, ha assunto un ruolo  
sempre più centrato



sulle **acuzie**

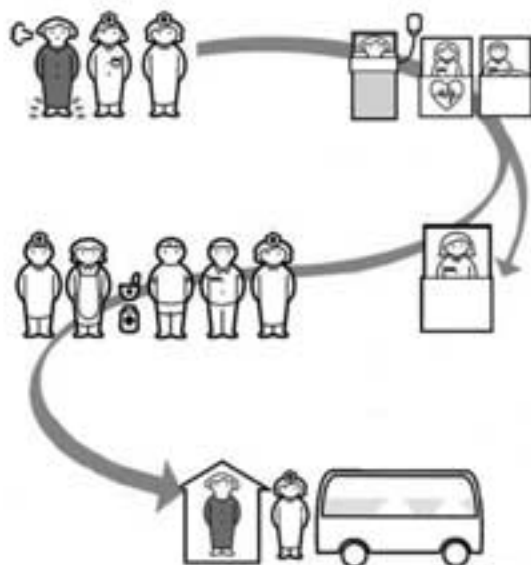
## l'assistenza territoriale



Conseguentemente, si è sviluppata l'assistenza territoriale,  
con un processo che ha visto il suo compimento con la legge  
regionale n. 5/2000

# ospedale-territorio

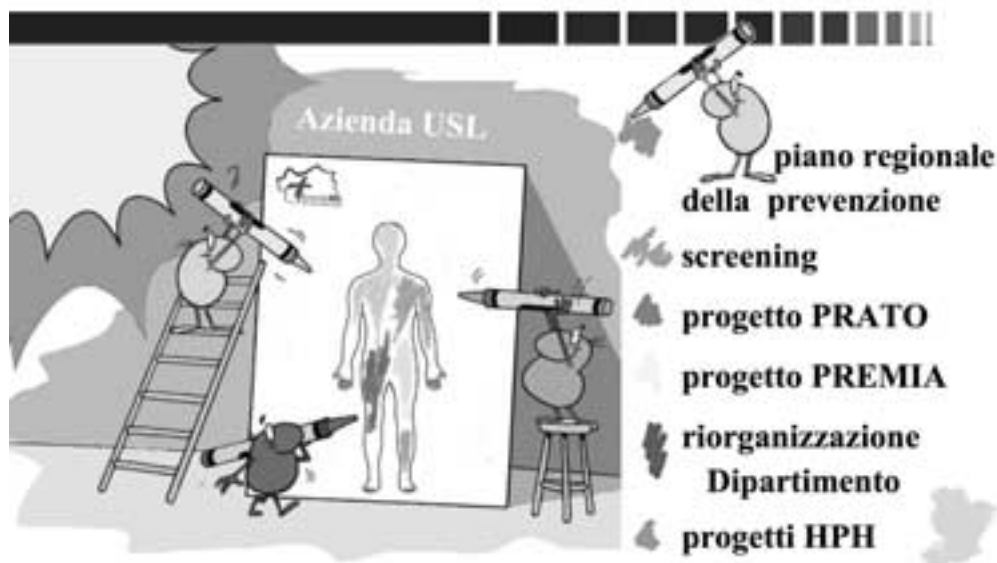
**Parallelamente, si  
sono moltiplicati  
gli sforzi per  
la continuità e  
l'integrazione  
ospedale-territorio**



**La Regione ha  
sempre garantito,  
inoltre, livelli di  
assistenza e prestazioni  
aggiuntive**



Altro importante capitolo, sul quale recentemente si sta lavorando è quello della **prevenzione**:



In ultimo, da non dimenticare, le progettualità specifiche ed innovative dell'Azienda, rivolte sia al tema della "conciliazione", sia all'educazione sanitaria mediante iniziative rivolte alla

**POPOLAZIONE**



ANTONIO FOSSON

*assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta*

Innanzitutto ringrazio gli organizzatori di questo Incontro, che per noi è estremamente importante.

Ringrazio gli amministratori presenti. Noi non potremmo mantenere dei rapporti col territorio, se non avessimo un confronto continuo con gli amministratori locali. In questo senso, vorremmo cominciare ad essere quell'orchestra di cui parlava Diego Empereur.

Grazie ai rappresentanti del volontariato, all'Azienda U.S.L. e al mio Assessorato, che sui temi della sanità, della salute e delle politiche sociali lavora sempre con grande passione.

Grazie alle forze dell'ordine. Grazie a tutti voi.

Organizzare i servizi sociali e sociosanitari nei territori di montagna è la nostra grande sfida, anche se non è una sfida facile.

Io spero, Presidente, di confortarla per quanto riguarda la nostra attenzione all'argomento, perché qui si gioca tanto del futuro della Valle d'Aosta (penso ai temi dell'immigrazione, dei giovani, ecc.), spero di confortarla nonostante i presupposti di partenza. Cioè, esistono difficoltà oggettive a organizzare i servizi sociosanitari in montagna dovute proprio alla natura del territorio, come diceva l'architetto Nebbia, dove esistono tanti villaggi, quindi con una dispersione di risorse, e dove il singolo caso difficile a volte non è seguito come sarebbe possibile fare nelle città dove i numeri sono grandi.

I piccoli numeri: su questo si gioca la nostra grande sfida, ma con il desiderio di fornire dei grandi servizi, perché, anche se siamo piccoli, abbiamo il diritto di essere serviti come tutte le altre popolazioni della pianura, soprattutto in ambito sanitario. Su questo stiamo conducendo la nostra battaglia. Infatti, i costi dei servizi sociosanitari in montagna sono del 20%-25% in più e questo a livello teorico ci viene riconosciuto, a livello pratico no. Nonostante ciò, noi crediamo di dover perseguire nel piccolo bacino della Valle d'Aosta delle logiche di eccellenza, perché il cittadino della Valle d'Aosta ne ha necessità, affinché il cittadino non abbia bisogno di emigrare per cercare l'eccellenza.

In questo periodo è in corso una polemica con chi vuole un nuovo ospedale. L'altro giorno, nell'ambito del Comitato per il nuovo ospedale, una responsabile diceva "nel nuovo ospedale ci sarà un pronto soccorso, ci saranno chirurgia, medicina, rianimazione"... Chissà! Ma questo vuol dire togliere alla Valle d'Aosta quei servizi di eccellenza che noi vogliamo dare, laddove da tempo la nostra Regione, uscendo dal finanziamento del servizio sanitario nazionale, spende un terzo o un quarto di più delle proprie risorse per la sanità e per i servizi sociali rispetto a quello che spendono le altre Regioni.

La Regione Valle d'Aosta dedica alle politiche sociali l'1% del proprio bilancio. Quest'anno abbiamo un aumento in bilancio per le politiche sociali di quasi il 15%-



16% e questo dimostra un'attenzione alle politiche sociali che nessun'altra Regione ha e che noi abbiamo ereditato da chi ci ha preceduto. Se però ci sono delle difficoltà a gestire i servizi sociosanitari in montagna, dobbiamo riconoscere che c'è anche qualche vantaggio... L'ambiente, la gente che ti saluta per strada, il fatto che ci si conosce tutti... Quindi non dobbiamo piangerci addosso. Qualche vantaggio l'abbiamo e dobbiamo sfruttarlo al massimo, altrimenti le difficoltà aumentano.

Quando parlo di vantaggi, oltre al discorso del clima, del piccolo bacino in cui c'è un unico ospedale e in cui si può fare prevenzione in modo più valido che in altri luoghi, penso anche alle forze sociali, al tipo di società molto più solidale che abbiamo, come dimostra quella che è una nostra grande risorsa, il volontariato, penso alla famiglia, che da noi ancora tiene ed è un punto di riferimento. I "nostri vecchi", come mi diceva qualcuno l'altro giorno, non si possono abbandonare. Questa attenzione all'anziano nei nostri paesi esiste ancora, mentre in molte altre regioni è soffocata dai numeri e dalle distanze.

Noi abbiamo una situazione particolare che dobbiamo sfruttare al massimo. Pensate già a cosa vuol dire il sistema delle microcomunità che è stato costruito in Valle d'Aosta: praticamente, in ogni comunità montana, se non in ogni comune, esiste una microcomunità per anziani, un istituto in cui l'anziano viene ricoverato e trattato in modo particolare, vicino al proprio paese, alla propria gente, alle proprie tradizioni. Questo sistema non si ripete in molte regioni d'Italia, dove ancora prevale il grande istituto che ospita ottanta, cento anziani, perché dal punto di vista dell'economia di scala è difficile gestire delle microcomunità che ospitano dodici, quattordici persone, è difficile offrire qualità. Certo dobbiamo tornare a dei rapporti un pochino più ampi ed elevati. Con gli amministratori ne parliamo sempre. Comunque il fatto di avere non dei grandi istituti dove "ficcare" i nostri anziani, ma delle microcomunità vicino ai nostri paesi, evidenzia un'attenzione che solo la Valle d'Aosta ha.

L'importanza del territorio. Qui il discorso non è teorico. Anche se ci sono delle difficoltà, ci stiamo muovendo. I Distretti sociosanitari sono una realtà, si stanno sviluppando pian piano. Non è vero che spendiamo tutto per l'ospedale, il 48% del nostro bilancio 2006 è stato messo sul territorio, anche se con quelle difficoltà di cui vi ho detto.

Certo, quando parliamo di territorio, parliamo anche di campanilismi, di giusta tradizione e di valori che sono importanti, che però in una logica di servizi sociali vanno superati, perché i problemi gravi non si possono affrontare con numeri ultra piccoli. Parliamo di emergenza abitativa, di introduzione lavorativa dei disabili, di immigrazione (che significa sicuramente nuove risorse, perché certi lavori i valdostani non li fanno più). Di fronte a questi temi, è giusto che i Comuni tra loro vicini si mettano insieme per risolvere i problemi, per ragionare e superare quei campanilismi che ancora ci caratterizzano.

I Piani di zona, come ha detto molto bene Diego, non vogliono essere delle sovrastrutture burocratiche, vogliono essere uno strumento diverso per governare insieme quei problemi che da soli, come singoli Comuni, abbiamo difficoltà ad affrontare. Con la "cabina di regia", con il Piano sociosanitario che è stato approvato quasi al-

L'unanimità, è partito un processo che forse anni fa sarebbe stato più difficile avviare perché sul territorio non avevamo quelle presenze, quei Distretti efficienti che oggi abbiamo. I Piani di zona ci danno veramente la possibilità di organizzare le politiche sanitarie e sociali in modo diverso, tutti insieme, utilizzando il volontariato, utilizzando le forze dell'ordine presenti sul territorio.

Abbiamo iniziato il nostro cammino senza alcuna sovrapposizione con altri servizi, senza togliere niente a nessuno.

Sappiamo che i valdostani all'inizio sono sempre un po' diffidenti, ma poi, quando partono, non si fermano più. Noi vogliamo superare la tendenza al litigio e alla separazione che c'è tra un comune e l'altro, perché noi siamo anche intelligenti, i nostri amministratori sono sensibili e hanno capito che questo è il momento per fare un passo avanti.

In questi ultimi mesi abbiamo sperimentato una realtà di Piano di zona estremamente importante (lo dico perché ci sono delle esperienze che cominciano a funzionare e rispetto a cui la Valdigne non sarà sicuramente seconda a nessuno): quella in materia di prevenzione nell'ambito della comunità montana Grand Combin, dove, attraverso un'indagine che abbiamo fatto, abbiamo scoperto che c'è un alto tasso di mortalità e c'è anche una dedizione particolare all'alcolismo soprattutto tra i giovani. Abbiamo quindi lanciato un messaggio agli amministratori interessati, i quali lo hanno raccolto e hanno fissato dei termini per quanto riguarda l'assunzione di alcool nelle sagre e nelle feste (noi abbiamo mandato il SERT a mettere dei banchetti informativi). Dall'indagine, che ha visto una grandissima partecipazione di tutta la comunità soprattutto sul tema dell'alcolismo tra i giovani, sono emersi dati veramente preoccupanti, su cui è importante che tutti si attivino e si muovano insieme. Arriverà una lettera a giorni a tutte le Comunità montane con cui si riferirà dell'esperienza fatta e si dirà "signori, è ora di partire tutti insieme con un programma di prevenzione su grandi temi come l'alcolismo tra i giovani".

In questo sforzo che noi stiamo facendo per portare i servizi sempre di più sul territorio, la tecnologia ci può dare un grande aiuto. Noi in settimana saremo a Bologna per l'HANDImatica, la fiera delle tecnologie per i disabili .... Pensate, con una casa "domotizzata" dove le luci si accendono con uno stimolo sonoro o i rubinetti dell'acqua si aprono con stimoli di altro tipo, il disabile non dovrebbe più essere ricoverato in un ospedale o in una microstruttura.

La tecnologia è importante per ridurre le distanze. Per esempio, dal dicembre di quest'anno tutti i medici di famiglia della Valle d'Aosta saranno informatizzati, cioè saranno collegati all'ospedale, ai centri, ecc. Mi è stato riferito che già alcune persone non vanno neanche più a ritirare gli esami del sangue, perché, fatto il prelievo, vanno dal proprio medico, il quale sul computer ha già tutti i risultati. Con l'uso della tecnologia, quindi, la continuità ospedale/territorio si affermerà sempre di più.

In conclusione, io penso che, anche se in noi c'è un po' di campanilismo, noi sapremo con la nostra sensibilità, con la sensibilità degli amministratori, ripartire insieme per una nuova organizzazione sul territorio dei servizi sociali. La Comunità montana Valdigne-Mont Blanc questo lo farà sicuramente in modo egregio.

Un'ultima cosa. Io penso che, sviluppando le politiche del piccolo, rimetteremo al centro la persona, perché nelle realtà più piccole la persona ha veramente altre attenzioni e altre possibilità. Allora voglio ricordare cosa mi diceva un caro amico, un professore: anche l'uomo più sfortunato o più brutto del mondo, anche l'uomo che non ha nulla e al quale nessuno dà un lavoro, se scopre che c'è qualcuno che gli vuole bene, non è più un uomo solo, è un uomo felice.

LODOVICO PASSERIN D'ENTRÈVES

Grazie all'assessore Fosson.

Con la relazione di Fosson si conclude la seduta di apertura.

Passiamo alla prima parte di questo Incontro. Il tema è: *Analisi di contesto. Il Piano per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.*

Anche se siamo in montagna, invito il dottor Rubbo a prendere il timone e a pilotare la barca durante la mattinata.

Grazie a tutti gli amici che sono intervenuti.



*Prima Parte*

ANALISI DI CONTESTO  
IL PIANO PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE  
2006-2008

*Presiede*

IGOR RUBBO

*consigliere del Comitato scientifico della Fondazione Courmayeur; direttore della Direzione risorse dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta*

Anch'io ringrazio tutti i presenti per essere intervenuti così numerosi, i soggetti istituzionali e anche i rappresentanti del terzo settore. Credo che le parole di chi ci ha preceduto testimonino il coinvolgimento dal punto di vista politico dei massimi esponenti delle istituzioni che partecipano al processo di definizione dei Piani di zona.

La successione degli interventi che seguiranno ricalca di fatto lo schema di sintesi dei Piani di zona che vedete alla mie spalle. In sostanza, si tratta di indicare: primo, quali sono i livelli da garantire dal punto di vista normativo sia statale sia regionale, e questi saranno illustrati dalle due componenti principali, quella sociale e quella sanitaria; secondo, quali sono gli esiti della ricerca che è stata commissionata dalla Fondazione (che ringrazio di nuovo pubblicamente) riguardo ai bisogni dell'area su cui la ricerca si è concentrata e alle risposte in atto. Tutto ciò troverà un momento di sintesi in quella diagnosi che attraverso il dibattito finale cercheremo di tracciare in modo funzionale al processo di programmazione, quindi poi di stesura dei Piani di zona, non dimenticando però il particolare contesto territoriale in cui ci collochiamo: quello di una comunità montana posta all'estremo della regione, confinante con un'altra comunità montana e facente parte di un distretto sociosanitario che si compone di queste due comunità, la comunità Valdigne-Mont Blanc e la comunità Grand Paradis. Ma non solo, io penso che una riflessione ulteriore debba riguardare anche chi sta dall'altra parte della catena montuosa che ci divide (mi riferisco alle realtà francesi e svizzere).

Io credo che, al di là dell'orografia, il Piano di zona debba essere anche un momento di confronto interno, interno alla comunità montana e interno al distretto sociosanitario di cui la comunità fa parte, un confronto che però sarebbe limitato, se non andassimo oltre il contesto regionale per cercare di trovare quelle comuni identità che valicano i confini sia geografici che istituzionali e politici. In questo senso, io credo che la Fondazione potrebbe dare un contributo in futuro volgendo lo sguardo anche verso realtà che vadano oltre le realtà regionali, appunto in un confronto con chi magari vive situazioni analoghe ma non sul territorio nazionale, oppure con chi vive situazioni analoghe sul territorio nazionale ma distanti da noi. Questo spunto di riflessione, che ha già avuto momenti di attenzione e di discussione all'interno della Fondazione di cui faccio parte, credo possa interessare anche i soggetti istituzionali appartenenti alle diverse comunità montane.

Dopo questa breve premessa, passo la parola a chi dal punto di vista tecnico governa le politiche sociali a livello regionale.

## IL PIANO DI ZONA

ANDREA FERRARI

*direttore, Direzione politiche sociali dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta*

### *Le linee guida*

Il Piano socio-sanitario per il triennio 2002-2004 ed il Piano regionale per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006-2008 garantiscono l'interpretazione e l'attualizzazione dei principi sanciti dalla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. In particolare investono per consolidare le garanzie e le opportunità presenti nel territorio regionale, per dare priorità alle persone ed alle famiglie più vulnerabili, per perseguire concreti obiettivi di coesione ed inclusione sociale.

In questo contesto, il Piano di zona è chiamato ad assumere un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, nella misura in cui diventerà strumento condiviso per individuare bisogni prioritari e strategie di risposta efficace e sarà in grado di riqualificare le risorse disponibili e condivise tra soggetti istituzionali e comunitari.

Tutto questo è possibile grazie alla realizzazione di percorsi partecipati di costruzione della programmazione di zona, per meglio condividere con le comunità locali i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni per promuovere la valutazione sociale dei servizi alle persone.

Il Piano di zona, oltre che strumento tecnico di programmazione, è, infatti, un'occasione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere l'apporto delle diverse comunità locali, all'interno della comunità regionale, valorizzando il ruolo di autonomia, che, unita alla solidarietà e sussidiarietà, ogni comunità locale saprà esprimere nelle concrete scelte programmatiche, gestionali, operative ed organizzative.

Su queste premesse i diversi soggetti istituzionali – Regione, Comuni, Comunità Montane, Azienda U.S.L., Amministrazioni periferiche dello Stato, ex-Ipab sociali, Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Associazioni di promozione sociale, Enti con finalità religiose ed altre Organizzazioni private – nel rispetto della specificità dei ruoli e delle competenze, sono chiamati a condividere un modello collaborativo di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in ordine ai risultati.

Grazie al Piano di zona e al processo che lo stesso va ad avviare, i Comuni e la comunità locale possono diventare protagonisti delle "politiche sociali" partendo dal presupposto che solo in un sistema integrato di servizi sociali possono essere

veramente valorizzati il ruolo dei soggetti pubblici e le forme di partecipazione dei soggetti privati.

Con l'avvio del processo finalizzato alla definizione del primo Piano di zona si realizza il contenuto dispositivo degli artt. 2 e 3 della legge n. 328/00; infatti è attraverso la programmazione zonale degli interventi e dei servizi sociali in forma unitaria che si integrano le risorse a disposizione, si imposta un'operatività per progetti e si promuove la verifica sistematica dei risultati, in termini di qualità e di efficacia delle risposte.

Le "linee guida" vogliono condurre il programmatore zonale all'assunzione di tali indirizzi per promuovere, in ciascun territorio, la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, che abbia caratteristiche di universalità, che sia fondato su livelli essenziali di prestazioni uniformi, che garantisca accesso prioritario ai soggetti deboli, cioè le persone in condizioni di povertà o con limitato reddito, con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro.

Tali presupposti di carattere generale possono pertanto essere sintetizzati nei seguenti indirizzi specifici nei Piani di zona per:

- dare organicità alla materia sociale nello specifico ambito zonale in modo da sostenere e realizzare la programmazione unitaria;
- promuovere soluzioni organizzative che producano equità di offerta di prestazioni e servizi sociali distribuiti in ciascun territorio;
- definire le priorità di bisogno nello specifico della propria situazione sociale con particolare riferimento ai cittadini più deboli;
- individuare strumenti e percorsi al fine di favorire equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi ai cittadini.
- Le "linee guida" vanno quindi intese come aiuto e supporto per l'avvio ed il consolidamento di un processo che si è definito con il Piano sociosanitario della Valle d'Aosta 2002-2004 ed è proseguito con il Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008.

L'avvio della programmazione zonale attraverso i Piani di zona può cominciare a tracciare un percorso di unitarietà e di globalità sia delle informazioni che dei processi. D'altro canto la legge n. 328/00 ed il Piano sociale nazionale 2001-2003 hanno meglio caratterizzato questa strategia programmatica e possono quindi costituire utili riferimenti nella fase operativa di realizzazione.

Un primo passo è quello di allargare l'asse di osservazione e programmazione dal livello prevalentemente regionale al livello dei Comuni e delle comunità locali.

Per questo le "linee guida" si prefiggono l'obiettivo primario di favorire nella programmazione zonale la capacità di leggere e conoscere in modo omogeneo:

- i bisogni sociali e sociosanitari dell'ambito territoriale,
- le risorse operative ed economiche a disposizione del medesimo.



La condizione prioritaria da privilegiare è la “conoscenza” del territorio in termini di bisogni e di offerta. Solo infatti da un chiaro quadro conoscitivo possono prendere le mosse percorsi di programmazione effettivamente basati sui bisogni e sulle potenzialità presenti nei diversi territori.

### *Gli attori*

La funzione di coordinamento nella formulazione del piano è stabilita in considerazione delle responsabilità che i diversi attori istituzionali hanno sulle materie oggetto della programmazione locale.

Sono identificati – in ordine di rilevanza – due soggetti istituzionali responsabili della redazione ed elaborazione del Piano di zona:

- Comuni, compresi negli ambiti territoriali di cui alla legge regionale n. 54/98 in quanto enti rappresentativi della comunità locale.
- l’Azienda U.S.L., per le funzioni sociosanitarie, nella sua articolazione in Distretti sociosanitari.

Più in particolare, per quanto riguarda i Comuni è importante ricordare che il cammino di riordino delle competenze e delle funzioni è definito a livello regionale con le leggi regionali n. 54/98 e n. 1/02 e, a livello nazionale con l’applicazione della legge n. 328/00 che rappresenta una tappa fondamentale nella evoluzione del processo di acquisizione da parte dell’ente Comune della pienezza dei poteri e delle competenze nel settore dei servizi alla persona. Ciò porta ad una maggiore responsabilizzazione nella programmazione e nella gestione diretta e/o indiretta di tutte le prestazioni e dei servizi sociali. Grazie all’impulso dato dal processo di decentramento, il Comune è chiamato a diventare effettivo promotore delle politiche sociali e del loro sviluppo; così come evidenziato altresì dalla riforma del Titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3/01).

L’Azienda U.S.L. – attraverso i Distretti – è responsabile con i Comuni dell’integrazione sociosanitaria, ai sensi dell’art. 3 *septies* del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e del Piano socio sanitario regionale 2002/04. Gli interventi sociosanitari interessano i bisogni di salute nelle aree materno-infantile, della disabilità e della non-autosufficienza, della salute mentale, delle dipendenze, delle patologie da HIV e delle patologie proprie della fase terminale della vita.

I Comuni e i Distretti organizzano le rispettive risorse professionali ed informative per promuovere in modo collaborativo una conoscenza sistematica del territorio, dei bisogni, del rapporto tra bisogni e risposte, nonché delle misure di efficacia degli interventi.

Tale collaborazione tra Comuni e Azienda diventa non solo un importante tassello nella realizzazione del sistema integrato dei servizi, ma soprattutto una condizione per programmare e realizzare servizi direttamente ed efficacemente correlati ai bisogni delle diverse comunità locali.

Nel contempo i soggetti titolari sono chiamati a sviluppare le scelte di Piano in stretto rapporto con la Regione, non solo in forza delle titolarità generali proprie, in ordine alla programmazione, valutazione, controllo del sistema di *welfare* regionale, ma anche per le dirette competenze gestionali che la Regione esercita tenendo conto dell'elevata specializzazione e della complessità organizzativa delle funzioni elencate dall'allegato A alla legge regionale n. 1/02. La Regione pertanto concorre in modo attivo alla programmazione zonale, impegnandosi direttamente nella analisi, nel monitoraggio dei bisogni, nella valutazione del rapporto fra bisogni e risposte e quindi nel riequilibrio e qualificazione dei sistemi locali di offerta.

La Regione garantisce supporto costante in tutte le fasi del processo di programmazione al fine di concorrere, in forme e modalità adeguate, all'elaborazione di tutte le informazioni e le conoscenze necessarie al programmatore zonale.

A tale scopo può avvalersi dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali (OREPS).

Fra le materie di apporto regionale sono comprese anche la formazione professionale, l'integrazione lavorativa, la mobilità (importante in considerazione della distribuzione territoriale delle Comunità Valligiane) in rapporto con i tempi di vita delle famiglie e tenendo conto di altri determinanti di salute psicosociale nonché in materia di prevenzione delle emergenze.

Per creare condizioni favorevoli ad una buona riuscita del percorso programmatico è fondamentale il ruolo di promozione e di supporto tecnico-organizzativo del Consorzio enti locali Valle d'Aosta (CELVA). È una funzione nuova e particolare tesa a facilitare l'opera dei Comuni, soprattutto quelli di minore dotazione operativa, attraverso azioni di divulgazione delle informazioni e di raccordo tra gli enti.

Nella fase di programmazione e in quella di realizzazione del Piano di zona, le Comunità Montane – quali enti istituzionalmente preposti all'esercizio associato delle funzioni comunali – svolgono un ruolo fondamentale per quelle materie che, per caratteristiche tecniche e dimensionali, non possono essere svolte in modo ottimale dai Comuni (legge regionale n. 54/98).

Gli altri organismi pubblici presenti nel territorio sono anch'essi chiamati a dare il loro apporto e svolgere un ruolo incisivo per la conoscenza, le decisioni, l'attuazione e la verifica dei risultati del Piano di zona, in settori quali ad esempio la scuola, la formazione professionale, il lavoro, la mobilità.

Le organizzazioni sindacali e il Terzo settore, operanti nelle rispettive zone, ciascuno tenuto conto delle proprie specifiche competenze e conoscenze delle singole realtà, sono chiamati a dare il loro apporto per l'individuazione dei bisogni per la lettura delle criticità del territorio, per la formulazione di proposte innovative.

### *I contenuti*

Il Piano di zona è strumento di programmazione strategica per la gestione unitaria dei servizi alla persona.

I riferimenti per operare in questa direzione sono:

- l'art. 22 del comma 2° della legge n. 328/00, con particolare attenzione alle misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare, le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza al domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, gli interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, le misure di sostegno alle responsabilità familiari, le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura, le misure di sostegno alle donne in difficoltà, gli interventi volti all'integrazione delle persone disabili, le prestazioni integrate di tipo socio educativo per l'infanzia e l'adolescenza, per il contrasto delle dipendenze, della povertà e l'esclusione sociale, per favorire l'inclusione sociale della popolazione immigrata;
- l'art. 22 comma 4° della legge n. 328/00, che identifica le principali modalità di risposta sociale da garantire su scala zonale e quindi il servizio sociale professionale ed il segretariato sociale, il pronto intervento sociale, l'assistenza domiciliare, le risposte residenziali e diurne.
- l'art. 3 *septies* del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, con riferimento ai bisogni che riguardano l'esperienza quotidiana di molte persone e famiglie nelle aree materno-infantile, delle malattie mentali, della disabilità, delle dipendenze, delle patologie a forte impatto sociale quali ad esempio l'HIV, delle inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, che richiedono integrazione sociosanitaria di diversa intensità.

Grazie al loro utilizzo, il Piano di zona prevede soluzioni per realizzare nel territorio il sistema integrato dei servizi alle persone, qualificando la spesa e le altre risorse a disposizione.

In sintesi, le fasi da attuare sono:

1. la conoscenza dei bisogni sociali e sociosanitari della popolazione;
2. la conoscenza delle risorse operative, attraverso la raccolta delle informazioni messe a disposizione da tutti i soggetti del territorio;
3. la scelta delle priorità di intervento, da realizzare nei diversi settori operativi.

Per quanto concerne gli aspetti che riguardano la "conoscenza" tre sono le linee da seguire per la raccolta e la elaborazione delle informazioni:

- bisogni rilevati su base demografica per Comune di riferimento e per classi d'età;
- settore di bisogno a partire da quelli già definiti nel Piano sociale nazionale 2001-2003 e nel PSSR 2002-2004 e pertanto: minori e famiglia, persone anziane, persone disabili, disagio mentale, nuove povertà ed emergenze;
- risposte esistenti – sia in termini di prestazioni sia in termini di servizi – che insieme compongono il sistema zonale di offerta.

Ai fini della conoscenza dei bisogni è importante approfondire i bisogni correlati all'età – minori, adolescenti, adulti, anziani; i bisogni che derivano da patologie – menomazioni ed handicap; i bisogni connessi a povertà originata da disoccupazione ed esclusione sociale, da disagio abitativo, da problematiche familiari dovute a separazioni conflittuali ed a gravosi carichi assistenziali, da emarginazione sociale e situazioni di solitudine relazionale, da devianza sociale, da disuguaglianza nell'accesso ai servizi ed infine povertà originata dalla immigrazione, da problematiche di integrazione sociale ed educative.

Per la rilevazione delle risposte esistenti è necessario partire da un quadro approfondito di conoscenza del sistema attuale dei servizi in ciascun territorio. In particolare si dovrà considerare, per ciascun livello organizzativo – domiciliare, diurno, residenziale – la tipologia e i volumi delle prestazioni e dei centri di offerta, le modalità di accesso, i costi e le relative forme di copertura, l'organizzazione delle responsabilità, la tipologia e la consistenza delle diverse figure professionali, le modalità di garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

All'interno di tale percorso è importante in particolare approfondire la congruenza delle risposte con l'effettiva presenza dei bisogni e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi.

Per quanto concerne gli aspetti che riguardano la scelta delle priorità, deve essere posta l'attenzione su due tipi di obiettivi:

- di efficacia, cioè a impatto diretto sulla salute e sul benessere delle persone e delle famiglie;
- di miglioramento del sistema di offerta e sulle soluzioni organizzative che possono contribuire a qualificarlo.

Anche per questa parte del Piano di zona devono essere tenuti in considerazione i settori di bisogno precedentemente evidenziati.

Per ciascuno devono essere individuate le azioni ritenute prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi, i tempi e le risorse necessarie, le responsabilità, gli indicatori di verifica dei risultati.

Il primo Piano di zona deve contenere quindi tutti gli elementi indispensabili per il programmatore zonale per avviare il processo e passare in ciascun territorio dalla "raccolta delle informazioni" al "governo delle conoscenze".

Nel fare questo, la "regola" da tenere in considerazione è quella di mettere in evidenza le peculiarità storiche e culturali che ciascun territorio ha nel tempo consolidato e, tenendo conto di questo dato, avviare il processo di programmazione lungo due direttrici fondamentali:

- la direttrice strategica, mettendo a fuoco le scelte di politica sociale attraverso il collegamento tra l'analisi dei bisogni e la individuazione dei livelli di offerta su base di equità e di giustizia sociale e la corrispondente definizione delle priorità;
- la direttrice della partecipazione, nel percorso che dalla conoscenza dei bisogni

e delle risorse porta al governo solidale delle politiche sociali nelle loro diverse sfaccettature. Ciò si realizza nell'ottica di una programmazione partecipata e condivisa, favorente un più efficiente utilizzo delle risorse – finanziarie, professionali e solidaristiche.

Solo così si potrà, nella successiva fase della programmazione, giungere a scelte condivise come comunità locale, capace di un incontro consapevole e responsabile tra diritti e doveri su cui fondare il proprio sviluppo sociale e qualificare il proprio sistema locale di *welfare*.

A questo fine il primo Piano di zona dovrà considerare le titolarità e le funzioni integrate sociali e sociosanitarie per la messa in comune di tutte le risorse economiche ed operative, insieme con le rispettive responsabilità.

Le condizioni per promuovere l'integrazione sociosanitaria si basano sostanzialmente sulla capacità di articolare l'integrazione e i suoi contenuti su quattro livelli: quello istituzionale, quello gestionale e organizzativo, quello professionale e quello comunitario, grazie al coinvolgimento dei diversi soggetti della comunità locale.

In questa strategia il Piano della attività territoriali (PAT) ed il Piano di zona (PdZ) sono due facce di una stessa medaglia; sono infatti strumenti di programmazione che devono – nel rispetto della metodologia dell'integrazione – individuare le specifiche strategie di sviluppo dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, garantendo unitarietà al processo programmatico, al fine di rendere compatibili le due programmazioni. Questo risultato può essere ottenuto facendo coincidere i rispettivi tempi e integrando i percorsi decisionali, per pervenire ad una migliore condivisione politica e tecnica delle scelte.

Nel rispetto dell'autonomia e della singolarità di ciascuna area territoriale, il Piano di zona ha la seguente struttura (schema-tipo):

*Il contesto sociale del Piano:*

L'analisi del contesto sociale dell'ambito: la situazione territoriale e la situazione istituzionale.

La situazione socio-demografica.

La situazione dei servizi alla persona.

Gli altri servizi a rilevante impatto sociale: trasporti, istruzione, formazione.

*Gli approfondimenti:*

Le aree di approfondimento ed i soggetti coinvolti nella conoscenza.

I bisogni della comunità locale (analisi).

L'offerta esistente e sua distribuzione (analisi).

*Le risorse:*

Le risorse finanziarie e strutturali.

Le risorse operative e professionali.

Le risorse del volontariato e della comunità solidale.

*Le scelte:*

Le priorità di intervento con riferimento ai bisogni.

Le priorità di intervento sull'offerta.

I risultati attesi.

Le azioni di Piano e le modalità di gestione.

I livelli essenziali di assistenza.

Le azioni strategiche.

*Il sistema di responsabilità e di valutazione:*

I soggetti istituzionali responsabili e le modalità d'integrazione e collaborazione.

I soggetti sociali, le rispettive responsabilità e la loro partecipazione.

Gli altri livelli di responsabilità nella realizzazione degli obiettivi di Piano.

Le forme di valutazione politica e tecnica dei risultati.

Le forme di valutazione sociale dei risultati.

*Le fasi di predisposizione*

L'iniziativa per l'elaborazione del Piano di zona viene assunta dal Presidente della Regione o dall'Assessore competente per materia delegato, che promuove la convocazione della Conferenza dei Sindaci dell'ambito distrettuale. Nella stessa fase la Conferenza definisce gli indirizzi per il lavoro del "gruppo di piano".

Sulla base degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci il "gruppo di Piano":

- definisce le modalità di partecipazione e di coinvolgimento dei soggetti interessati ed il percorso idoneo a favorire la partecipazione di tutte le risorse attive del territorio;
- raccoglie le informazioni secondo le indicazioni e le modalità definite nelle linee guida;
- acquisisce dagli uffici regionali le informazioni e i dati in loro possesso, in relazione alle esigenze evidenziate da ciascun territorio. In questa fase interviene anche il contributo informativo e di conoscenza dell'OREPS;
- elabora, sulla base delle informazioni raccolte, un rapporto di analisi che diventa la base conoscitiva dei bisogni e delle risorse dell'ambito territoriale.

La Conferenza dei Sindaci definisce le priorità per il "gruppo di Piano" che formula gli obiettivi.

Il "gruppo di Piano" elabora il Piano di zona sulla base degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci.

La conclusione del percorso di programmazione avviene con l'approvazione del Piano di zona da parte della Conferenza dei Sindaci.

Il Piano di zona è adottato con accordo di programma quale atto di impegno per

la prosecuzione del processo di programmazione e la realizzazione degli obiettivi definiti nel Piano stesso. All'accordo di programma partecipano, oltre ai soggetti titolari – Comuni, Regione e Azienda U.S.L. – anche le Comunità Montane e gli altri soggetti pubblici che hanno partecipato alla redazione del Piano, nella misura in cui abbiano conferito proprie risorse e si siano resi corresponsabili nell'attuazione.

L'accordo di programma è approvato con atto formale del Sindaco Presidente della Conferenza dei Sindaci (legge regionale n. 54/98).

Intese, contratti e convenzioni sono stipulati con i soggetti del "terzo settore" ed altri soggetti privati coinvolti nella programmazione e nell'attuazione del Piano di zona.

Il Sindaco Presidente della Conferenza dei Sindaci inoltra alla Regione il Piano di zona per la valutazione, che viene realizzata dal "gruppo di coordinamento regionale per i Piani di zona".

I Comuni che non adottano nei termini e nelle modalità stabilite dalle presenti "linee guida" i rispettivi Piani di zona sono esclusi da tutti i finanziamenti previsti dalla Regione allo scopo.

Il "gruppo di Piano" è istituito dalla Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale ed è finalizzato alla redazione del Piano di zona. È costituito da referenti designati dai soggetti responsabili della programmazione che operano nell'ambito territoriale: Comuni, Distretto sociosanitario, Regione, Comunità Montana e altri soggetti pubblici e del terzo settore presenti nel territorio.

Al proprio interno il "gruppo di Piano" individua un coordinatore ed una segreteria tecnica con sede operativa nel Comune o nella Comunità Montana del Presidente della Conferenza dei Sindaci.

Il "gruppo di Piano" può avvalersi di eventuali collaborazioni professionali finalizzate a specifiche esigenze operative e di approfondimento legate alla programmazione non presenti nel gruppo. Il "gruppo di Piano" tiene costantemente informata la Conferenza dei Sindaci sulle attività svolte.

Sulla base delle indicazioni della Conferenza dei Sindaci, predispone il rapporto di analisi della situazione zonale dei bisogni e dell'offerta e, tenendo conto delle priorità indicate, redige il Piano di zona da sottoporre per l'approvazione della Conferenza stessa.

Il "gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona" viene costituito dalla Regione ed è composto, oltre che dai Dirigenti dei settori regionali interessati, anche dal Direttore di "area territoriale" della Azienda U.S.L. e da due rappresentanti del CELVA.

Tale gruppo svolge una funzione di supporto alla Regione nelle attività di valutazione dei Piani. Collabora nelle fasi di attribuzione di risorse e di valutazione di efficacia. Nello svolgimento di tali funzioni è garantita la consultazione dei soggetti sociali di cui all'art. 1 comma 5° della legge n. 328/00.

Il "gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale" predispone un rapporto annuale sullo stato di attuazione dei Piani di zona.

**Legge 8 novembre 2000, n. 328**

**"Legge quadro per la realizzazione del  
sistema integrato di interventi e  
servizi sociali"**

**Art. 2 (Diritto alle prestazioni)**

**Art. 3 (Principi per la programmazione degli interventi e delle  
risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali)**

**Art. 18 (Piano nazionale e piani regionali degli interventi e  
dei servizi sociali)**

**Art. 19 (Piano di zona)**

**Decreto del Presidente della Repubblica 3  
maggio 2001, n. 204**

**"Piano nazionale degli interventi e dei  
servizi sociali 2001 – 2003"**



**“Piano regionale per la salute ed il  
benessere sociale 2006/2008”  
legge regionale 13/2006**

**Obiettivo n. 18.**

**“Assumere il territorio del distretto come ambito di  
lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni  
e come area privilegiata della programmazione  
della rete di servizi”**

ALLEGATO ALL'OBBIETTIVO N. 18.

**Linee guida per i piani zona**

**PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA'**

- **Trattato sull'Unione europea, Maastricht,  
7 febbraio 1992**
- **Legge 15 marzo 1997, n. 59 "Delega al Governo  
per il conferimento di funzioni e compiti alle  
regioni ed enti locali, per la riforma della  
Pubblica Amministrazione e per la  
semplificazione amministrativa"**

## Gli attori della riforma



**Art. 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)  
della L. 328/2000**

❖ comma 2

❖ comma 4

## Fasi per la predisposizione dei Piani di zona:

**1.** Il Presidente della Regione o l'Assessore competente in materia promuove la convocazione della **Conferenza dei Sindaci** di ciascun ambito distrettuale.

Successivamente ciascuna Conferenza dei Sindaci avvia il processo di programmazione con l'attenzione alle peculiarità dei tre livelli implicati:

- il *livello politico* per la concertazione degli indirizzi e delle strategie e per la pianificazione dell'integrazione istituzionale;
- il *livello tecnico-operativo* per la definizione delle scelte, del loro livello di realizzabilità, anche nella ricerca delle migliori condizioni organizzative;
- il *livello comunitario*, per promuovere la conoscenza e la valorizzazione delle specificità degli attori territoriali e la possibilità che gli stessi condividano gli obiettivi da raggiungere.

## Fasi per la predisposizione dei Piani di zona:

**2.** la **Conferenza dei Sindaci** elegge il Presidente ed istituisce il "gruppo di Piano";

**3.** il "gruppo di Piano" elabora il Piano di zona sulla base degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci. È costituito da referenti designati dai soggetti responsabili della programmazione che operano nell'ambito territoriale: Comuni, Distretto sociosanitario, Regione, Comunità Montana e altri soggetti pubblici presenti nel territorio.

**4.** Il "gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona" viene costituito dalla Regione ed è composto, oltre che dai Dirigenti dei settori regionali interessati, anche dal Direttore di "area territoriale" della Azienda USL e da due rappresentanti del CELVA. Tale gruppo svolge una funzione di supporto alla Regione nelle attività di valutazione dei Piani. Collabora nelle fasi di attribuzione di risorse e di valutazione di efficacia.

## Allegati alle linee guida per l'elaborazione dei Piani di zona

### A. CONOSCENZA DEI BISOGNI E CICLO DI VITA

Rif. art. 22 Legge n. 328/00	Minori - età infantile	Adolescenti e giovani	Adulti	Anziani
Povertà, solitudine ed emarginazione				
Problemi familiari dovuti a:				
> separazioni conflittuali				
> gravi carichi assistenziali				
> carenze di capacità educative				
Devianza sociale				
Problematiche dovute a immigrazione e a non integrazione sociale				
Persone/famiglie con disagio abitativo				
Soggetti deboli con difficoltà di accesso ai servizi				

## Allegati alle linee guida per l'elaborazione dei Piani di zona

### A. CONOSCENZA DEI BISOGNI E CICLO DI VITA

Rif. art. 3 septies del D.lgs. n. 502/92	Minori - età infantile	Adolescenti e giovani	Adulti	Anziani
Problemi assistenziali e di integrazione persone con patologie, menomazioni, disabilità				
Problemi assistenziali e di integrazione persone con disturbi psichiatrici				
Problemi assistenziali e di integrazione persone affette da dipendenze e HIV				
Problemi di persone nella fase terminale della vita e persone con inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.				





IGOR RUBBO

Ringrazio il dottor Andrea Ferrari.

Prima di passare la parola alla dottoressa Patrizia Scaglia, la quale si occupa segnatamente del Servizio Famiglia e Politiche giovanili, credo che sia opportuna una puntualizzazione rispetto all'intervento del dottor Andrea Ferrari.

Oggi è presente l'Assessorato regionale alla Sanità, Salute e Politiche sociali, ma, come avete capito, le problematiche non si esauriscono all'interno di questo Assessorato, esse sono trasversali a tutta l'Amministrazione regionale.

Già sono stati toccati i temi della scuola e delle problematiche di tipo residenziale, quindi del disagio abitativo, poi toccheremo anche i temi della mobilità, quindi del sistema dei trasporti. Allora io credo che all'interno dei Piani di zona debba trovare una sintesi un complesso di servizi che valicano i normali confini non soltanto tra le istituzioni ma anche all'interno di esse. Questo credo che sia un elemento su cui ragionare nella fase successiva e soprattutto nell'ambito del dibattito che seguirà.

Do ora la parola alla dottoressa Patrizia Scaglia.

## IL PROCESSO DI ATTIVAZIONE PRELIMINARE ALLA STESURA DEI PIANI DI ZONA

PATRIZIA SCAGLIA

*dirigente del Servizio famiglia e politiche giovanili della Direzione politiche sociali dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta*

Quando si prepara un intervento come quello che oggi a me compete in questo Incontro, ovviamente ci si confronta anche con chi lavora con noi, si organizzano le idee; quando poi si arriva nel luogo dell'incontro, si ascoltano gli altri, si vedono delle persone, per cui le proprie idee vengono un po' modificate.

Tenendo conto di ciò che è già stato detto, mi concentrerò sulle fasi di attivazione del processo di programmazione.

Vediamo una prima *slide* in cui viene ripreso il concetto di Piano di zona. Il Piano di zona è lo strumento di un processo di programmazione territoriale in cui, partendo dalla lettura dei bisogni, ma anche delle risorse, si vanno a definire in un certo arco di tempo degli obiettivi e il modo in cui raggiungere questi obiettivi, individuando strategicamente anche le priorità che riguardano quel determinato territorio.

I soggetti coinvolti sono tantissimi e sono quelli che chi mi ha preceduto ha già indicato.

La novità sta proprio in ciò che è indicato nella seconda *slide*, cioè: il sapere non è più solo professionale. Questa cosa, detta così, sembra semplice, in realtà dare spazio a tutti gli attori che operano sul territorio significa valorizzare veramente una competenza del territorio, nel senso che (e su questo abbiamo discusso spesso tra

tecnici) è importantissimo avere dati, avere informazioni, conoscere anche i fenomeni sociali e sanitari che si manifestano nel territorio, quindi fare ricerca; ma significa anche considerare delle letture diverse da quelle tecniche o scientifiche da parte di chi vive sul territorio come cittadino, non come amministratore, quindi come portatore di altre conoscenze rispetto a quelle dei tecnici o dei professionisti.

Sabato io ero al CSV, dove è in atto un percorso di formazione per soggetti del terzo settore, quindi persone che operano nell'ambito sia della cooperazione sociale che del volontariato. Uno dei relatori, riferendosi ai sentimenti che avvicinano al processo di attuazione dei Piani di Zona che è comunque difficile, ha parlato di "cautela" e "entusiasmo", due sentimenti sani, vorrei dire tra virgolette, perché l'entusiasmo ci deve essere, altrimenti già oggi qui ci fermiamo e torniamo a casa preoccupati per ciò che ci aspetta, ma ci deve essere anche la cautela, perché il processo è complesso (e poi vedremo il ruolo che ha la Regione) e molto impegnativo in termini di accompagnamento... È anche vero, però, che noi abbiamo già delle esperienze positive, cioè non partiamo da zero (io ne ho indicate alcune nella quarta *slide*, ma ne aggiungerò altre perché persone che ho visto me le hanno ricordate).

Il riconoscerci qui oggi in molti è la dimostrazione che già stiamo lavorando insieme, che già abbiamo attuato un'integrazione delle politiche e delle professioni, ma non solo delle professioni, anche delle diverse letture. Questo ce lo dice l'esperienza della l. 285/97, che ci ha permesso di elaborare dei piani regionali di attuazione e di attivare il territorio con l'accompagnamento di un gruppo interistituzionale che già vedeva insieme Comuni, Regione, Azienda U.S.L.; ce lo dice il lavoro che stiamo facendo nel settore delle politiche giovanili e che ci ha portato ad avvicinarci al territorio per dare degli stimoli e soprattutto per ascoltare, cosa che ci ha permesso in tempi relativamente brevi di sviluppare idee e ipotesi di lavoro; ce lo dice l'art. 20 della legge regionale n. 44/98 sull'autorganizzazione delle famiglie, che permette alle stesse di sentirsi una risorsa, di sentirsi non solo utenti che chiedono alle istituzioni pubbliche dei servizi, ma anche soggetti che hanno delle idee e che, se queste idee sono sostenute, possono autorganizzarsi e rispondere loro stessi, con le proprie risorse, ai propri bisogni; ma ce lo dice anche il lavoro che stiamo facendo tra diversi settori per quanto riguarda, per esempio, il problema della violenza in famiglia alle donne. Ci sono diversi esempi di percorsi che già esistono sul nostro territorio di gruppi interistituzionali che vedono insieme tanti soggetti e che, non solo secondo me, ma secondo le persone con le quali mi trovo a operare, danno risultati migliori, più efficaci, più duraturi nel tempo.

In tutti questi processi, diventa molto importante un'azione di accompagnamento, cioè: per durare nel tempo, per produrre risultati, questi processi richiedono manutenzione, richiedono una cura che è non solo tecnica o scientifica, è anche emotiva; una cura di quell'entusiasmo che all'inizio c'è ma che si può perdere nel tempo. Questa azione di accompagnamento, soprattutto rispetto ai Piani di zona, si deve sviluppare anche in termini di informazione, perché ancora molti nel nostro territorio non sanno che cos'è la legge 328, che cosa sono i Piani di zona e qual è il processo per attivarli. Bisogna fare promozione culturale, quindi, perché oggi presentiamo



contenuti teorici, ma chi ha già fatto esperienza con i gruppi di lavoro sa che non è così facile metterli in pratica. Bisogna stimolare le menti a lavorare in modo diverso, perché ognuno di noi è molto legato alle proprie regole, alle proprie culture, ai propri vincoli. Cioè: bisogna imparare. Ciò significa fare formazione, offrendo anche un supporto organizzativo, perché ci sono delle parti più tecniche che è veramente indispensabile apprendere.

Ritengo – non solo perché ci credo, ma perché lo sperimento nel lavoro – che l'intero processo si fonda su un rapporto di fiducia e alleanza. Perché? Perché ognuno di noi ha comunque dei pregiudizi rispetto all'altro e questo non solo tra persone, anche tra istituzioni: la Regione è quell'istituzione rigida e burocratica che ci mette trent'anni a dare delle risposte, i Comuni rispetto al privato sociale sono lenti ma sono già più veloci della Regione, il privato sociale è più veloce... Cioè, ognuno di noi dà una lettura dell'altro che è colma di pregiudizi. Lavorare insieme, quindi, vuol dire anche affrontare questi pregiudizi e conoscersi; lavorare insieme vuol dire, a volte, superare questi pregiudizi, perché ci si conosce e si acquista fiducia, vuol dire condividere degli obiettivi e fare di tutto, ognuno con i propri vincoli, per raggiungerli. Questo senz'altro rafforza un processo che è complicato e faticoso e che, se non andiamo d'accordo, diventa ancora più difficile.


La Regione cosa deve fare? Ne ha già parlato il dottor Ferrari. Il Gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona previsto dalle linee guida ha proprio un compito di accompagnamento del processo al primo livello e quindi dovrà decidere: come andiamo a formare e a informare? Come andiamo a supportare il territorio? Il processo, proprio per la sua complessità, non è definito, è incerto di per sé, però non ci dobbiamo spaventare, perché, se, da un lato questo evidenzia che non abbiamo delle certezze, dall'altro rileva la ricchezza del processo che andiamo a costruire insieme. Non è la Regione, non sono l'Amministrazione regionale e l'Assessorato che devono dire come si fa, è la "cabina di regia" che deve pensare a come costruire la prima fase, cioè: come organizzare la formazione, a chi rivolgerla, con quali contenuti e con quali tecniche. Il Gruppo, poi, dovrà svolgere una funzione di supporto per le attività di valutazione, quindi dovrà valutare i Piani di zona e anche predisporre dei rapporti annuali sullo stato di attuazione degli stessi.

Chi fa parte del Gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona? I dirigenti della Direzione Politiche sociali, il direttore dell'area territoriale dell'Azienda U.S.L., due rappresentanti degli Enti locali, un rappresentante del Centro di Servizio per il Volontariato, un rappresentante della cooperazione sociale. Le linee guida che abbiamo appena approvato non parlano di questi due ultimi soggetti, ma in realtà si è rilevata la necessità di avere un grosso livello di flessibilità e quindi, ragionando, discutendo, accogliendo le proposte avanzate dai soggetti del terzo settore, si è valutata la possibilità di inserire questi soggetti nella "cabina di regia", con uno scostamento da quanto indicato nelle linee guida. Il Gruppo sarà accompagnato da un consulente, Roberto Maurizio, che oggi è qui e che senz'altro dovrà interloquire anche con altri soggetti. La Regione, poi, dovrà realizzare dei percorsi di accompagnamento proprio per permettere la conoscenza della legge e di ciò che

dicono le linee guida, ovviamente con il coinvolgimento degli operatori sociosanitari e del privato sociale.

Per concludere, quello che mi sento di dire è che il processo sarà lungo e complesso e richiederà una sostanziale volontà di credere in un territorio capace (e abbiamo testimonianze che il territorio lo sia). Detto questo, però, il territorio deve anche dimostrare di saper crescere e di saper acquisire maggiore competenza. Soprattutto, è importante avere la consapevolezza che il processo non produrrà dei risultati meravigliosi in tempi brevi, ma ci vorranno tempi medio-lunghi e dovremo ripetere più volte alcune pratiche prima di arrivare a un Piano di zona che ci piaccia. Anche con la l. 285/97 certi progetti all'inizio erano imperfetti, di qualità scarsa, però non bisogna scoraggiarsi, bisogna andare avanti e migliorarsi, in modo da riuscire a costruire una comunità diversa.

Ho visto che qui c'è una bimba, la più giovane partecipante alla giornata di oggi, la quale sicuramente si chiederà "ma cosa dicono questi?". Io spero che fra qualche anno questa bimba possa diventare una giovane donna capace di interloquire con il proprio ente territoriale, una cittadina che si porrà in un modo diverso nel nostro territorio.



## **Processo attivato dalla logica dei Piani di zona sul territorio**

**Processo di programmazione che  
parte dalla lettura dei bisogni e  
delle risorse esistenti per  
pianificare in un determinato arco  
di tempo gli obiettivi e le risorse e le  
azioni per conseguirli.**

*Courmayeur, 25 novembre 2006*




## **Novità**

**Avviene nel territorio e richiede la  
partecipazione di vari attori:**

- **Comuni**
- **Comunità Montane**
- **Altri organismi pubblici (istruzione,.....)**
- **Azienda U.S.L.**
- **Terzo settore (cooperazione, volontariato,.....)**
- **Cittadini**

*Courmayeur, 25 novembre 2006*



Tutti questi attori hanno un ruolo sia in fase di analisi dei bisogni sia nell'essere portatori di risorse.

Il sapere non è solo professionale e gli interventi sociali non sono opzionali, ma **si valorizzano le risorse e le esperienze esistenti, le professioni sociali, il sapere quotidiano**



**un governo del sistema più vicino alle persone**

**Il comune è l'ente più vicino ai bisogni delle persone e pertanto ha la regia delle azioni dei diversi attori.**

**Sussidiarietà verticale e orizzontale**


Courmayeur, 25 novembre 2006



## **ESPERIENZE GIA' ATTIVATE A LIVELLO REGIONALE PIONIERE DI QUESTO PROCESSO PROGRAMMATARIO**

- **Legge 285/1997** "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" e relativi piani regionali di attuazione
- **Attività del gruppo regionale di lavoro sulle politiche giovanili**, in particolare l'attenzione dedicata all'ascolto del territorio
- **Progetti di auto-organizzazione delle famiglie** previsti dall'art. 20 della l.r. 44/1998 "Iniziativa a favore della famiglia "

Courmayeur, 25 novembre 2006




**Perché il processo abbia successo, non sono  
sufficienti leggi, regolamenti,...**

**MA**

**occorrono AZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- **INFORMAZIONE**
- **PROMOZIONE CULTURALE**
- **FORMAZIONE**
- **SUPPORTO AL PROCESSO  
TECNICO-ORGANIZZATIVO**


*Courmayeur, 25 novembre 2006*



**Elemento essenziale affinché il  
processo che si andrà ad  
intraprendere abbia successo è il  
fondamento di un**

**rapporto di fiducia ed alleanza  
tra tutti i soggetti coinvolti**

*Courmayeur, 25 novembre 2006*



## **Ruolo della Regione nel processo di elaborazione dei Piani di zona**

**(cfr. “Linee guida per i Piani di zona” )**


*Courmayeur, 25 novembre 2006*



## **Istituzione del gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona, con i seguenti compiti:**

- 1. decidere le modalità di gestione della fase di transizione dalla situazione attuale all’attivazione dei Piani di zona (azione formativa, informativa, consulenziale e metodologica)**


*Courmayeur, 25 novembre 2006*



... compiti del gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona

- 2. Svolgere una funzione di supporto alla Regione nelle attività di valutazione dei PdZ**
- 3. Predisporre un rapporto annuale sullo stato di attuazione del PdZ da presentare alla Commissione consiliare competente**
- 4. Realizzare la valutazione dei PdZ**

Courmayeur, 25 novembre 2006



## **Composizione**

**del gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei PdZ**

- ↓ Dirigenti regionali della Direzione Politiche sociali**
- ↓ Direttore dell'Area Territoriale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta**
- ↓ 2 rappresentanti del CELVA**
- ↓ 1 rappresentante del Centro di Servizio per il Volontariato**
- ↓ 1 rappresentante della Cooperazione sociale**

Courmayeur, 25 novembre 2006

**Il gruppo regionale sarà integrato dal consulente Regionale per i Piani di zona e, nell'ambito delle sue attività, dovrà creare sinergie produttive con altri interlocutori:**

- ❖ **Direzione Salute e Direzione Risorse dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali**
- ❖ **Assessorati regionali attivi nell'ambito delle politiche di attenzione alla persona (casa, istruzione, mobilità,...)**
- ❖ .....


Courmayeur, 25 novembre 2006

## **La Regione:**

- **realizza percorsi di accompagnamento per una maggiore conoscenza da parte di amministratori e tecnici locali della legislazione sociale e socio-sanitaria e delle condizioni per attuare i PdZ**
- **garantisce la realizzazione di percorsi di aggiornamento e di formazione per gli operatori pubblici e del privato sociale**
- **promuove conoscenze condivise, processi collaborativi e integrazione delle responsabilità ai diversi livelli**

Courmayeur, 25 novembre 2006






## ... la Regione

- ▣ **accompagna con un adeguato supporto tecnico e informativo le diverse fasi di realizzazione dei processi programmatici territoriali**
- ▣ **opera in modo da mettere a disposizione le informazioni - relative ai bisogni ed alle risorse - in suo possesso, in forma aggregata per area distrettuale**
- ▣ **garantisce supporto costante in tutte le fasi del processo di programmazione**

Courmayeur, 25 novembre 2006



## ... la Regione

- ▣ **il Presidente della Regione o l'Assessore competente promuove la convocazione della Conferenza dei Sindaci di ciascun ambito distrettuale, soggetto che dovrà procedere ad avviare il processo di programmazione**

Courmayeur, 25 novembre 2006

IGOR RUBBO

Ringrazio Patrizia per l'intervento molto appassionato, che ha posto l'accento su due aspetti importanti: primo, che il processo è difficile, è un processo che parte da basi solide, ma che devono essere ulteriormente consolidate nei prossimi mesi; secondo, che è necessario che il processo verta sul senso di responsabilità e di partecipazione dei soggetti che rappresentano le istituzioni. Questi sono i due elementi che dobbiamo ricavare dall'intervento di Patrizia e che poi ritroveremo nell'ambito del dibattito.

Passo ora la parola al dottor Clemente Ponzetti dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

### I PIANI DI ZONA NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA: IPOTESI DI INTERAZIONI APPLICATIVE

CLEMENTE PONZETTI

*direttore sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta*

In continuità con quanto affermato dai precedenti relatori, il mio vuole essere un intervento atto a sostenere la motivazione nel lavorare insieme nell'ambito dei Piani di Zona.

La dottoressa Scaglia parlava di entusiasmo e di cautela; credo che si debba rivolgere la nostra attenzione soprattutto al sentimento dell'entusiasmo che ci deriva dai dati provenienti dal nostro territorio:

La nostra organizzazione sanitaria è così costituita: un ospedale su tre presidi ospedalieri, 4 poliambulatori, 23 presidi consultoriali, 28 microcomunità, 6 centri traumatologici, 2 RSA e recentemente sono stati attivate su tutto il territorio valdostano le attività di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e CP (Cure Palliative).

Questa organizzazione è il frutto di un lungo processo decisionale e gestionale che, come diceva l'Assessore, noi ci troviamo a gestire alla fine di un percorso di investimenti sul sociale e sul sanitario che è basata su due concetti strategie vincenti:

- La decentralizzazione dell'assistenza a sostegno del Territorio che, tra l'altro, ha previsto l'istituzione delle Microcomunità, che sono un esempio di come si possa assistere in termini sociosanitari l'anziano o il disabile sul territorio e di quali possano essere le costanti sinergie quotidiane tra sociale e sanitario, così da dare una risposta ai bisogni pur mantenendo il Cittadino il più vicino possibile alle sue radici sociali e famigliari.
- Il finanziamento a budget e non a prestazione che prevede di finanziare la sanità ed il sociale sulla base del soddisfacimento dei bisogni non della produzione di prestazioni sanitarie e/o sociali. Questa importante decisione strategica toglie ai professionisti l'alibi della produzione utile al mantenimento dei Servizi per centrare l'attenzione sulla risposta ai bisogni di salute così da non avere la necessità

di implementare a dismisura le nostre prestazioni per avere un finanziamento.

- Sostenuti da queste scelte strategiche, noi operatori siamo quindi liberi di scegliere la risposta più efficace ed efficiente ai bisogni di salute che dobbiamo conoscere, valutare, gerarchizzare per rispondere al mandato politico che fa dell'etica distributiva una delle principali regole del sistema sociosanitario valdostano. Essere professionalmente etici vuol quindi dire rispondere con entusiasmo ai bisogni reali e prioritari in modo efficiente ed efficace come definito dall'evidenza scientifica del momento.

Tuttavia per avere buoni risultati, come in tutte le orchestre, non basta suonare ma, come diceva prima il presidente Empereur, “dobbiamo suonare insieme”.

Per noi, in questo momento, che cosa vuol dire suonare insieme? Vuol dire seguire un percorso, cioè focalizzare l'attenzione di tutti gli attori coinvolti in un percorso che deve avere una logica e una continuità. Noi dobbiamo vedere quel cittadino utente di cui parlava l'Assessore prima, sì, al centro, ma anche in maniera integrata tra di noi, non possiamo avere compartimenti stagni, come quelli che invece molto spesso costruiamo anche in maniera involontaria; noi dobbiamo sempre fare in modo che il percorso sia continuo.

Condivisione, supporto e aiuto reciproco, conoscenza dei reali bisogni di ciascuno: queste cose fanno sì che si crei un *continuum*; ad esempio, noi sappiamo benissimo quanto possa incidere in materia di pronto soccorso lavorare bene o lavorare male sul territorio, quanto possa incidere sui nostri servizi sanitari il fatto di avere delle sane abitudini di vita (vedi i SERT). Allora, se tutti noi riusciamo a portare il nostro contributo, possiamo effettivamente rispondere a quella che in questo momento è l'esigenza fondamentale: il governo del processo assistenziale, che si traduce, come dicevamo prima, nell'averne una “cabina di regia”, nella capacità di far suonare tutti insieme, ma soprattutto di far suonare il pezzo di cui il nostro territorio ha bisogno, perché possiamo anche fare in modo che tutti suonino benissimo, ma se a un anziano facciamo ascoltare una musica rock probabilmente non lo facciamo felice, così come non risponderemo ai bisogni prioritari della nostra gioventù se le facessimo ascoltare un valzer viennese.

Riaffermo quindi la validità della condivisione nella scelta delle strategie gestionali dei bisogni in quanto, continuando la metafora musicale che ben si adatta all'argomento, noi possiamo suonare benissimo insieme, ma a seconda che suoniamo in una piazza o in un auditorium, a parità di bravura e di pezzo suonato, il risultato sarà assolutamente diverso.

Questo vale soprattutto perché mai come ora la malattia non è solo malattia fisica: Salute come, affermava l'OMS già trent'anni fa, non significa solo assenza di malattia ma salute significa benessere psicosociale e sanitario: è l'ambiente che crea salute, non solo l'assenza di malattia.

Lo diceva l'assessore: anche la persona più sola, più ammalata, più debole, se sa di poter trovare un amico o qualcuno che le sorride, sicuramente guarirà, a parità di cure, prima di altri.

I bisogni quindi non sono solo di tipo sanitario o sociale o finanziario o ambientale ma sono bisogni complessi e integrati che richiedono approcci multidisciplinari e coordinati. Ecco quindi che il Piano di zona diventa effettivamente uno strumento della nostra attività che ci deve impegnare in maniera importante.

Un ultimo esempio: il tasso di suicidi legato al percorso di studio inteso come indicatore di integrazione nel sociale, in base alla logica secondo cui, tendenzialmente, chi più ha studiato più si integra. Come vedete, in tutti gli Stati, non solo in Italia, il tasso di suicidi decresce drammaticamente in funzione dell'aumento del tasso di scolarità; tasso di scolarità che può dipendere dalla famiglia, sicuramente non dalla sanità, che può dipendere dal contesto, dai servizi, dalla tensione della comunità verso lo studio come aspetto valoriale.

I sanitari intervengono, gestiscono, misurano la situazione finale, il disagio, ma se non si interviene sulla vera causa del fenomeno questo persisterà, aggravandosi, indipendentemente dai nostri sforzi per contenerne gli effetti finali.

Quindi che cosa si impone? Lo abbiamo sentito nei precedenti interventi: bisogna fare squadra e fare squadra vuol dire anche seguire un percorso comune. È vero, ci deve essere una forte indicazione politica, la politica deve sicuramente assumersi le proprie responsabilità, ma di responsabilità noi ne abbiamo altrettante, perché, come ho detto, non possiamo affrontare la situazione arrivando divisi alla meta, dobbiamo essere uniti.

L'altro giorno, mentre mi trovavo in una realtà piemontese di medicina generale dove stavo portando il nostro modello di integrazione territoriale e di informatizzazione, un medico di medicina generale mi ha detto: sa, dottore, è tutto molto bello, ho un ambulatorio unico e sono collegato informaticamente, però poi non ho la fermata del pullman vicina all'ambulatorio e quindi la gente non viene da me; posso quindi essere il miglior professionista, il più integrato, il più adeguato all'evidenza scientifica, ma se la gente ha difficoltà a venire da me e questa difficoltà dipende anche da come la comunità ha analizzato questo bisogno di accessibilità, il rischio è di dividersi e di non ottenere il risultato che invece si potrebbe raggiungere.

Dicevamo che siamo un'orchestra. Allora la diapositiva mostra l'interno della nostra struttura, cioè come noi riusciamo a fare partendo dalle indicazioni regionali per poi calare queste indicazioni nell'operatività, per cercare, nella logica del controllo di qualità, di valutare quelli che sono i nostri processi.

I nostri strumenti di controllo non sono strumenti sulla carta, sono strumenti inseriti nel computer del dottor Poti, nel computer dei direttori di distretto che sono presenti, nei computer della Regione.

Del rafforzamento organizzativo dell'area territoriale vi parlerà il dottor Poti, io dico solo un'altra cosa sul coinvolgimento del volontariato.

Noi abbiamo due esempi di forte collaborazione del volontariato, una collaborazione che dà risultati molto positivi. Il primo esempio risale all'anno scorso, quando abbiamo coinvolto il volontariato nella campagna per la vaccinazione antinfluenzale.

Noi abbiamo una popolazione che si vaccina poco, però sappiamo che per la vaccinazione antinfluenzale è importante raggiungere il target del 75%, non solo per

proteggere chi si vaccina, anche per proteggere chi non si vaccina, perché il virus circola meno e quindi c'è meno possibilità di contagio. Allora, pur con tutti gli sforzi possibili e immaginabili, noi all'inizio avevamo raggiunto il 52%-53%. Abbiamo quindi coinvolto il volontariato in maniera importante ed abbiamo coinvolto di più i medici di medicina generale e siamo arrivati al 67% in un anno.

Abbiamo poi coinvolto il volontariato in uno *screening* per il tumore al colon retto, ritenendo che, se una persona non vede sempre e solo l'operatore sanitario, se vede qualcun altro che gli prospetta un'ipotesi di prevenzione e di diagnosi precoce, forse la *compliance* è migliore. I primi dati dello *screening* hanno evidenziato una risposta del 57% a fronte di una media nazionale del 45%... E anche qui credo che appaia chiaro l'aspetto valoriale di questo coinvolgimento.

Certo quindi è che i risultati dell'approccio multidisciplinare sistemico, di cui i Piani di Zona sono un strumento fondamentale, sono talmente evidenti da non lasciarci più alibi per evitare di muoverci in questo senso.

Ringrazio la Comunità Valdigne per l'invito a questa importante riflessione da cui ho tratto significativi spunti di riflessione.

IGOR RUBBO

Ringrazio il dottor Ponzetti per l'interessante contributo.

Credo che il dottor Ponzetti abbia chiarito a molti di noi quello che è il concetto esteso di salute: salute intesa non solo come assenza di malattia ma come benessere in senso lato. Ponzetti ha detto soprattutto che ci possono essere delle correlazioni dirette tra assenza di salute – cioè la malattia – e deprivazione sociale, non solo economica ma collegata all'istruzione, a un disagio presente nell'ambito familiare, se non addirittura alla mancanza di una casa.

A questo punto, lascio la parola al dottor Poti, che avrà il compito di entrare più direttamente nel merito per quanto riguarda i Piani di zona, sempre dal punto di vista dell'Azienda U.S.L., che rafforza il concetto che di fatto è sancito l'abbattimento della barriera fra ciò che è salute e sanità e ciò che è benessere sociale.

IL TERRITORIO E IL DISTRETTO SANITARIO  
COME AMBITO PRIVILEGIATO DI INCONTRO  
PER LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA E LA GESTIONE UNITARIA  
DEI SERVIZI ALLA PERSONA

CARLO POTI

*direttore dell'Area territoriale Aziendale U.S.L. della Valle d'Aosta*

Nella valutazione della qualità della vita e del benessere, un tempo gli indicatori utilizzati si limitavano a pochi misuratori di valenza meramente economica e finan-

ziaria. Ora il riferimento si è ampliato a molteplici aspetti della vita: tra questi si tiene conto anche del grado e della forma di partecipazione delle persone ai processi decisionali sugli obiettivi di *empowerment* delle comunità locali.

Perciò il solo sviluppo economico, come unico indicatore dello sviluppo locale, non è più un modello accettabile. È necessario, infatti, legare tale tematica ad una strategia capace di valorizzare il territorio con le proprie caratteristiche, le proprie esperienze, il proprio capitale sociale e coniugare lo sviluppo locale con la crescita delle reti di soggetti comunitari e con il buon governo delle istituzioni locali.

Nel contesto istituzionale e normativo la Legge Costituzionale 3/2001 rappresenta il fondamento del passaggio “dal *welfare state*” al “*welfare community*”, da uno stato cioè che, al vertice della piramide, distribuisce assistenza e benessere, a una comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio benessere. Inoltre, come è noto, la legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali) si inserisce nel filone di riforme istituzionali tendenti alla valorizzazione delle Comunità Locali e delle Istituzioni. Nello specifico, la legge ipotizza la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi capace di garantire azioni e percorsi finalizzati:

- alla promozione e prevenzione, a favore di tutti i cittadini e delle formazioni sociali;
- alla cura e tutela, relative alle diverse fasi del ciclo di vita della persona e in alcune situazioni particolari del singolo o del nucleo familiare;
- a percorsi di inclusione sociale a favore di quei soggetti che necessitano di particolari supporti per sperimentare e vivere una positiva interazione sociale.

Tale sistema integrato si configura anche come rete di responsabilità e di attenzioni condivise tra quanti, a diverso titolo, per competenze istituzionali o per scelta, si occupano di politiche dei servizi alla persona e le realizzano.

In questo contesto, il coordinamento e la coincidenza tra l’ambito territoriale delle zone sociali e quello dei distretti sanitari risulta essere di particolare rilievo, in quanto la coincidenza tra l’ambito territoriale del distretto e della zona sociale può favorire la capacità di appartenenza ad una comunità locale e, quindi, la costruzione di programmi integrati di tutela della salute e di assistenza alla persona a fronte dei bisogni più complessi.

Perciò i Comuni afferenti al distretto sanitario predispongono il Piano di zona in accordo con l’azienda USL, così come il d.lgs. 229/99 prevede che il Programma delle Attività Territoriali (PAT) del distretto sia elaborato con il parere dei Comuni (Comitato dei sindaci di distretto) per la parte sanitaria, e sia d’intesa con i Comuni, per la parte sociosanitaria.

Il coordinamento della programmazione mira, dunque, a favorire la realizzazione di programmi integrati per il cittadino e di un punto unico di riferimento per la comunità locale.

La realizzazione di un *welfare community* trova particolare significato nelle aree di disagio ad elevata intensità di integrazione socio-sanitaria che attengono alla condizione del disagio dei minori, alla condizione dell'anziano, alla promozione dell'integrazione sociale, abitativa, lavorativa e formativa dei disabili, alla prevenzione ed al trattamento delle tossicodipendenze, alla promozione della salute mentale.

L'assistenza socio-sanitaria, così come previsto nel d.p.c.m. 14 febbraio 2001, "viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali...".

"Le prestazioni socio-sanitarie (d.lgs. 502/92) sono definite tenendo conto della natura del bisogno, della complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata e sono distinte in:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ("...erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale");
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria ("tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute");
- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ("...tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative ... caratterizzate dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza...").

Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si esplicitava il concetto di *empowerment* delle comunità locali come quello di "una comunità che assume la responsabilità del proprio benessere", proprio a partire dal titolo "dalla sanità alla salute".

Si passa cioè dalla sanità concepita come atto nei confronti della singola persona colpita da una patologia, all'idea di salute di una comunità che porta ad un'interazione tra tutti i suoi componenti per garantire a ogni cittadino il pieno benessere fisico, psichico e sociale.

Si esprime, dunque, proprio la necessità di passare dal *welfare state* al *welfare community*, la comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio benessere.

Mentre questo tipo di concezione sembra essere ben radicata dal punto di vista

culturale, dal punto di vista organizzativo e gestionale è necessario integrare tra loro i diversi attori che sull'argomento hanno competenze e che operano sul territorio.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 analizza gli scenari che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno fortemente il panorama sanitario italiano, sia positivamente che negativamente, in termini di opportunità e di vincoli.

Vengono, quindi, considerati gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese nonché a quelli relativi allo sviluppo scientifico e tecnologico. Tra i punti focali e le priorità viene dato particolare risalto alla necessità di favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale.

La legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 (Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008) rappresenta il documento di programmazione sanitaria e sociale che, a livello Regionale, aggiorna e adegua le strategie adattandole alle esigenze attuali e ai loro possibili sviluppi, sotto la guida delle evidenze emerse dall'analisi dei bisogni epidemiologici e sociali finalizzati "alla tutela e al miglioramento della salute e del benessere sociale della persona intesa nella sua globalità e quindi come pluralità di diritti e di esigenze".

Nel PSSR 2006-2008 della Valle d'Aosta Si evidenziano i seguenti punti:

*Obiettivo n° 18: assumere il territorio del Distretto come ambito di lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione dei servizi.*

*Attività: avvio delle azioni finalizzate alla stesura dei Piani di Zona (Gruppo di Piano)*

*Obiettivo n° 19: sviluppare un piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi.*

*Attività: attivazione di una strategia di informazione in una logica di rete.*

Quindi il compito di proteggere e promuovere la salute non può essere concepito come un dovere solo dagli operatori sanitari, ma deve diventare un patrimonio di confronto comune tra tutti gli operatori sociali e istituzionali che sono chiamati a raffrontarsi su questa tematica.

Per raggiungere tali obiettivi sarà necessario sviluppare tutte le attività per la identificazione dei soggetti (Comuni, Comunità Montane, Cpel, Regione, Azienda USL, Scuola, organizzazioni sindacali, terzo settore, etc.) e la definizione dei ruoli che identifichino chi governa, chi gestisce, chi organizza, chi produce. Allo stesso tempo sarà necessario sollecitare tutte le potenzialità dell'associazionismo e del volontariato in una logica di programmazione partecipata per un coinvolgimento nelle scelte che riguardano la salute ed il benessere sociale e valorizzare il ruolo della fa-



miglia nell'educazione alla salute al benessere e nell'assistenza ai suoi componenti, coinvolgendola e sostenendola.

Infatti, mentre la domanda di sanità risulta essere strettamente legata a delle competenze tecnico professionali, la domanda di salute coinvolge la comunità intera.

Esistono nuove situazioni di rischio che vanno al di là di quelle classificate come controllabili con interventi di tipo strettamente sanitario, come ad esempio quelli legati al fumo di sigaretta, all'abuso di alcol, ai disturbi alimentari, alle morti evitabili per incidenti domestici, sul lavoro o sulla strada.

Il Territorio e il Distretto devono perciò essere assunti come l'ambito privilegiato nel quale ricomporre l'unitarietà dei servizi alla persona e luogo di centralità sotto il profilo organizzativo e della programmazione.

Anche l'innalzamento dell'età media della popolazione, l'aumento delle patologie cronic-degenerative collegate all'età e associate a disabilità, i cambiamenti del contesto sociale, scientifico e tecnologico hanno mutato i bisogni della popolazione, facendo emergere nuove esigenze di cura e di assistenza legate alla cronicità. Si tratta di concepire nuove modalità di erogazione e continuità delle cure, per assicurare la necessaria elevata integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

Anche in questo caso il Distretto deve adeguare l'organizzazione secondo un approccio multifunzionale al bisogno di salute e di assistenza, tramite la revisione dei processi e l'introduzione di sistemi di valutazione e controllo delle attività.

Nel nostro contesto si deve tenere conto, inoltre, della necessità di "programmare per una popolazione di montagna". "La salvaguardia e la valorizzazione delle zone montane rivestono carattere di preminente interesse nazionale" ("...La legge dispone provvedimenti a favore delle zone montane", art. 44 Cost.)

Come è noto infatti, organizzare e gestire servizi sanitari e sociali in terreni montani comporta difficoltà e scelte organizzative di maggior costo.

Gli svantaggi orografici, insieme a quelli climatici, agli squilibri demografici e sociali impongono scelte che rendono difficile l'applicazione di modelli utilizzati in altri contesti.

Perciò la sanità in montagna comporta costi strutturali superiori quantificati nell'ordine del 20- 25% (luglio 2000 Commissione sui problemi della Sanità in montagna - Ministero della Salute).

La sfida che ci si propone sta nell'utilizzare al meglio le specificità e le risorse del nostro territorio come "punti di forza", prevedendo modelli organizzativi efficaci e sostenibili in grado di ridurre o eliminare lo "svantaggio competitivo" valorizzando al tempo stesso il contesto salubre, le risorse umane e solidaristiche, promuovendo stili di vita e strategie di prevenzione primaria e secondaria più facilmente adottabili che altrove.

Il Piano di Zona (PdZ) sarà lo strumento programmatorio ordinario con cui governare il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali, ma anche lo strumento

per la gestione unitaria dei servizi alla persona e metodo della pianificazione per disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali e definire i livelli essenziali da assicurare alle persone e alle famiglie.

Il Piano di Zona deve, quindi, favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e di servizi, in modo da programmarli e realizzarli a sistema.

La programmazione delle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria deve coniugare il Piano di Zona dei servizi sociali con il Programma delle Attività Territoriali (PAT) (d.lgs. 229/99).

I due strumenti programmatori devono individuare le attività sociosanitarie, le risorse necessarie, le quote da porre rispettivamente a carico del Sistema Sanitario e dei Comuni, le forme di concertazione per garantire la cooperazione gestionale e professionale nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Il PAT rappresenta, dunque, lo strumento per superare la programmazione impostata solo su bisogni sanitari e giungere a un livello di pianificazione strategica in cui si integra sia chi da sempre si occupa di promozione e tutela della salute, sia gli altri enti territoriali (i Comuni, le Comunità Montane, i consorzi, le Associazioni di volontariato ecc.) per una sinergia di obiettivi e un miglior uso delle risorse.

L'elaborazione del PAT deve portare cioè a un'integrazione di risorse e attività che già oggi sono presenti sul territorio, ma che molto spesso si trovano ad agire in modo isolato, discontinuo e disomogeneo. L'integrazione delle attività, delle competenze e conoscenze permette, considerate le numerose variabili in gioco nel manifestarsi dei fenomeni, la creazione di una rete di enti che possano agire insieme in modo coordinato per controllare i vari fattori di rischio che singolarmente sarebbe difficile tenere sotto controllo.

In linea generale un PAT dovrebbe contenere:

- l'analisi dei bisogni e della domanda di salute a livello locale, tramite l'analisi dei determinanti (popolazione e contesto di riferimento, struttura demografica e sociale, analisi epidemiologica, etc);
- i percorsi per permettere l'integrazione ed il dialogo di tutti gli attori del sistema;
- gli obiettivi di salute;
- la quantità, la qualità e l'accessibilità dei servizi e delle prestazioni da rendere alla popolazione;
- la previsione delle risorse necessarie per garantire l'implementazione del PAT;
- gli indicatori per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi di salute, sia con la stima di eventi diretti o di loro *proxy*, sia con la rilevazione della soddisfazione degli utenti nei confronti del raggiungimento degli stessi.

Il PAT scaturisce, pertanto, dall'incontro dell'analisi dei bisogni di salute e delle risorse presenti a livello distrettuale e le priorità e le risorse stabilite a livello aziendale.

Esso può essere inteso come il risultato di una "programmazione negoziata" che mira a definire i risultati di salute attesi, le attività previste e le risorse assegnate,

diventando uno strumento idoneo da utilizzare per le scelte di dimensionamento dei servizi e la programmazione degli investimenti in ambito sanitario.

Deve, perciò, esistere coincidenza tra le indicazioni del Piano di Zona e quelle del Programma delle Attività Territoriali del Distretto.

Questa ottica di passaggio dalla sanità alla salute, il Piano di Zona può pertanto rappresentare un importante strumento per integrare l'attività dei servizi sanitari alla realtà socio-economica del territorio.

Bisogna, insomma, trovare un "centro di gravità" che sappia farci vedere prima e oltre le mura delle nostre organizzazioni, che sappia farci vedere i processi, i bisogni e i comportamenti delle nostre popolazioni, che sappia farci vedere i nostri risultati, gli esiti di salute e che sappia, infine, "far vedere a molti".

Insomma una "rendicontazione sociale" capace di integrare le politiche e le strategie di diverse organizzazioni, per far lavorare insieme i sistemi dell'area "sociale" e sanitaria valorizzando la gerarchia di obiettivi per produrre vere energie di pianificazione in tutte le dimensioni dell'integrazione.

IGOR RUBBO

Grazie, sei stato perfetto.

Passiamo ora alla presentazione della ricerca "*Sistemi regionali e sistemi locali di welfare. Un'analisi di scenario nella comunità montana Valdigne-Mont Blanc*" realizzata dalla Società A. Lea. Iniziamo da quelle che sono state di fatto le motivazioni di questa ricerca, che credo sia un buon esempio di ciò che dovrà essere fatto in altre comunità montane e che poi dovrà trovare la propria sintesi all'interno dei Piani di zona. Ogni comunità montana dovrà svolgere un lavoro analogo, che funge da base logica della struttura del Piano di zona. Su questo credo che ci siano elementi tali da suscitare un interessante dibattito.

Lascio quindi la parola al dottor Andriolo e al dottor Pomatto, i quali illustreranno i contenuti della ricerca, che di fatto traccia un'analisi dei bisogni ma anche delle risposte in atto. Torniamo al discorso che faceva stamattina la dottoressa Scaglia: partiamo da una base consolidata, che però deve essere resa in modo sistematico all'interno del Piano di zona.



*Parte Seconda*

PRESENTAZIONE DELLA RICERCA  
“SISTEMI REGIONALI E SISTEMI LOCALI DI *WELFARE*:  
UN’ANALISI DI SCENARIO NELLA  
COMUNITÀ MONTANA VALDIGNE MONT-BLANC”



Nel nostro intervento ripercorreremo in estrema sintesi le fasi dell'analisi condotta sul territorio della Comunità Montana Valdigne, oltre che sintetizzarne alcune delle risultanze più significative, rimandando al testo scritto, ampiamente corredato da grafici illustrativi e da una solida componente di dati quantitativi, per gli approfondimenti di dettaglio.

Si tratta di un'analisi e di esiti conoscitivi che consegniamo agli attori territoriali – amministratori regionali e locali, operatori dei servizi, terzo settore,... – nella convinzione che possano costituire un utile punto di riferimento per il processo di pianificazione e implementazione del sistema dei servizi di *welfare*. A questo proposito vorremmo indirizzare un ringraziamento non formale sia alla Fondazione Courmayeur che a ciascuno degli interlocutori – amministratori locali, funzionari pubblici, operatori dei servizi – che con la loro disponibilità e il loro contributo hanno reso possibile la realizzazione di questo lavoro.

Prima di entrare nel merito dell'indagine è utile considerare brevemente, per così dire, a che livello del ciclo di programmazione e implementazione delle politiche sociali si colloca. Com'è noto la legge quadro sui servizi sociali – la 328 del 2000 – prevede un sistema di programmazione dei servizi “a cascata” in cui ad un Piano nazionale segue una specificazione a livello regionale e una successiva e ulteriore declinazione a livello locale con la definizione del Piano di Zona. La Riforma del Titolo V della Costituzione è intervenuta rafforzando il potere delle Regioni e riducendo la capacità impositiva nazionale, a cui ora è demandata l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Rimane peraltro sostanzialmente inalterato il livello di pianificazione di carattere locale.

Pianificazione che, sia nella legislazione nazionale, che nella stessa normativa di settore della Regione Autonoma Valle d'Aosta assume le caratteristiche della progettazione partecipata che vede coinvolti non solo gli enti locali, ma anche le aziende sanitarie, le istituzioni del non profit, le cooperative sociali, gli enti con finalità religiose ed eventualmente altre organizzazioni private attive in questo settore.

Più precisamente si possono poi individuare nella progettazione partecipata 4 fasi fondamentali: una fase finalizzata a realizzare un'analisi conoscitiva dei bisogni e delle risorse; una fase finalizzata a scegliere le priorità di intervento; una finalizzata a definire la progettazione organizzativa dei servizi e degli interventi ed un'ultima consistente nell'approvazione e presentazione formale del Piano.

L'analisi che abbiamo condotto sul territorio della Valdigne corrisponde alla prima di queste fasi. Si è articolata in tre sottofasi:

- l'acquisizione e lo studio di dettaglio delle fonti normative, dei documenti di piano esistenti nonché dei principali testi prodotti dalla letteratura di settore;
- la realizzazione di un'analisi di carattere quantitativo dello scenario sociodemografico: più in particolare è stato individuato un panel di indicatori sia delle condizioni socio economiche sia dei bisogni assistenziali. Ricorrendo a dati aggiornati,

nella maggior parte dei casi, al dicembre 2004 di fonte Istat abbiamo condotto comparazioni dirette tra i Comuni che compongono la Comunità Montana, tra la Comunità Montana e la Regione Valle d'Aosta e tra quest'ultima e le Regioni del Nord Ovest oltre che il complesso del territorio nazionale. Per fare alcuni esempi, abbiamo considerato il tasso di attività e il tasso di disoccupazione, la dinamica demografica, l'incidenza delle varie fasce di età oltre ad altri indicatori più specificamente correlati al settore dell'assistenza quali l'indice di dipendenza senile e l'indice di carico sociale

- la realizzazione di un'analisi di carattere qualitativo, basata su di un piano di interviste semistrutturate rivolte a funzionari regionali, amministratori locali dei Comuni della Valdigne, operatori assistenziali attivi sul territorio.

I principali esiti raggruppati possono essere a loro volta ricondotti a quattro aree distinte.

Sotto un primo profilo l'indagine ha contribuito alla costruzione di uno schema interpretativo e di un linguaggio comune tra gli attori territoriali. Si tratta di un esito che ha una certa importanza. Sin dall'inizio il problema che si è presentato riguardava la delimitazione del campo delle politiche di *welfare*.

I diversi attori delle politiche sociali, infatti – amministratori locali, funzionari regionali, operatori assistenziali, ... – basandosi sulla propria esperienza e, per così dire, il proprio angolo di osservazione, tendono naturalmente a proporre definizioni delle politiche di *welfare* in parte differenziate, ora più estese, ora più circoscritte. Per fare alcuni esempi: le politiche di contrasto delle emergenze abitative rientrano tra le politiche di *welfare*, pur essendo gestite a livello prevalentemente regionale? E, allo stesso modo, le erogazioni dirette di sostegno economico riconosciuto da un insieme piuttosto articolato di leggi e provvedimenti regionali a specifici soggetti – dai portatori di handicap alle famiglie monoparentali? E ancora, cosa dire degli interventi mirati a prevenire e a contenere il fenomeno della dispersione scolastica? In che termini possono essere connessi a linee di intervento quali ad esempio l'assistenza domiciliare agli anziani o il servizio di segretariato sociale erogati a livello territoriale e direttamente gestiti dagli enti locali, singolarmente o in forma associata?

L'indagine offre una soluzione adottando una definizione piuttosto estesa ed integrata delle politiche di *welfare*, mutuata dagli indirizzi del *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003*, proponendo una vera e propria mappa di riferimento, ideata anche sotto il profilo grafico. Questa mappa, in sostanza individua due cerchi concentrici divisi in tre aree, che di riferiscono alle categorie che necessitano generalmente degli interventi assistenziali più consistenti: i minori, gli anziani e le persone non autosufficienti. Nel nucleo centrale si collocano le politiche di sostegno alle famiglie che devono affrontare carichi assistenziali connessi a queste tre specifiche categorie; nel cerchio più esterno, gli interventi che riguardano i soggetti appartenenti a queste tre categorie – minori, anziani, non autosufficienti – che non hanno una famiglia o non possono più risiedervi. Lo sfondo è infine costituito dall'insieme di interventi di carattere trasversale che riguardano il contrasto alle situazioni di povertà ed emarginazione sociale nel senso più ampio: dai sostegni



economici diretti, alle misure di contrasto dell'emergenza abitativa, agli interventi di promozione dell'integrazione scolastica e lavorativa.

Il secondo contributo dell'indagine riguarda direttamente la conoscenza del sistema di offerta del *welfare* a livello territoriale. Sotto questo profilo abbiamo promosso due linee di approfondimento. Abbiamo, infatti, innanzitutto censito le linee di servizio, i canali di erogazione dei sostegni economici e le strutture residenziali attualmente esistenti a livello regionale, per poi collocarli sulla mappa elaborata nel corso della prima parte del nostro lavoro. In secondo luogo abbiamo ricostruito più nel dettaglio il sistema di offerta della Comunità Montana Valdigne, rilevando anche i dati inerenti il numero di utenti assistiti per ciascuna linea di servizio e producendo delle carte tematiche in grado di visualizzarne per ciascuna area di bisogno – minori, anziani, non autosufficienti, povertà ed emarginazione – anche la collocazione geografica.

Un terzo contributo dell'indagine si colloca sul fronte dell'analisi quantitativa dello scenario socio-demografico sia della Regione nel suo complesso, che, nello specifico, della Comunità Montana Valdigne.

Come già anticipato, l'analisi di carattere quantitativo costituisce uno degli elementi di maggiore forza del lavoro, essendo stata condotta con dati aggiornati, basandosi su un insieme articolato di comparazioni (tra livello locale, regionale, sovragionale e nazionale) e ricorrendo ad ampie illustrazioni grafiche utili a rendere più immediati gli esiti delle comparazioni. Nei tempi limitati del nostro intervento non è quindi possibile illustrare nel dettaglio gli esiti di questa analisi, che ripetiamo, consegniamo come contributo per la programmazione territoriale dei servizi. È tuttavia possibile riprendere brevemente alcune delle conclusioni più significative raggiunte.

Per quanto riguarda la Regione Valle d'Aosta nel suo complesso l'attenzione può essere focalizzata su questi tre punti:

- si tratta, com'è noto, di una Regione con complessivamente elevati tassi di attività e limitata disoccupazione a cui si accompagna negli ultimi anni una moderata tendenza all'incremento demografico;
- nel complesso presenta carichi assistenziali in rapporto a bambini, adolescenti ed anziani sostanzialmente in linea con le altre Regioni del Nord Ovest;
- si differenzia, tuttavia, per una incidenza della povertà relativa un po' superiore alla media delle Regioni limitrofe. A questo proposito va tuttavia sottolineato come la Regione Autonoma Valle d'Aosta abbia da tempo introdotto nella sua legislazione una misura universale di sostegno del reddito denominata minimo vitale che ancora attualmente costituisce un esempio piuttosto isolato nel nostro Paese.

Possiamo analogamente sintetizzare gli esiti dell'analisi quantitativa in specifico rapporto alla Valdigne evidenziando in particolare come:

- in termini aggregati la Comunità Montana presenti bisogni assistenziali in rapporto a minori ed anziani un po' minori rispetto alla Regione;
- mentre vi sia una incidenza superiore di bambini ed adolescenti rispetto alla media regionale;

- ed inoltre si registrino significative disomogeneità nei bisogni assistenziali tra i Comuni, in particolar modo con riferimento alla presenza di lavoratori e famiglie immigrate.

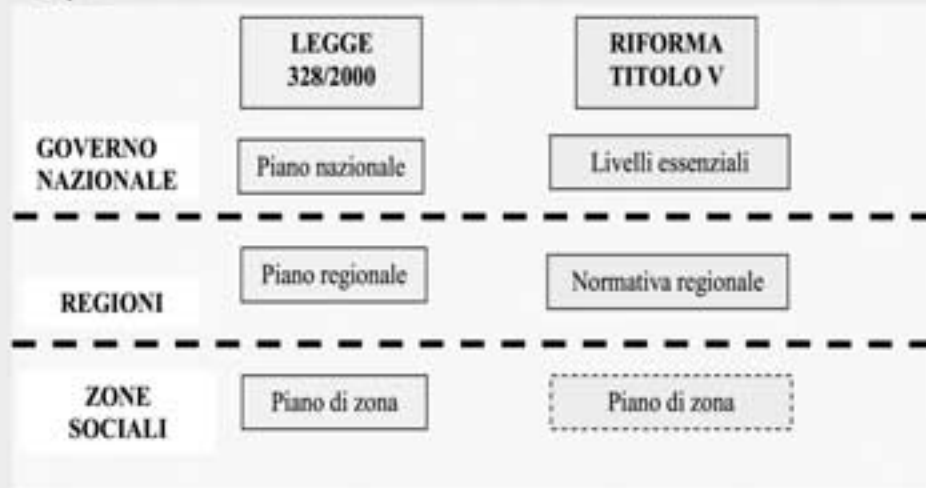
L'ultimo contributo della ricerca deriva dall'analisi e dal confronto delle interviste realizzate ad amministratori locali, funzionari pubblici e operatori dei servizi. Le interviste sono state in particolar modo finalizzate a rilevare opinioni e percezioni dei diversi attori in merito ai punti di forza del sistema di *welfare* locale e alle priorità assistenziali da perseguire. Ed hanno consentito di individuare i punti di maggiore convergenza, così come le tematiche su cui permangono opinioni differenziate che nel loro insieme vanno a costituire ciò che abbiamo definito una possibile agenda del *welfare* locale. Vediamola in sintesi.

Se nel complesso è emerso un giudizio positivo abbastanza uniforme sui servizi per la prima infanzia, è parallelamente emersa la necessità di rafforzare i servizi rivolti a bambini ed adolescenti che, come visto dai dati quantitativi, sono più numerosi nella Valdigne che in altre zone del territorio regionale. Allo stesso modo ampiamente condivisa è la necessità di promuovere miglioramenti di carattere incrementale della rete dei servizi per gli anziani – peraltro già piuttosto solida – e di riqualificare le strutture residenziali esistenti.

Le posizioni degli amministratori locali permangono, tuttavia, piuttosto distanti in merito al tema dell'immigrazione e in particolare in rapporto alla problematica dell'emergenza abitativa: in questo caso il processo di programmazione dei servizi dovrà porsi innanzitutto la necessità di costruire una sintesi tra le diverse posizioni.

Ci pare importante concludere il nostro intervento sottolineando ancora che la nostra indagine intende costituire uno strumento di lavoro per tutti i soggetti impegnati nella promozione e crescita del sistema di *welfare* locale. E che come tale è stata concepita sin dall'inizio, non intendendo risolversi in una ricerca di carattere puramente teorico, ma avendo l'ambizione di offrire un contributo concreto sul campo.

## LA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI



## GLI ATTORI DELLE POLITICHE SOCIALI

- **REGIONE**
- **COMUNI E COMUNITA' MONTANE**
- **AZIENDA U.S.L.**
- **AMMINISTRAZIONI PERIFERICHE DELLO STATO**
- **EX-IPAB SOCIALI**
- **ISTITUZIONI, FONDAZIONI, COOPERATIVE SOCIALI, ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE**
- **ENTI CON FINALITA' RELIGIOSE ED ALTRE ORGANIZZAZIONI PRIVATE**

## LA PROGETTAZIONE PARTECIPATA DEL PIANO DI ZONA



## L'ANALISI CONOSCITIVA DEI BISOGNI E DELLE RISORSE

- LETTURA INTEGRATA DEL SISTEMA DI WELFARE
- RICOSTRUZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA E DELLE RISORSE TERRITORIALI
- ANALISI QUANTITATIVA DELLO SCENARIO SOCIODEMOGRAFICO E DEI BISOGNI ASSISTENZIALI
- PRIMA RICOSTRUZIONE DELLE PERCEZIONI (PRIORITA', BISOGNI EMERGENTI, CRITICITA', ...) DEGLI ATTORI



## LE FASI DELL'INDAGINE

---

- STUDIO LETTERATURA, FONTI NORMATIVE, DOCUMENTI DI PIANO
- ANALISI QUANTITATIVA DELLO SCENARIO SOCIODEMOGRAFICO
- INTERVISTE IN PROFONDITA' A FUNZIONARI REGIONALI, AMMINISTRATORI LOCALI E OPERATORI SOCIOASSISTENZIALI C.M. *VALDIGNE-MONT BLANC*

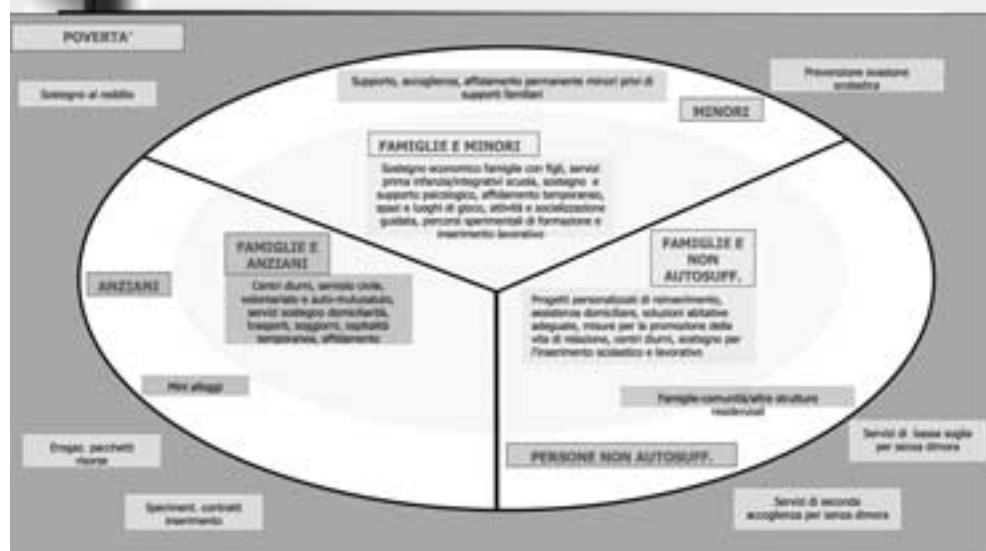


## GLI ESITI ATTESI

---

- CONDIVISIONE DI SCHEMI INTERPRETATIVI E LINGUAGGIO
- MAGGIORE CONOSCENZA SISTEMA DI OFFERTA E RISORSE TERRITORIALI
- MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA DEI PUNTI DI CONVERGENZA E DIVERGENZA
- CONFRONTO PERCEZIONI SOGGETTIVE/DATI QUANTITATIVI

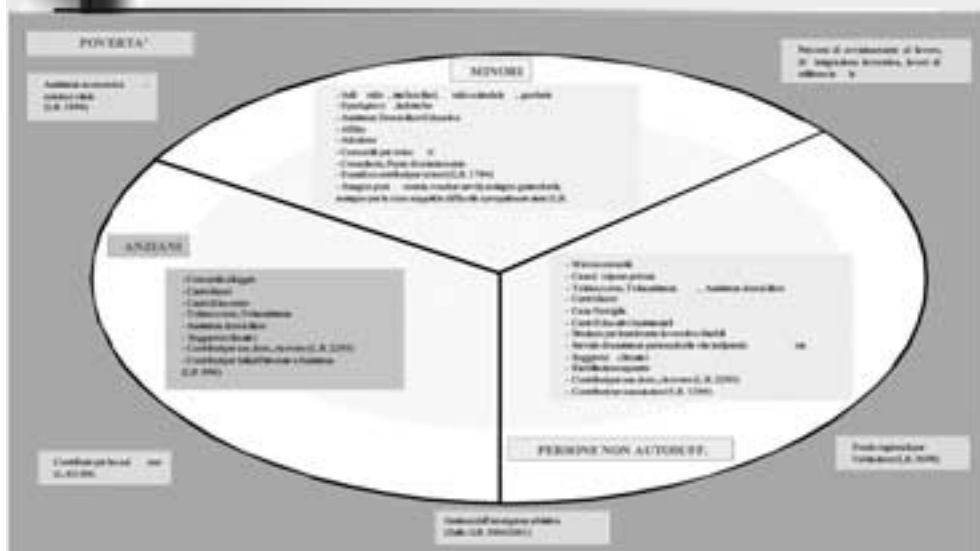
## LA MAPPA NAZIONALE DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI



## LO SCENARIO SOCIODEMOGRAFICO DELLA VALLE D'AOSTA

- **ELEVATO TASSO DI ATTIVITA', LIMITATO TASSO DI DISOCCUPAZIONE, TENDENZA ALLA CRESCITA DEMOGRAFICA**
- **CARICHI ASSISTENZIALI PER BAMBINI, ADOLESCENTI E ANZIANI SOSTANZIALMENTE IN LINEA CON NORD-OVEST E ITALIA**
- **POVERTA' RELATIVA SUPERIORE ALLA MEDIA DEL NORD-OVEST**

## LA MAPPA REGIONALE DEL SISTEMA DI SERVIZI SOCIALI



## LO SCENARIO SOCIODEMOGRAFICO DELLA C.M. VALDIGNE-MONTBLANC

- **BISOGNI ASSISTENZIALI IN RAPPORTO A MINORI E ANZIANI IN TERMINI AGGREGATI UN PO' MINORI RISPETTO ALLA REGIONE**
- **INCIDENZA MAGGIORE DI BAMBINI E ADOLESCENTI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE**
- **RELATIVA DISOMOGENEITA' TRA I COMUNI**

## PRIMA INFANZIA



Open Learning S.r.l.

## MINORI E PRE- ADOLESCENTI



Open Learning S.r.l.



## ANZIANI E DISABILI

Open Learning S.p.A.



## POVERTA' ED EMERGENZA ABITATIVA

Open Learning S.p.A.



## **PER UNA AGENDA DEL WELFARE LOCALE**

---

- **GIUDIZIO ABB. POSITIVO SU SERVIZI PRIMA INFANZIA**
- **RAFFORZAMENTO SERVIZI BAMBINI E ADOLESCENTI; PROBLEMI DI MOBILITA'**
- **ASSENZA STRUTTURA DEDICATA ALLA DISABILITA'**
- **MIGLIORAMENTI INCREMENTALI SERVIZI PER ANZIANI**
- **PERCEZIONI DIFFERENZIATE SU DISAGIO ABITATIVO E IMMIGRAZIONE**

## LA RICERCA

Sommario: Prefazione. – 1. Le premesse dell'indagine. – 1.1 Gli obiettivi. – 1.2 Le fasi dell'indagine. – 1.3 Il quadro normativo e la mappa nazionale dei servizi. – 2. Il sistema di *welfare* della Regione Valle d'Aosta. – 2.1 Lo scenario economico e sociale. – 2.2 Il quadro normativo regionale. – 2.3 La mappa regionale dei servizi. – 3. Il sistema di *welfare* locale della comunità montana *Valdigne-Mont Blanc*. – 3.1 La comunità montana *Valdigne-Mont Blanc*: popolazione e contesto economico. – 3.2 Gli indicatori di bisogno assistenziale. – 3.3 Lo scenario della comunità montana in sintesi e le percezioni degli amministratori. – 3.4 Il sistema dei servizi della c.m. *Valdigne*. – 3.5 Per un'agenda del *welfare* locale. – Allegato i dati. – Bibliografia.

### *Prefazione*

La Fondazione Courmayeur, attraverso l'Osservatorio sul Sistema montagna "Laurent Ferretti", ha emanato un bando pubblico per la selezione di un soggetto in grado di sviluppare una ricerca sul "Sistema Montagna", più specificatamente sul tema "Individuazione e promozione di servizi sociali specifici per le popolazioni di montagna". Tale ricerca s'inserisce tra le attività scientifiche promosse dall'Osservatorio sul Sistema montagna "Laurent Ferretti" all'interno del seguente ambito:

*Area di ricerca:* Servizi a favore della popolazione e degli operatori economici.

*Asse tematico:* La nuova domanda di servizi sociali per le realtà di montagna.

La ricerca si pone l'obiettivo di perseguire le seguenti finalità generali:

- favorire il superamento della marginalità fisico-geografica ed economica delle aree montane;
- collaborare al miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni di montagna;
- garantire alle popolazioni di montagna uno standard qualitativo dei servizi adeguato.

La Fondazione Courmayeur insieme alla società *A. Lea Action Learning*, selezionata per l'attribuzione di detto incarico, ha individuato quale tema specifico della ricerca il sistema di *welfare* della Regione Autonoma Valle d'Aosta con l'analisi di scenario nella comunità montana *Valdigne - Mont Blanc*. La scelta dell'argomento e del campo di indagine è motivata considerando le politiche di *welfare*, recentemente caratterizzate da un percorso di riforma sotto il profilo dei diritti riconosciuti, dei livelli di governo, degli assetti organizzativi e delle modalità di erogazione sul territorio. Nell'attuale panorama delle politiche sociali è possibile individuare due sistemi tra di loro complementari e strettamente interconnessi: i sistemi regionali ed i sistemi locali di *welfare*. Attraverso il processo di riforma delle politiche di *welfare* o benessere sociale, le Regioni e, soprattutto, gli enti locali, hanno dunque progressivamente assunto un ruolo di assoluta centralità. La ricerca cerca di analizzare in che misura questo fenomeno è presente nel contesto valdostano.

L'indagine ha rivolto la sua attenzione alle politiche sociali della Regione Auto-

noma Valle d'Aosta e, più nello specifico, della Comunità Montana Valdigne - Mont Blanc. L'analisi trae spunto dalla recente approvazione del Piano per la salute ed il benessere sociale 2006-2008 che, tra gli altri, individua negli enti locali, mediante lo strumento dei cosiddetti "Piani di zona", uno dei principali attori nei processi decisionali di programmazione e di controllo delle politiche pubbliche in ambito socio-sanitario. Questa è la prospettiva che il presente studio ha adottato nel corso dell'indagine di cui vengono presentate le fondamentali acquisizioni nelle pagine seguenti.

Gli esiti del percorso di ricerca si rivolgono primariamente all'insieme degli attori istituzionali, amministratori, funzionari pubblici, operatori sociali a vario titolo impegnati sul territorio valdostano, intendendo costituire un contributo utile alla programmazione, implementazione ed ottimizzazione dei servizi.

## *1. Le premesse dell'indagine*

### *1.1 Gli obiettivi*

Le politiche di *welfare* hanno vissuto un percorso di riforma sotto il profilo dei diritti riconosciuti, così come dei livelli di governo, degli assetti organizzativi e delle modalità di erogazione sul territorio che è lontano dal potersi considerare concluso. Se, infatti, la legge nazionale di riforma del 2000 (legge 328/2000) ha definito un quadro unitario per le politiche sociali, dando avvio ad un articolato processo di implementazione – in primo luogo da parte di Regioni, Province autonome ed Enti Locali – la Riforma del Titolo V della Costituzione, riconoscendo in tale ambito competenza esclusiva alle Regioni, è intervenuta a mutare gli equilibri istituzionali, in un cantiere ancora aperto ed in uno scenario ancora in movimento.

In questo contesto, Regioni ed Enti Locali hanno progressivamente assunto un ruolo di assoluta centralità. Se, infatti, limiti e confini delle politiche di indirizzo a livello nazionale paiono ancora caratterizzarsi per una certa indefinitezza – come avremo modo di argomentare più dettagliatamente nel corso del capitolo – la pianificazione regionale ha in molte realtà già definito in termini piuttosto espliciti i contorni di un sistema di *welfare*, così come, a livello locale, le iniziative di Comuni e Comunità Montane – spesso in stretta collaborazione con altri soggetti tradizionalmente radicati sul territorio – contribuiscono a caratterizzare e a specificare il quadro regionale di interventi.

In altri termini, secondo un'ottica di analisi di *policy*, ossia delle politiche concretamente messe in campo dal complesso degli attori istituzionali con riferimento a sistemi territoriali definiti e riconoscibili, è possibile, nell'attuale panorama delle politiche sociali, individuare due sistemi tra di loro complementari e strettamente interconnessi: i sistemi regionali e i sistemi locali di *welfare*.

Secondo Chiara Saraceno questi ultimi "*si costruiscono nel processo di attua-*

zione e talvolta di integrazione delle politiche nazionali e/o regionali sul terreno”<sup>1</sup> e “spesso costituiscono un complesso pacchetto di misure in cui l’erogazione economica (che può essere definita e finanziata centralmente) si combina con l’offerta di servizi organizzati localmente e che prevedono in maniera più o meno esplicita la cooperazione di diversi attori locali-pubblici, del terzo settore, ma anche privati e del mercato”<sup>2</sup>.

È la prospettiva che abbiamo adottato nel corso dell’indagine di cui presentiamo le fondamentali acquisizioni in queste pagine<sup>3</sup>. L’indagine ha infatti rivolto la sua attenzione alle politiche sociali della Regione Autonoma Valle d’Aosta (di seguito Regione Valle d’Aosta) e, più nello specifico, della Comunità Montana *Valdigne-Mont Blanc* (di seguito C.M. *Valdigne*), composta da cinque comuni: Courmayeur, La Salle, La Thuile, Morgex, Pré-Saint-Didier.

Gli esiti del percorso di ricerca si rivolgono primariamente all’insieme degli attori istituzionali – amministratori, funzionari pubblici, operatori sociali – a vario titolo impegnati sul territorio della C.M. *Valdigne*, intendendo costituire un contributo utile alla programmazione, implementazione e ottimizzazione dei servizi. Siamo infatti convinti che lo sviluppo delle politiche sociali sia da connettersi strettamente tanto alla definizione a livello politico di strategie di lungo corso, alla individuazione di nuove e più estese linee di servizio e di assistenza ai cittadini, quanto a percorsi diffusi di approfondimento, di analisi e di confronto, possibilmente sottratti alle dispute ideologiche, che si propongano di definire interpretazioni condivise dell’esistente e dei problemi sul terreno da affrontare, a partire da analisi di carattere quantitativo, ma anche dall’interazione tra i diversi punti di vista dei protagonisti delle politiche di *welfare* a livello locale.

Più precisamente l’indagine condotta ha permesso il conseguimento di due fondamentali obiettivi.

Sotto un primo profilo, infatti, l’indagine propone una lettura integrata del sistema di *welfare* a livello regionale e a livello locale, comprendendo in un quadro coerente una molteplicità di interventi e di servizi assistenziali promossi da una pluralità di livelli istituzionali e di strutture organizzative nel complesso della Valle d’Aosta e nello specifico della C.M. *Valdigne*.

A nostro modo di vedere, il primo passo da compiere lungo un percorso di progressivo rafforzamento e ottimizzazione delle politiche di *welfare* è l’individuazione dei principali apporti di cui si compone, così come delle possibili aree di integrazione e di sinergia. Non è un passo scontato: in qualsiasi settore di intervento – e per certi versi, in termini ancora più evidenti nel campo del sociale – le politiche pro-

---

1 C. SARACENO (a cura di), *Le dinamiche assistenziali in Europa. Sistemi nazionali e locali di contrasto alla povertà*, il Mulino, 2004, p. 16.

2 *Ibidem*

3 La conduzione delle attività di analisi e di ricerca così come la stesura del presente rapporto sono da attribuirsi al Dott. GIUSEPPE ANDRIOLO e al Dott. GIANFRANCO POMATTO della società A.Lea s.n.c.

mosse dalle istituzioni pubbliche sono il risultato di una pluralità di misure e azioni, che vedono la luce spesso in termini tra di loro indipendenti, che seguono distinti canali di finanziamento, derivano da scelte di carattere politico condotte da diverse amministrazioni, così come distinte sono le strutture amministrative che ne seguono il percorso di implementazione.

Il rischio che ne consegue è la definizione di una pluralità di linee assistenziali parziali e sostanzialmente autonome per affrontare problemi che invece, nella realtà, si presentano interconnessi e spesso compresenti, a livello di ambiente sociale, quando non di singola famiglia o individuo.

In tal senso la condivisione da parte di tutti gli attori – politici e amministrativi – della mappa delle attività e dei servizi che a vario titolo contribuiscono a far fronte ai problemi assistenziali della popolazione, indipendentemente dalle ripartizioni formali delle competenze tra diversi centri di responsabilità politica ed amministrativa, fa parte a pieno titolo di quel percorso di crescita, anche sotto il profilo in senso lato culturale, delle politiche di *welfare* che deve necessariamente accompagnare le innovazioni legislative e le scelte strategiche.

Sotto un secondo profilo, l'indagine mette a fuoco bisogni e priorità assistenziali al livello locale della C.M. *Valdigne*. In questo caso gli obiettivi perseguiti hanno una duplice natura.

Da un lato l'indagine presenta i fondamentali indicatori di bisogno assistenziale in rapporto ai principali target di utenti stratificati a livello di singolo Comune, di Comunità Montana e di Regione. In qualsiasi percorso di pianificazione dei servizi, infatti, l'ancoraggio a dati attendibili e confrontabili è un elemento basilare. Anche in questo caso, tuttavia, non è un fatto scontato. Nei processi di pianificazione reali, molto spesso la difficoltà di reperimento di dati omogenei, i limiti temporali, le urgenze e le priorità contingenti, la stessa carenza di risorse da dedicare all'analisi – e questo a maggior ragione è valido per enti locali di dimensioni limitate – riducono notevolmente, quando non annullano del tutto, la possibilità di ricorrere ad un set di dati di riferimento.

Dall'altro lato, l'indagine approfondisce i punti di vista dei fondamentali attori locali delle politiche assistenziali, individuati tra amministratori e operatori professionali socio-sanitari. Se, infatti, l'analisi dei dati quantitativi è certamente una base di partenza fondamentale, da sola, non è sufficiente ad individuare le priorità e le linee di sviluppo da perseguire. È piuttosto la convergenza tra i diversi attori attorno ad alcuni obiettivi comuni a costituire il nucleo di un percorso di programmazione e di crescita dei servizi.

In tal senso, la presente indagine propone un quadro delle priorità percepite da parte dei diversi attori locali, per come raccolte nel corso di interviste in profondità, evidenziandone punti di divergenza e di convergenza. In conclusione, ci è sembrato utile avanzare, a partire dalla analisi quantitativa condotta e dalle testimonianze raccolte, una possibile agenda delle questioni da affrontare prioritariamente a livello di *welfare* locale. Agenda che non ha l'obiettivo – né la presunzione – di esaurire

tutte le questioni sul tappeto, né di individuare in termini univoci ed indiscutibili le priorità. Intende piuttosto costituire una rilettura del percorso realizzato, in grado di suggerire alcune delle possibili conclusioni, da cui amministratori e operatori locali potranno eventualmente ripartire.

Il prossimo paragrafo illustra maggiormente nel dettaglio le fasi della indagine e la sua impostazione metodologica, mentre il paragrafo successivo offre una breve sintesi del quadro normativo nazionale in tema di *welfare*, giungendo a tracciare una mappa delle politiche in questo settore, in seguito utilizzata come modello per l'elaborazione della mappa del *welfare* regionale.

Il secondo capitolo delinea il sistema di *welfare* della Regione Valle d'Aosta, illustrando la mappa delle attività e dei servizi. Presenta inoltre i fondamentali livelli istituzionali coinvolti e offre una sintetica rappresentazione dello scenario economico e sociale della Regione.

Il terzo capitolo è interamente dedicato alla C.M. *Valdigne*: in seguito ad una descrizione delle fondamentali caratteristiche socio-demografiche, sono commentati i principali indicatori di bisogno assistenziale ed è ricostruita la mappa dei servizi locali. Si relaziona inoltre in merito alle priorità percepite dagli attori locali e si propone una possibile agenda delle politiche sociali territoriali.

## 1.2 Le fasi dell'indagine

L'indagine si è strutturata nelle seguenti fasi:

- Acquisizione e analisi della letteratura specialistica riguardante la programmazione e la implementazione di sistemi di servizi sociali in Italia e in particolare modo nella Valle d'Aosta.
- Acquisizione e analisi delle principali fonti normative di settore, dei fondamentali documenti di Piano, delle relazioni di analisi e di monitoraggio a livello nazionale e a livello della Regione Valle d'Aosta.
- Analisi di carattere quantitativo dello scenario socio demografico dei Comuni della C.M. *Valdigne* ed elaborazione dei principali indicatori di bisogno assistenziale.
- Piano di interviste in profondità rivolte ad un panel di testimoni privilegiati individuati tra amministratori locali e operatori socioassistenziali della C.M. *Valdigne* oltre che tra funzionari regionali di settore chiave per le politiche sociali.

La bibliografia in calce al presente rapporto riporta integralmente le fonti consultate nel corso dell'indagine.

I dati presentati nell'ambito dell'analisi quantitativa della C.M. *Valdigne*, sono in gran parte frutto di nostre elaborazioni di dati ufficiali dell'Istat<sup>4</sup>. La maggior parte di

---

4 I dati sono stati scaricati dal sito dell'Istat al seguente indirizzo: <http://demo.istat.it/> e limitatamente al tasso di attività, alla composizione degli occupati per attività, al tasso di disoccupazione e all'indice di possesso del diploma, dal sito della Regione Valle d'Aosta al seguente indirizzo: <http://www.regione.vda.it/statistica/>.

essi si riferisce all'anno 2004, mentre in un numero limitato di casi hanno come fonte il Censimento del 2001 o altre indagini settoriali. Ciascuno dei grafici illustrativi riporta in calce la fonte e il grado di aggiornamento, mentre le tabelle di dettaglio sono contenute nell'Allegato. In rapporto ai dati riportati nel presente report che non siano frutto di nostre elaborazioni si indica inoltre esplicitamente la fonte.

Il piano di interviste ha riguardato gli amministratori di ciascuno dei 5 Comuni della C.M. *Valdigne*, l'assistente sociale coordinatrice dell'area anziani, l'assistente sociale coordinatrice dell'area adulti, l'assistente sociale coordinatrice dell'area minori per la *Valdigne*, il Direttore del Distretto socio sanitario 1 di Morgex, il Coordinatore del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali, il Direttore della Direzione Risorse del Dipartimento sanità, il Direttore della Direzione politiche sociali e il Capo servizio del Servizio edilizia residenziale della Regione Valle d'Aosta<sup>5</sup>.

Le interviste hanno perseguito due fondamentali obiettivi: sotto un primo aspetto hanno consentito la ricostruzione – anche attraverso la raccolta di materiale documentale e dati quantitativi a disposizione delle strutture regionali e locali coinvolte nell'indagine – del profilo delle diverse linee di servizio attualmente attive; sotto un secondo aspetto, di raccogliere opinioni e percezioni dei diversi attori in merito ai principali punti di forza e di debolezza del sistema assistenziale regionale e locale, così come alle più rilevanti priorità da affrontare e alle possibili strategie da adottare.

### *1.3 Il quadro normativo e la mappa nazionale dei servizi*

La legge 328 del 2000 – che tuttora costituisce la legge quadro nazionale in tema di servizi sociali – definisce l'assistenza sociale per le persone e le famiglie in condizioni di bisogno in termini di diritto soggettivo di carattere universale. È infatti lo

---

5 Più in particolare le interviste hanno coinvolto i seguenti testimoni privilegiati che ringraziamo per la disponibilità e la collaborazione:

- Romano Blua e Raffaella Roveyaz, rispettivamente Sindaco e Assessore ai servizi sociali di Courmayeur
- Cassiano Pascal, Sindaco di La Salle
- Maria Vittoria Menel, Assessore dei servizi sociali di La Thuile
- Elena Luboz, Vicesindaco di Morgex
- Riccardo Bieler, Sindaco di Prè-Saint-Didier
- Paola Betti, assistente sociale C.M. Valdigne-Mont Blanc
- Sara Fusari, assistente sociale C.M. Valdigne-Mont Blanc
- Elisa Lasagna, assistente sociale C.M. Valdigne-Mont Blanc
- Corrado Allegri, Direttore del Distretto socio sanitario 1 di Morgex
- Ezio Garrone, Coordinatore del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali della Regione Valle d'Aosta
- Igor Rubbo, Direttore della Direzione Risorse del Dipartimento sanità della Regione Valle d'Aosta
- Andrea Ferrari, Direttore della Direzione politiche sociali della Regione Valle d'Aosta
- Marilina Amorfini, Capo servizio del Servizio edilizia residenziale della Regione Valle d'Aosta.



stesso articolo 1 ad affermare: “*La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e di servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia [...]*”.

La programmazione dei servizi è demandata ad un processo a cascata che vede coinvolti sia il Governo nazionale, quanto le Regioni e gli Enti Locali. La Riforma del Titolo V della Costituzione – Legge costituzionale 3 del 2001 – è intervenuta rafforzando notevolmente le competenze regionali, in un contesto, peraltro, che vedeva – e vede – ancora la maggior parte delle Regioni impegnate nel processo di progressiva implementazione del quadro definito dalla legge 328.

Una analisi approfondita sotto il profilo giuridico delle competenze riconosciute ai diversi livelli di governo, alla luce delle modifiche costituzionali, esula rispetto agli obiettivi della presente ricerca e alla sua stessa impostazione metodologica che pone l’attenzione più sulle dinamiche presenti di fatto che non sulle controversie giuridiche. Tuttavia ci sembra utile proporre una sintetica istantanea delle principali novità del mutato quadro normativo, oltre che dello scenario attuale dei percorsi di implementazione.

La Figura 1.1 schematizza l’impianto di programmazione definito dalla legge 328, evidenziando inoltre per ciascun livello di governo le innovazioni riconducibili alla riforma costituzionale<sup>6</sup>.

La legge 328 prevede una funzione di programmazione quadro da parte del Governo attraverso cui individuare le strategie di fondo e gli obiettivi prioritari da perseguire su tutto il territorio nazionale. Alle Regioni è demandata una funzione di programmazione di carattere secondario, da esercitarsi nei limiti definiti dal piano nazionale e in particolare dedicata alla individuazione delle principali caratteristiche organizzative e gestionali dei servizi oltre che alla demarcazione degli ambiti territoriali locali – le zone sociali. Queste ultime, spesso coincidenti con i distretti sanitari, costituiscono il luogo privilegiato della progettazione operativa dei servizi da parte dei Comuni – singoli o associati, nel caso di enti di piccole dimensioni – in stretta integrazione con gli interventi di natura sanitaria e con la partecipazione degli attori del privato sociale, che ha espressione formale nel Piano di zona.

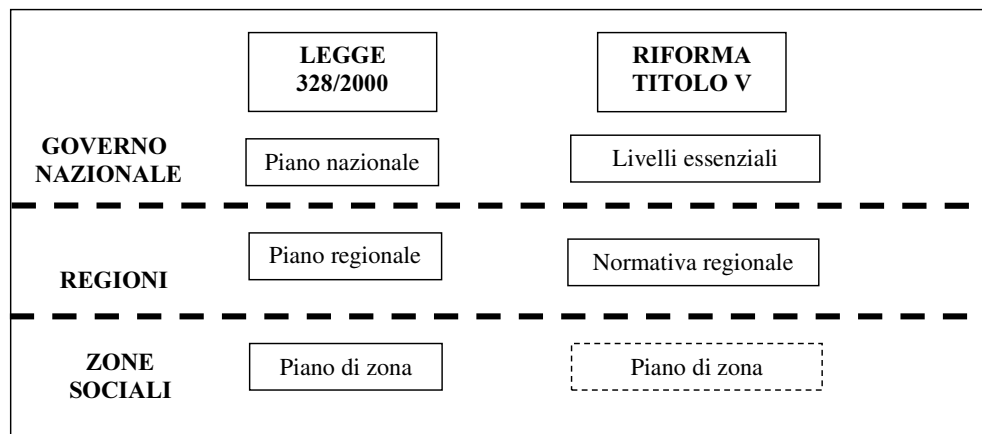
Il Titolo V, in sostanza, riconosce alle Regioni un più ampio e discrezionale potere di normazione e programmazione dei servizi sociali, seppure nell’ambito di un quadro di prestazioni “minime” definite a livello nazionale in un processo concertato con le Regioni. Il nuovo contesto, dunque, vede la necessità di sostituire la defini-

---

6 Lo schema presentato ha come riferimento l’analisi sull’evoluzione del contesto istituzionale italiano in rapporto alla rete dei servizi sociali territoriali condotta nel secondo capitolo del *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali* elaborato dalla Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e disponibile dal settembre 2005.

zione di piani di carattere nazionale, con l'individuazione di quelli che sono generalmente definiti i *livelli essenziali delle prestazioni (LEP)*.

FIGURA 1.1 La programmazione dei servizi sociali



Ponendo ora l'attenzione al processo di implementazione, se, da un lato, il *Piano nazionale dei servizi e degli interventi sociali* approvato per il triennio 2001-2003, alla sua scadenza non è stato rinnovato, al momento attuale, non è giunto a conclusione lo stesso processo di definizione dei livelli essenziali avviato dal Governo nazionale nel corso del 2004.

Le Regioni, dal canto loro, nel corso della legislatura conclusasi nel 2005, seppure in un contesto almeno parzialmente indefinito, hanno proceduto nella progressiva istituzionalizzazione di sistemi di intervento sociale regionalizzati, in alcuni casi provvedendo alla definizione di Piani sociali di carattere regionale – seguendo le indicazioni della legge 328 – in altri casi approvando leggi quadro regionali sui servizi sociali – e in tal senso tenendo conto degli effetti della riforma costituzionale – in altri casi ancora producendo un insieme di leggi settoriali in tema di assistenza, piuttosto che, in assenza di interventi legislativi di carattere generale, approvando provvedimenti in grado di disciplinare gli aspetti organizzativi e autorizzativi del sistema dei servizi gestiti a livello locale<sup>7</sup>. Come avremo modo di approfondire nel corso del prossimo capitolo, il quadro normativo della Valle d'Aosta si caratterizza per l'approvazione di un piano socio sanitario per il triennio 2006-2008, parallelamente ad un insieme di altre leggi, ciascuna delle quali affronta specifici aspetti legati ai bisogni assistenziali della popolazione.

7 Cfr. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2005, pp. 43-53.

Se questo appare, in sintesi, il quadro normativo e implementativo attuale, è opportuno a questo punto tornare al merito della nostra indagine. Come evidenziato nel paragrafo precedente, uno dei suoi fondamentali obiettivi consiste nel proporre una lettura integrata del sistema di interventi sociali di carattere regionale della Valle d'Aosta e locale della C.M. *Valdigne*. Si tratta in altre parole di proporre una rappresentazione del sistema di servizi sociali attraverso un modello analitico in grado di evidenziare le principali aree di bisogno e, per ciascuna di esse, il complesso delle attività e dei servizi attivati.

In mancanza dei livelli essenziali – che avrebbero potuto costituire nell'economia del nostro lavoro il naturale termine di comparazione per il sistema dei servizi regionali e locali – ci è sembrato comunque utile elaborare una mappa del sistema dei servizi sociali da usare come riferimento nel corso della ricerca, possibilmente completa e in linea con le indicazioni contenute in documenti di programmazione e indirizzo di livello nazionale.

Più in particolare abbiamo deciso di costruire questa mappa a partire dagli obiettivi prioritari previsti dal *Piano nazionale dei servizi sociali 2001-2003*. Se infatti, come visto, le indicazioni di questo piano, in virtù della riforma costituzionale e dello stesso mancato aggiornamento al termine del triennio, non possono essere intese in termini prescrittivi, ci pare costituiscano in ogni caso un utile punto di riferimento in un percorso di analisi e riflessione. A nostro parere, inoltre, come avremo modo di argomentare più avanti, tali indicazioni strategiche non sembrano distaccarsi in termini evidenti rispetto agli orientamenti di fondo dello stesso Governo nazionale della legislatura trascorsa emergenti da fonti di natura non normativa successive al Piano nazionale.

Nello specifico, il Piano Nazionale si struttura attorno a 4 obiettivi prioritari – *valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi a contrasto della povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, in particolare gli anziani e le disabilità gravi* – per ciascuno dei quali prevede un insieme piuttosto puntuale di misure e servizi. La Tabella 1.1 ne propone uno schema sinottico.

*TABELLA 1.1 Obiettivi prioritari, misure e servizi – Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003*

<b>OBIETTIVI PRIORITARI</b>	<b>MISURE E SERVIZI</b>
<p><b>Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi a sostegno della conciliazione tra responsabilità familiare e partecipazione al mercato del lavoro</li> <li>• Servizi di cura per i bambini</li> <li>• Agevolazioni e misure di sostegno economico a favore delle famiglie con figli</li> <li>• Forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli minori che presentano particolari carichi di cura</li> <li>• Strumenti di incentivazione dell'affidamento familiare nei confronti di minori in situazione di forte disagio familiare</li> <li>• Misure di sostegno alle responsabilità genitoriali</li> <li>• Istituzione di intesa con le organizzazioni a difesa degli anziani di un servizio civile al quale partecipino le persone anziane (insieme ai più giovani)</li> <li>• Servizi di assistenza domiciliare (anche integrata con i servizi sanitari)</li> <li>• Centri diurni che sappiano coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta di attività riabilitative, ricreative e di socializzazione</li> <li>• Servizi a sostegno della domiciliarità, trasporti adeguati che permettano una sufficiente mobilità</li> <li>• Mini-alloggi per gli anziani impossibilitati a rimanere nella propria abitazione</li> <li>• Ospitalità temporanea nelle strutture residenziali per risolvere urgenti necessità familiari</li> <li>• Affidamento a famiglie</li> <li>• Offerta di attività di volontariato o di utilità sociale, favorendo lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto</li> <li>• Apertura delle strutture residenziali e diurne alla comunità locale e promozione di incontri intergenerazionali</li> <li>• Soggiorni marini o in altre località anche per persone non autosufficienti</li> </ul>

**Rafforzare  
i diritti dei  
minori**

- Servizi di tipo prescolastico, a completamento della rete di scuole per l'infanzia
- Realizzazione di servizi per la prima infanzia, attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi di infanzia e di servizi ad essi integrativi che consentano una risposta qualificata e flessibile
- Offerta di spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni, con genitori, nonni, ecc., anche con la presenza di operatori di supporto, luoghi di gioco "guidato" mirato a favorire la socializzazione, la tolleranza, il rispetto e un rapporto positivo con se stessi e il mondo circostante
- Sostegno psicologico e sociale per nuclei famigliari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti
- Servizi di cura e recupero psico-sociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze
- Servizi di sostegno per i minori sottoposti ad abusi
- Servizi di supporto per gli studenti con difficoltà di apprendimento
- Offerta di spazi e di stimoli ad attività di particolare interesse da parte degli adolescenti con la presenza di persone di altre generazioni, con o senza la presenza di operatori qualificati
- Percorsi sperimentali di formazione e inserimento lavorativo in particolare per quelli a rischio di devianza
- Luoghi di ascolto immediatamente accessibili, al di fuori dei consueti spazi istituzionali che permettano ai giovani di conoscere operatori esperti cui esprimere le proprie difficoltà
- Gruppi appartamento per adolescenti privi di validi supporti familiari, eventualmente accompagnati da operatori esperti nel percorso di autonomizzazione

<p><b>Potenziare gli interventi a contrasto della povertà</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvio di forme di collaborazione tra scuole e servizi sociali al fine di prevenire l'evasione scolastica e di sostenere la frequenza</li> <li>• Sviluppo di servizi di accompagnamento sociale</li> <li>• Avvio di una razionalizzazione delle forme di sostegno al reddito esistenti</li> <li>• Sperimentazione di forme di erogazione di "pacchetti di risorse" (integrazione del reddito, accesso gratuito ai trasporti, aiuti per il pagamento delle utenze e per l'acquisto di alcuni beni di consumo, ..) alle famiglie e agli individui in condizione di povertà</li> <li>• Avvio di sperimentazioni di "contratti di inserimento" con i beneficiari di aiuti economici, in collaborazione con i diversi soggetti presenti sul territorio</li> <li>• Rilevazione delle condizioni di povertà a livello locale</li> <li>• Approntare per i diversi livelli subterritoriali di particolare frequentazione dei senza dimora almeno un servizio di bassa soglia</li> <li>• Sviluppare almeno un servizio di seconda accoglienza e di accompagnamento dei senza dimora</li> <li>• Avviare iniziative di collaborazione tra servizi sociali, sanitari, del lavoro oltre che con il volontariato per consentire il progressivo reinserimento nei servizi di tutti</li> </ul>
---	---

<p><b>Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, in particolare gli anziani e le disabilità gravi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetti personalizzati di riabilitazione e reinserimento sociale</li> <li>• Individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica</li> <li>• Sviluppo di servizi di assistenza a domicilio</li> <li>• Sviluppo di un piano di apprendimento o recupero di capacità nella gestione della vita quotidiana</li> <li>• Promozione della famiglie-comunità per il “dopo di noi”</li> <li>• Misure volte a consentire al disabile grave una vita di relazione e sociale il più possibile piena e indipendente (garantendo efficaci mezzi di trasporto, promuovendo programmi di accesso ai servizi per il tempo libero, favorendo la pratica sportiva, ...)</li> <li>• Previsione di soluzioni residenziali di emergenza o di sostegno domiciliare per necessità temporanee o imprevedibili</li> <li>• Sviluppo di centri diurni a sostegno della permanenza in famiglia di persone con handicap grave</li> <li>• Misure di sostegno all’inserimento scolastico e lavorativo</li> <li>• Sperimentazione di programmi di assistenza per la vita indipendente di persone non autosufficienti</li> <li>• Centro diurno a carattere riabilitativo</li> <li>• Assistenza domiciliare e servizi di sollievo per le famiglie</li> <li>• Famiglie-comunità per il “Dopo di noi”</li> </ul>
--	--

Il Piano prevede inoltre un ulteriore obiettivo prioritario relativo ad una pluralità di questioni – l’inserimento degli immigrati, la prevenzione delle droghe e l’attenzione per gli adolescenti – su cui segnala la necessità di interventi a livello locale, seppure senza indicare specifiche misure e servizi.

Abbiamo costruito la mappa riportata nella Figura 1.2 – che individua lo schema di riferimento utile a ricostruire nel corso del prossimo capitolo il sistema dei servizi della Valle d’Aosta – considerando per ciascuno degli obiettivi prioritari indicati dal Piano lo specifico target di utenti e/o di bisogni assistenziali a cui si rivolge e le aree di integrazione tra di essi – che sono peraltro esplicitate nel Piano stesso.

A nostro modo di vedere gli obiettivi prioritari del Piano hanno come fulcro il sostegno delle famiglie in specifico rapporto a tre aree di bisogno, poste al centro della figura: i minori, gli anziani, le persone non autosufficienti (che possono essere anziani così come persone con gravi handicap fisici o mentali).

In rapporto a ciascuna di queste tre aree si tratta di individuare misure e servizi che puntino a sostenere la vita e possibilmente l’autonomia individuale dei soggetti

deboli (minori, anziani, persone non autosufficienti) all'interno della struttura familiare, a sgravare almeno in parte dai compiti di cura i famigliari, ad offrire aiuto e sostegno psicologico, fino a prevedere forme di allontanamento temporaneo dalla famiglia dove se ne presenti la necessità.

Più in particolare, aggregando in alcune macrocategorie le misure e i servizi previsti dal Piano, in rapporto all'area che riguarda la famiglia e i minori si prevedono forme di sostegno economico alle famiglie con figli, servizi per la prima infanzia e servizi integrativi dei percorsi scolastici, servizi di sostegno e supporto psicologico e il ricorso all'affidamento temporaneo, spazi e luoghi di gioco e socializzazione guidata per bambini e adolescenti, percorsi di formazione e inserimento lavorativo per minori a rischio di emarginazione e devianza.

In rapporto all'area che riguarda la famiglia e gli anziani autosufficienti si prevedono centri diurni, l'attivazione di un servizio civile che li coinvolga attivamente, la promozione delle iniziative di volontariato e di auto-mutuo aiuto, di servizi a sostegno della domiciliarità e della mobilità, l'organizzazione di soggiorni marini o in altre località, l'ospitalità temporanea o l'affidamento.

Per quanto riguarda l'area delle famiglie e delle persone non autosufficienti, la promozione di progetti personali di reinserimento, l'assistenza domiciliare anche in termini integrati con l'assistenza sanitaria, l'individuazione di soluzioni abitative adeguate e di misure per la promozione della vita di relazione, l'apertura di centri diurni, il sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo.

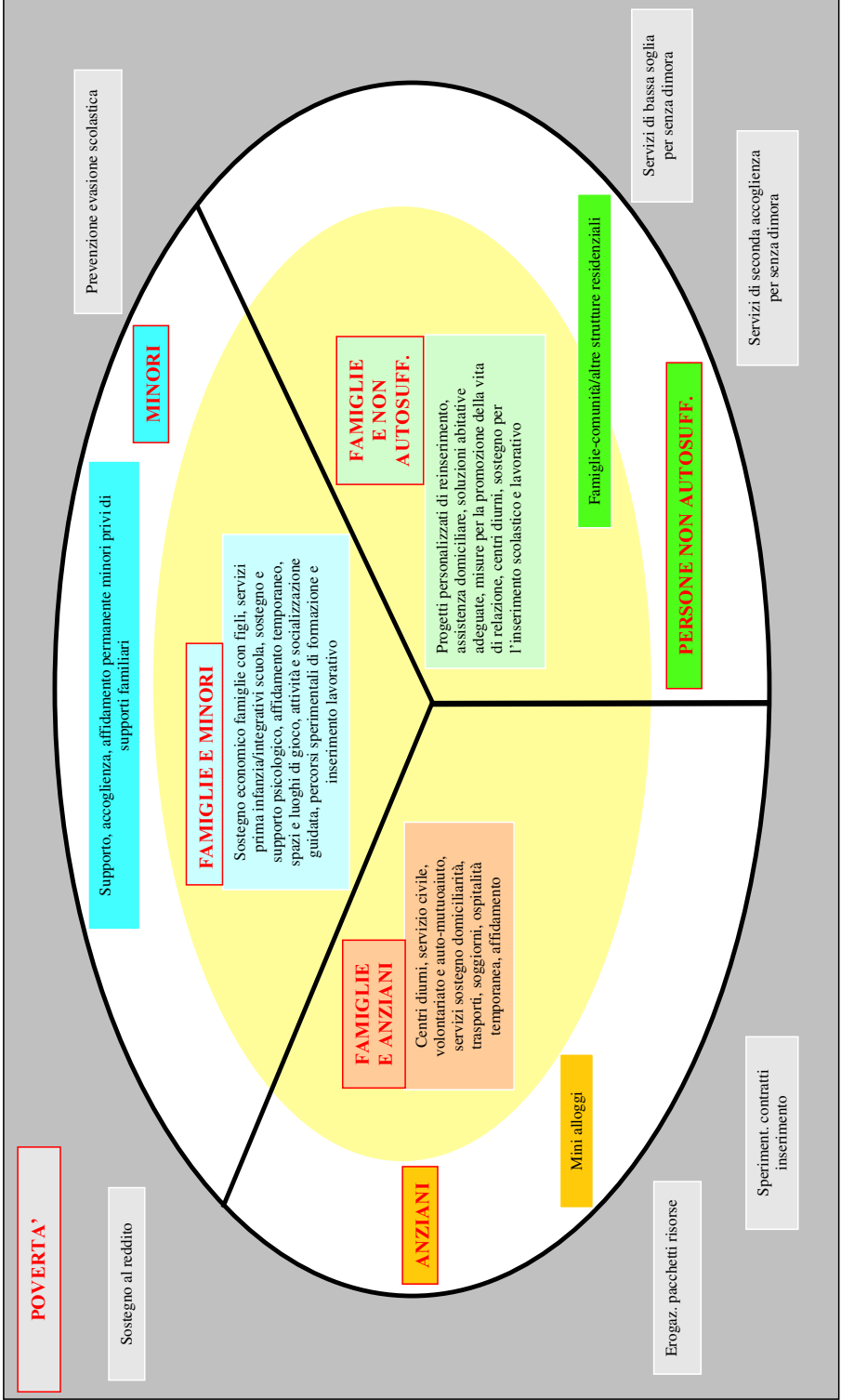
Va sottolineato come la centralità nel sostegno alle responsabilità famigliari, seppure secondo accenti in parte critici nei confronti della legge 328, è ribadito e per certi versi ulteriormente enfatizzato dal *Libro Bianco sul welfare* presentato dal Governo nel corso del 2003. In particolare si sottolinea la necessità di inserire la famiglia al centro delle politiche sociali e come il sostegno alle responsabilità familiari non sia “una politica di settore quanto piuttosto il risultato di una molteplicità di interventi che ne riconoscono il ruolo di vero e proprio attore di sistema”<sup>8</sup>.

---

8 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Libro bianco sul welfare. Proposte per una società dinamica e solidale*, p. 14.



FIGURA 1.2 La mappa del sistema dei servizi sociali



Tornando alla mappa, si può individuare un'area immediatamente contigua al nucleo rappresentato dalle politiche di sostegno alle responsabilità familiari che riguardano direttamente le tre categorie di soggetti deboli – minori, anziani e persone non autosufficienti – laddove non siano inseriti in un nucleo familiare o non possano permanervi.

Si tratta in questo caso di promuovere misure e servizi utili a definire percorsi di vita al di fuori della famiglia, supportati da livelli di assistenza adeguati al grado di bisogno individuale. Nel caso dei minori si fa quindi riferimento al servizio di affidamento permanente e/o di adozione e dei relativi servizi di accompagnamento e supporto psicologico; nel caso degli anziani autosufficienti tuttavia non più in grado di condurre una vita completamente autonoma al proprio domicilio, a mini alloggi con servizi comuni; nel caso delle persone non autosufficienti, a case famiglia o altre strutture residenziali.

È infine necessario considerare l'area di bisogno connessa alla povertà, che può sovrapporsi a ciascuna delle altre aree di bisogno sin qui delineate, incrementando in tal modo notevolmente i bisogni assistenziali. Sotto questo versante è possibile individuare quali misure di intervento privilegiate le forme di sostegno al reddito eventualmente integrate dall'erogazione di pacchetti di risorse destinate, i programmi di prevenzione dell'evasione scolastica e di inserimento lavorativo dei soggetti a rischio, i servizi di prima e seconda accoglienza dei senza dimora.

Come si può notare emerge un quadro piuttosto articolato in cui parallelamente alle previsioni di interventi di sostegno monetario diretto si prevede l'erogazione di servizi, in alcuni casi particolarmente personalizzati, piuttosto che rivolti a gruppi di individui.

Emergono inoltre alcuni campi di evidente integrazione tra le politiche sociali e altre politiche. Facciamo riferimento in primo luogo alle politiche sanitarie – in rapporto a tutti i servizi che si rivolgono a persone che presentano necessità di assistenza medica oltre che sociale (dagli anziani non autosufficienti, alle persone portatrici di handicap) – ma anche alle politiche della formazione e del lavoro – nella misura in cui il contrasto all'emarginazione è promosso per taluni soggetti deboli o a rischio favorendone l'inserimento scolastico, formativo o lavorativo – e alle stesse politiche abitative – nella misura in cui si tratta di far fronte ad emergenze abitative di soggetti svantaggiati sul mercato privato piuttosto che a forme di disagio abitativo di soggetti deboli, che si manifesta in rapporto ad abitazioni che non garantiscano un livello minimo di sicurezza e qualità della vita.

## 2. Il sistema di welfare della Regione Valle d'Aosta

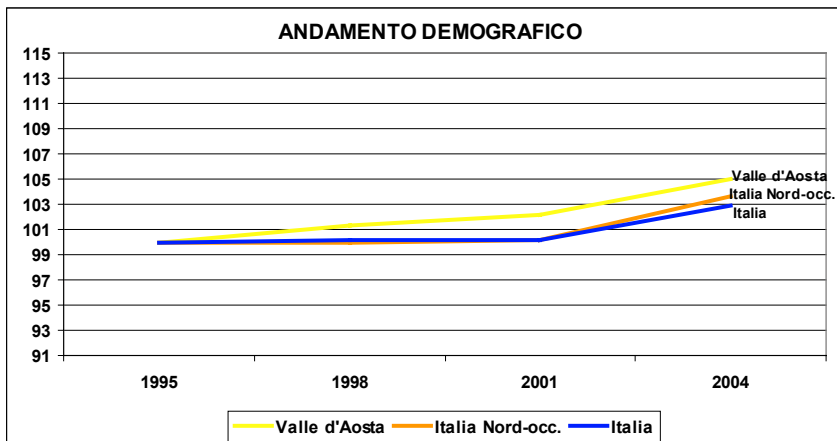
### 2.1 Lo scenario economico e sociale

Prima di proporre una lettura integrata del sistema dei servizi sociali della Valle d'Aosta ci pare utile illustrare sinteticamente lo scenario economico e sociale in cui tale sistema va ad inserirsi. In particolare abbiamo scelto di adottare un'ottica comparata tra la Regione Valle d'Aosta, la ripartizione geografica Nord-occidentale – che oltre alla Valle d'Aosta comprende Piemonte, Lombardia e Liguria – e l'Italia nel suo complesso.

A nostro parere, infatti, la lettura dei dati quantitativi di carattere regionale appare più significativa nella misura in cui sia rapportata al contesto più generale in cui è collocata, potendo in tal modo cogliere con maggiore pregnanza linee di tendenza comuni e peculiarità regionali. In tal senso il riferimento allo scenario nazionale ci pare, in qualche misura, obbligato. La scelta di considerare nell'analisi le Regioni del Nord Ovest nel loro complesso è dettata dalla considerazione delle tuttora rilevanti fratture esistenti tra Nord e Sud del Paese in ordine ai fondamentali indicatori socio economici e dunque dalla necessità di confrontare la Valle d'Aosta con realtà, almeno in parte, più omogenee.

Il Grafico 2.1 illustra l'andamento demografico tra il 1995 e il 2004 della Regione Valle d'Aosta, della ripartizione Nord-occidentale e dell'Italia nel suo complesso<sup>9</sup>. Se a livello nazionale e nelle stesse Regioni del Nord Ovest gli anni tra il 1995 e il 2001 si configurano come un periodo a crescita zero, la Valle d'Aosta segna un incremento limitato ma costante, quantificabile attorno all'1% per ogni triennio.

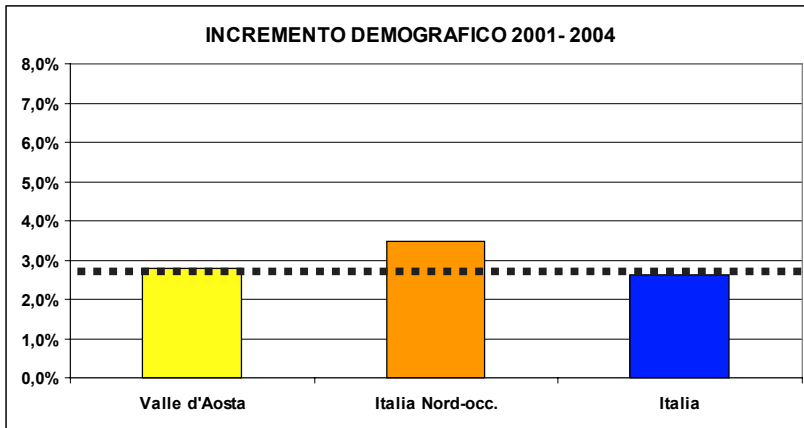
GRAFICO 2.1



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Ricostruzione intercensuaria della popolazione 1992-2001, Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 2.1 Allegato

<sup>9</sup> La popolazione residente nel 1995 è parificata a livello 100. Il grafico illustra gli incrementi e i decrementi rispetto a tale livello normalizzato registrabili rispettivamente dopo 3, 6 e 9 anni.

GRAFICO 2.2

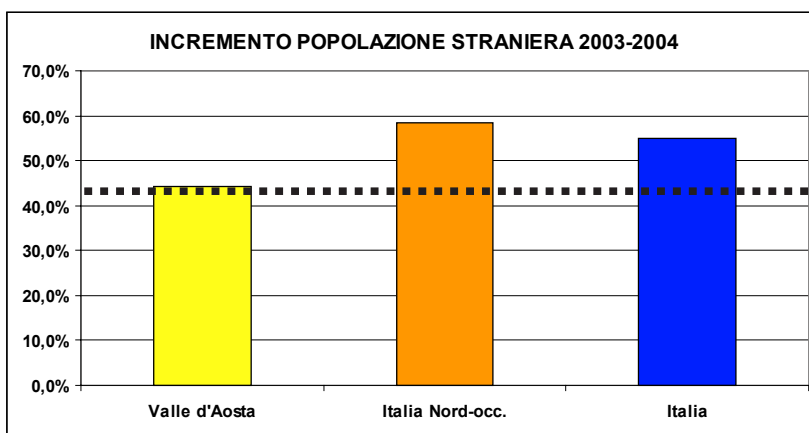


Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Ricostruzione intercensuaria della popolazione 1992-2001, Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 2.2 Allegato

Tra il 2001 e il 2004 si segnala, invece, in ciascuna delle aree considerate un incremento della popolazione piuttosto evidente. Come si può notare dal Grafico 2.2 le Regioni Nord-occidentali segnano un aumento del 3,5%, un po' più elevato rispetto a quello medio nazionale pari al 2,6% che è di poco superato dalla stessa Valle d'Aosta.

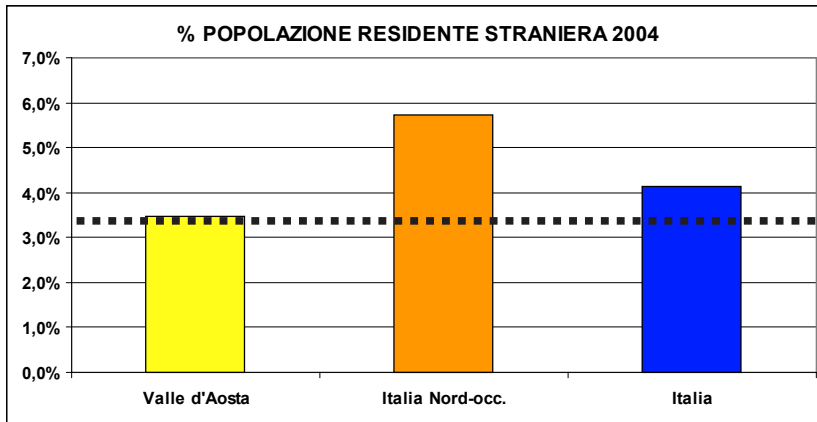
Tale incremento demografico che, dunque, riguarda in proporzioni maggiori le Regioni italiane più dinamiche sotto il profilo economico e occupazionale, appare in buona misura da legarsi all'incremento della popolazione straniera, anche per effetto dei provvedimenti di regolarizzazione delle situazioni di clandestinità adottati a livello nazionale in questo periodo. Il Grafico 2.3, del resto, evidenzia come nell'arco

GRAFICO 2.3



Fonte: nostra elaborazione dati Istat Cittadini stranieri. Popolazione residente al 01/01/2003 e al 31/12/2004; Cfr. Tab. 2.3 Allegato

GRAFICO 2.4



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Cittadini stranieri. Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 2.4 Allegato

del solo biennio 2003-2004 la popolazione straniera ufficialmente residente sul territorio nazionale abbia subito un incremento in termini relativi pari al 55%, con le Regioni del Nord Ovest che segnano nel loro complesso un incremento superiore al 58%. È peraltro da rimarcare come la Regione Valle d’Aosta negli stessi anni evidenzi un incremento della popolazione straniera inferiore alle Regioni contigue, per quanto in ogni caso pari a quasi il 45% delle presenze.

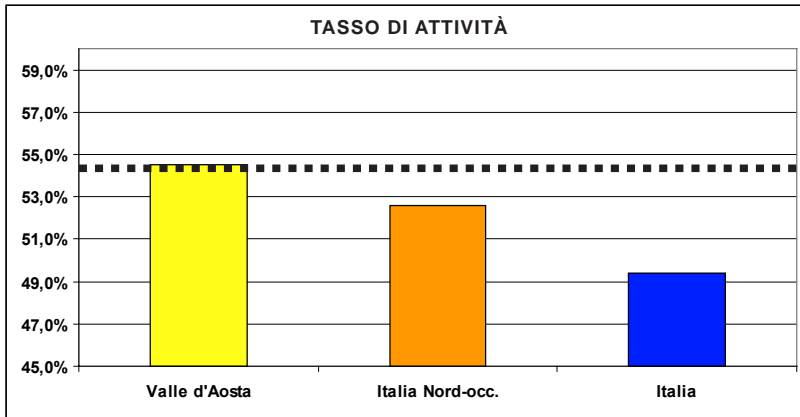
Anche in termini assoluti – come emerge dal Grafico 2.4 – la popolazione straniera residente in Valle d’Aosta – pari al 3,5% della popolazione complessivamente residente, rimane inferiore alla media delle Regioni Nord-occidentali – che vedono nel 2004 una quota di immigrati pari al 5,7% della popolazione – e, seppure di poco, alla media nazionale nel suo complesso, pari al 4,1%<sup>10</sup>.

Il mercato del lavoro regionale della Valle d’Aosta si caratterizza peraltro – come si evidenzia rispettivamente da parte del Grafico 2.5 e del Grafico 2.6 – per un tasso di attività e un tasso di disoccupazione complessivamente migliori rispetto alla media nazionale e alla stessa media della ripartizione del Nord Ovest.

Il tasso di attività nel 2004, calcolato in rapporto al complesso della popolazione residente, risulta, infatti, pari al 54,5%, superiore di quasi 2 punti percentuali rispetto alla media del Nord-Ovest e di poco più di 5 punti percentuali rispetto alla media nazionale. Il tasso di disoccupazione, pari al 3% nel 2004, risulta di 1,5 punti percentuali inferiore alla media del Nord-Ovest e di ben 5 punti percentuali inferiore alla media nazionale.

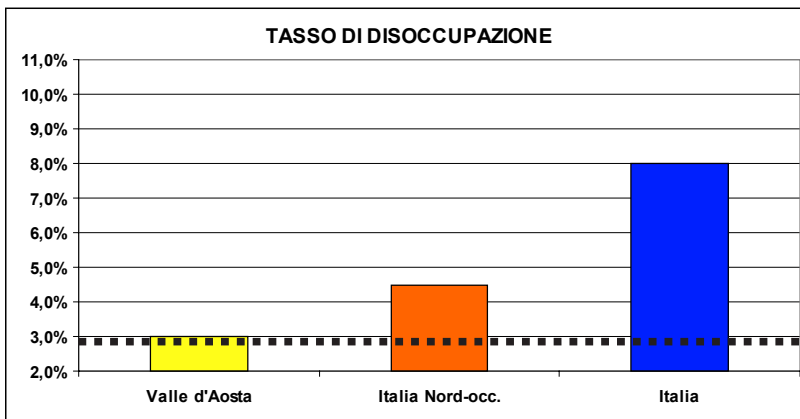
10 È necessario sottolineare che – almeno in via teorica – il più basso tasso di presenze di immigrati regolarmente residenti in Valle d’Aosta rispetto alla media del Nord-Ovest potrebbe essere in parte compensata da una presenza più elevata di immigrati irregolari, anche in virtù dell’offerta di lavoro stagionale che caratterizza il mercato del lavoro regionale. Al momento non sono tuttavia disponibili dati quantitativi in grado di stimare con precisione questo fenomeno.

GRAFICO 2.5



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Rilevazione forze lavoro-media 2004; Cfr. Tab. 2.5 Allegato

GRAFICO 2.6



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Rilevazione forze lavoro-media 2004; Cfr. Tab. 2.6 Allegato

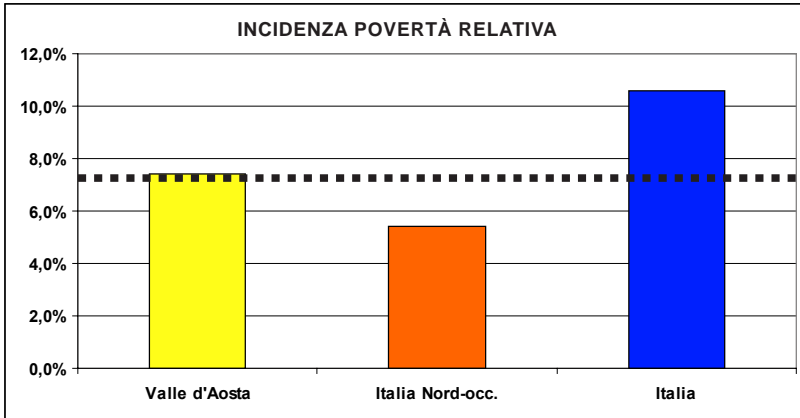
Se, alla luce di questi dati, il mercato del lavoro può considerarsi nel suo complesso piuttosto vivace e in buona salute, teoricamente non lontano da uno stadio di piena occupazione, non di meno una quota relativamente consistente di residenti vive in una condizione di relativa povertà.

Il Grafico 2.7 illustra l'incidenza della povertà relativa<sup>11</sup> registrata nel 2003. Come si può notare la Valle d'Aosta presenta una quota di *relativamente poveri* pari

11 Rientrano in questa categoria gli individui e le famiglie che abbiano accesso ad una spesa mensile inferiore ad una soglia relativa che varia in funzione del numero di componenti del nucleo familiare. Più in particolare si considera relativamente povera una famiglia di due persone con una spesa inferiore alla media pro-capite a livello nazionale.

al 7,4% della popolazione, in una posizione sostanzialmente intermedia tra il dato nazionale e il dato che fa riferimento alle Regioni del Nord Ovest. Va tuttavia considerato, come la media nazionale sia fortemente condizionata dall'incidenza della povertà relativa nelle Regioni meridionali che si colloca senza eccezioni al di sopra del 20% della popolazione. In tal senso il dato registrato della Valle d'Aosta si colloca tra i più elevati delle Regioni ad elevato sviluppo economico.

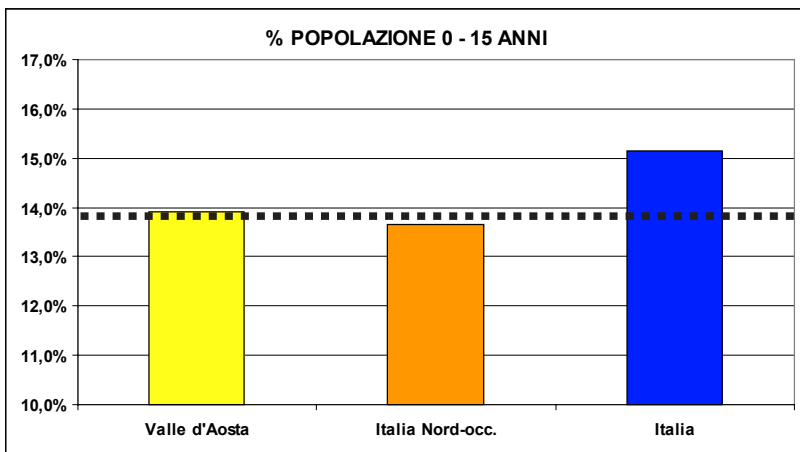
GRAFICO 2.7



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – “Statistiche in breve” – La povertà relativa in Italia 2003; Cfr. Tab. 2.7 Allegato

Considerando maggiormente nel dettaglio la composizione della popolazione, la Regione Valle d'Aosta – come messo in luce dal Grafico 2.8 – presenta una popolazione giovanile, di età inferiore ai 15 anni, sostanzialmente in linea con la media

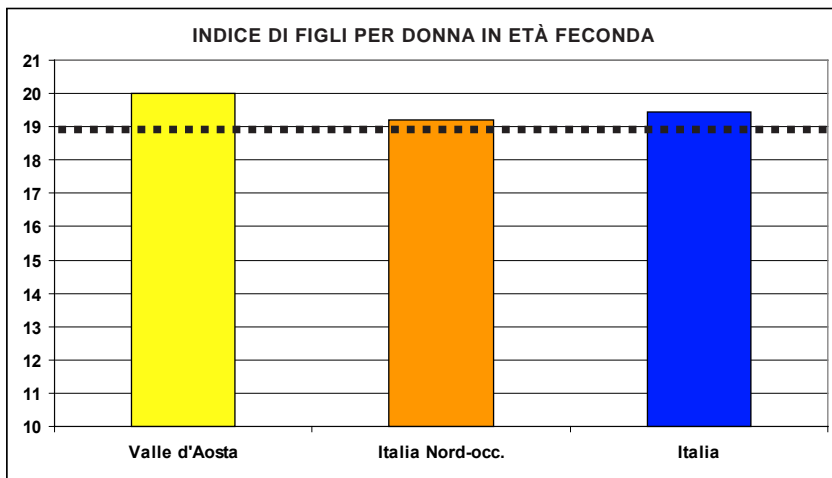
GRAFICO 2.8



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 2.8 Allegato

delle Regioni del Nord-Ovest (13,9% a fronte del 13,7%), inferiore di poco più di un punto percentuale alla media di carattere nazionale. Considerando invece, come nel Grafico 2.9, l'indice di figli per donna in età feconda, che corrisponde al rapporto tra la popolazione infantile minore o uguale ai 4 anni e le donne comprese tra i 15 e i 49 anni, emerge come negli ultimi anni la Valle d'Aosta presenti una quota maggiore di nascite, oltre che rispetto al Nord-Ovest, anche rispetto all'Italia nel suo complesso. Ogni 100 donne in età feconda infatti, si individuano in Valle d'Aosta 20 bambini di età inferiore ai 4 anni, a fronte di una media pari a 19,2 nella ripartizione Nord-occidentale e a 19,5 nel territorio nazionale.

GRAFICO 2.9



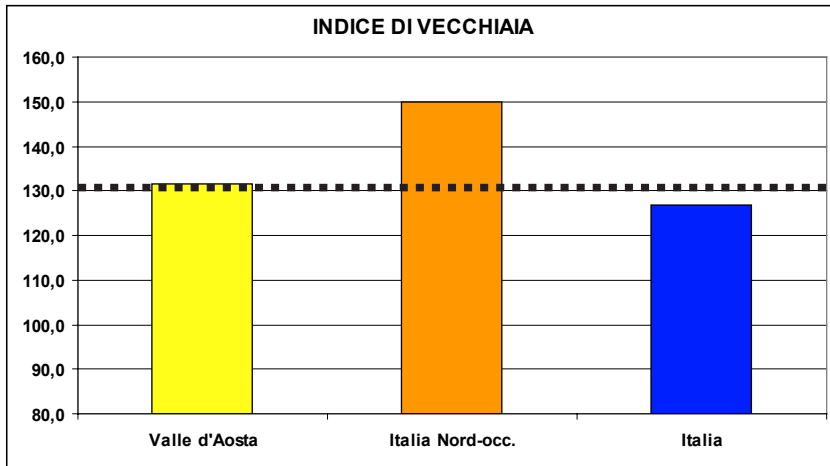
Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 2.9 Allegato

Quest'ultimo dato, in altre parole, sembra suggerire come la dinamica demografica crescente registrata tra il '95 e il 2004 sia da legare, oltre che all'incremento del numero di immigrati regolari – peraltro parzialmente inferiore alla media delle Regioni circostanti – ad un più sostenuto andamento delle nascite.

L'indice di vecchiaia – che rapporta il numero di ultra 65enni alla fascia di età compresa tra gli 0 e i 15 anni – conferma l'immagine della Valle d'Aosta in termini di Regione relativamente più giovane rispetto alle altre Regioni del Nord-Ovest e maggiormente in linea con l'andamento nazionale. Come si può notare dal Grafico 2.10, infatti, se in Valle d'Aosta sono presenti poco meno di 132 anziani ogni 100 giovani con meno di 15 anni, a fronte dei quasi 127 su base nazionale, nella media relativa alla ripartizione Nord-Occidentale l'indice si colloca poco al di sotto di 150.



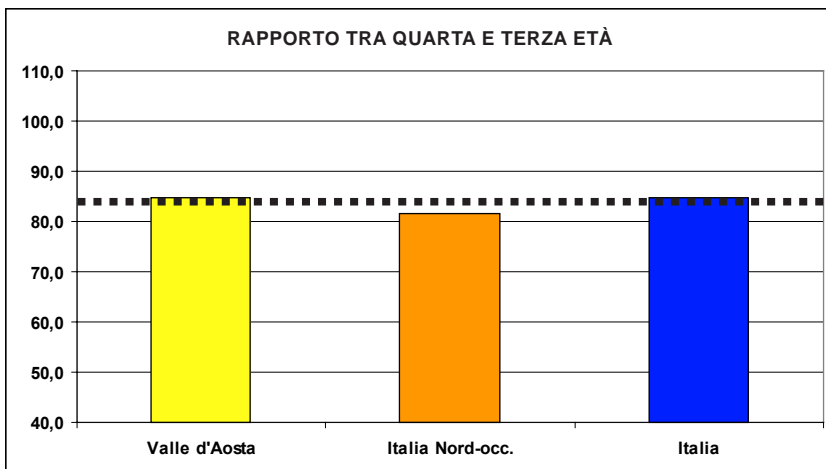
GRAFICO 2.10



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 2.10 Allegato

Tra gli anziani ultra 65enni è peraltro da sottolineare – come evidenziato dal Grafico 2.11 – una presenza piuttosto consistente dei *grandi anziani* o anziani della quarta età, con età uguale o superiore ai 75 anni che, come evidente, individuano la componente con maggiori bisogni potenziali di assistenza. Ogni 100 anziani con età inferiore ai 75 anni – generalmente individuati come appartenenti alla terza età – in Valle d’Aosta, infatti, sono presenti, sostanzialmente in linea con il dato nazionale, poco meno di 85 anziani della quarta età, a fronte di una media pari a 81,5 per la ripartizione Nord-occidentale nel suo complesso.

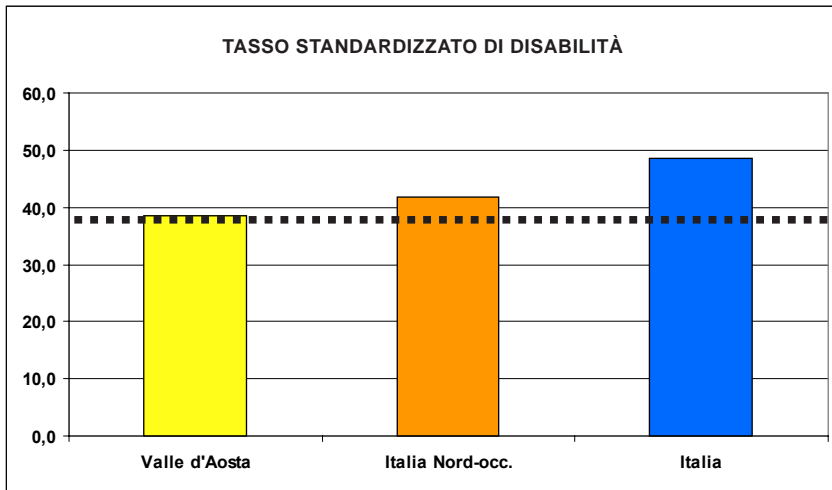
GRAFICO 2.11



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 2.11 Allegato

Il Grafico 2.12 illustra l'incidenza della popolazione disabile ogni 1000 abitanti, per come rilevata dall'Istat nel 2000. Come si può notare in Valle d'Aosta risiedono poco meno di 39 disabili ogni 1000 abitanti, un dato inferiore sia alla media nazionale – pari a oltre 48 disabili ogni 1000 abitanti – e, seppure non di molto, alla media del Nord- Ovest – che corrisponde a poco meno di 42 disabili ogni 1000 abitanti.

GRAFICO 2.12

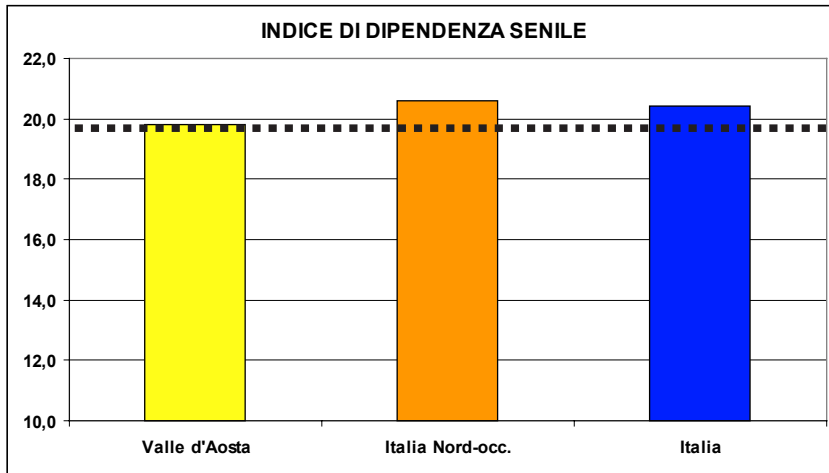


Fonte: nostra elaborazione dati aggiornati all'anno 2000 tratti da Direzione Politiche Sociali Servizio Disabili e Anziani, *La disabilità in Valle d'Aosta. Avvio di un registro regionale delle persone disabili*, 2005; Cfr. Tab. 2.12 Allegato

Si possono infine considerare due indicatori sintetici dei bisogni assistenziali di un territorio: l'indice di dipendenza senile e l'indice di carico sociale, rispettivamente illustrati dal Grafico 2.13 e dal Grafico 2.14. Il primo di essi rapporta il numero di anziani della quarta età – la categoria potenzialmente più bisognosa di assistenza – alla popolazione adulta tra i 30 e i 59 anni – ossia alla fascia di età potenzialmente in grado di assolvere a funzioni di assistenza e di cura. Il secondo, rapporta la quota di popolazione potenzialmente non attiva (adolescenti e bambini con età compresa tra 0 e 15 anni e anziani ultra 65enni) alla quota di popolazione potenzialmente attiva, compresa tra i 16 e i 65 anni.

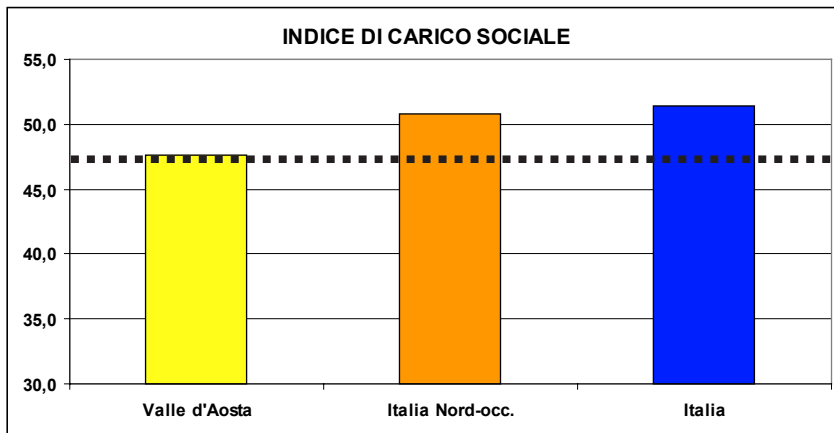
In entrambi i casi la regione Valle d'Aosta rileva un bisogno assistenziale un po' inferiore sia alla media nazionale sia alla media delle Regioni del Nord-Ovest. Le differenze non appaiono, in ogni caso, particolarmente marcate. In Valle d'Aosta, infatti, si individuano mediamente poco meno di 20 anziani ogni 100 adulti, contro una media di 20,6 nel Nord-Ovest e pari a 20,4 nel complesso del territorio nazionale; analogamente sono presenti poco meno di 48 tra minori con meno di 15 anni e anziani ogni 100 residenti con più di 16 anni, laddove nella ripartizione Nord-occidentale la media sale a 50,8 e sul territorio nazionale a 51,4.

GRAFICO 2.13



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 2.13 Allegato

GRAFICO 2.14



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 2.14 Allegato

In sintesi, dall'analisi dei dati quantitativa brevemente condotta, la Valle d'Aosta appare nel complesso come una Regione piuttosto dinamica nello stesso scenario del Nord Ovest che, come noto, costituisce una delle aree economicamente più avanzate del Paese.

Indicatori di questo dinamismo si possono sicuramente rintracciare nell'elevato tasso di attività e nel limitato tasso di disoccupazione, così come in una tendenza alla crescita demografica che, per quanto negli ultimi anni sia stata sicuramente condizionata analogamente alle Regioni contigue dai fenomeni migratori, sembra sostenersi anche endogenamente, in virtù di una quota di nascite un po' superiore alla media nazionale.

I carichi assistenziali connessi ad anziani, bambini ed adolescenti appaiono in ogni caso sostanzialmente in linea sia con la media nazionale che con quella del Nord Ovest. Infatti a carichi assistenziali un po' minori definiti dagli indicatori sintetici – indice di dipendenza senile e indice di carico sociale – fa da contrappeso una proporzione un po' maggiore di grandi anziani e bambini in età infantile. Un'attenzione peculiare, inoltre, è da riservare al tema della povertà relativa che, a dispetto delle performance positive del mercato del lavoro, riguarda una quota della popolazione sensibilmente superiore alla media delle Regioni Nord-occidentali.

## 2.2 Il quadro normativo regionale

Il quadro normativo in tema di *welfare* della Regione Autonoma Valle d'Aosta – in gran parte frutto di provvedimenti adottati a partire dai primi anni '90 – affronta tutte le fondamentali aree di bisogno che abbiamo individuato nel capitolo precedente, in generale, estendendo ed integrando le forme di tutela previste dalla legislazione nazionale e in alcuni casi anticipandone le scelte e le strategie.

La Tabella 2.1 propone uno schema sinottico dei fondamentali provvedimenti normativi e di piano che compongono tale quadro. Come si può notare, a nostro parere, è possibile aggregarli in due gruppi: *le leggi di sistema e i documenti di pianificazione dei servizi e le leggi che istituiscono forme di sostegno e contribuzione economica in rapporto a specifiche aree di bisogno oltre ai provvedimenti che definiscono le modalità di gestione dell'emergenza abitativa*. Per ciascuna di queste categorie forniamo di seguito una sintetica illustrazione delle fondamentali scelte adottate.

Per quanto riguarda le norme quadro, la Regione è intervenuta con la Legge 5/2000 a definire la struttura della programmazione sanitaria e sociosanitaria, oltre che l'organizzazione dell'Azienda Usl. In particolare la legge prevede l'approvazione di un Piano socio-sanitario regionale, mentre si individuano nei Distretti – articolazione territoriale dell'Azienda Usl – il luogo privilegiato per l'integrazione tra servizi sanitari e servizi di carattere sociale e assistenziale.

Il *Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008* – approvato nel giugno 2006 – ribadisce le competenze regionali in tema di programmazione, indirizzo operativo, coordinamento e controllo del sistema dei servizi, pone l'accento sull'integrazione sociosanitaria e prevede l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) in correlazione ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP). Pone inoltre particolare attenzione al processo di definizione dei Piani di Zona, da realizzarsi al livello distrettuale, proponendo linee guida di riferimento per il complessivo processo.

Il *Piano triennale di politica del lavoro e di formazione professionale 2004-2006*, approvato nel corso del 2004, integra le previsioni del Piano socio-sanitario definendo tra i suoi macroobiettivi il sostegno all'inclusione sociale mediante il lavoro da perseguire sia attraverso il rafforzamento delle competenze di persone disabili e/o in situazione di svantaggio sociale, sia attraverso l'erogazione di incentivi per le impre-

se, sia definendo specifici percorsi di integrazione lavorativa nell'ambito di progetti di pubblica utilità.

Parallelamente al sistema dei servizi definito dalle norme quadro e di piano, la Regione Valle d'Aosta ha progressivamente approvato un insieme di provvedimenti che istituiscono forme di sostegno economico per situazioni di particolare svantaggio.

Tab. 2.1 Il quadro normativo regionale

LEGGI/DELIBERAZIONI REGIONALI	OGGETTO
LEGGI QUADRO/PIANI REGIONALI	
Legge regionale N° 5/2000	<i>Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, organizzazione dell'azienda Usl, strutture e accreditamento, personale</i>
Legge regionale N° 13/2006	<i>Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008</i>
Deliberazione del Consiglio regionale n. 666/XII, 9 giugno 2004	<i>Piano triennale di politica del lavoro e di formazione professionale 2004-2006</i>
SOSTEGNO ECONOMICO ED EMERGENZA ABITATIVA	
Legge regionale n. 17/1984	<i>Interventi assistenziali ai minori – sussidi e contributi</i>
Legge regionale n. 22/1993	<i>Contributi per assistenza domiciliare e ricovero a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS</i>

Legge regionale n. 12/1994	<i>Contributi a favore di associazioni ed enti di tutela dei cittadini invalidi, mutilati e portatori di handicap</i>
Legge regionale n. 19/1994	<i>Norme in materia di assistenza economica – minimo vitale</i>
Legge regionale n. 9/1996	<i>Contributi a favore di istituti di patronato e di assistenza sociale operanti in Valle d'Aosta</i>
Legge regionale n. 44/1998	<i>Iniziative a favore della famiglia – assegno post-natale, voucher servizi, sostegno gestanti sole, sostegno per la cura di soggetti in difficoltà, progetti di auto aiuto</i>
Legge regionale n. 39/1995	<i>Normativa e criteri generali per l'assegnazione, la determinazione dei canoni e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica</i>
Legge regionale n. 36/1998	<i>Norme per la costituzione e il funzionamento del Fondo regionale per l'abitazione</i>
Deliberazione della Giunta Regionale n. 5004/2001	<i>Gestione dell'emergenza abitativa</i>

In questa breve rassegna ci pare necessario porre innanzitutto una particolare attenzione alla legge regionale 19/94 che istituisce una inedita forma di assistenza economica generalizzata ed universale – denominata *minimo vitale* – da riconoscere a tutti i residenti nella Regione – compresi stranieri, apolidi e altre categorie di soggetti legalmente residenti. La legge prevede inoltre interventi di carattere straordinario per i singoli o i nuclei famigliari che, pur possedendo un reddito annuo superiore al minimo vitale, si trovino in condizioni di bisogno contingente.

È da sottolineare come questa legge abbia anticipato la stessa sperimentazione

del Reddito Minimo di Inserimento, avviata dal Ministero delle Politiche sociali in un campione di Comuni nel corso della legislatura conclusasi nel 2001 e sospesa dal Governo nella legislatura successiva, a favore della sperimentazione, da avviarsi da parte delle Regioni, di uno strumento di sostegno al reddito, denominato Reddito di Ultima Istanza. In tale contesto si può senz'altro affermare come la Valle d'Aosta presenti con l'istituto del minimo vitale una delle esperienze di contrasto della povertà tra le più consolidate.

Ulteriori interventi di sostegno economico a singoli o famiglie sono previsti dalle seguenti leggi:

- Legge regionale 17/84: prevede contributi a favore di minori residenti in Valle d'Aosta per il pagamento di rette di collegi, convitti e comunità per minori, di rette per colonie e soggiorni climatici oltre a contributi per famiglie con minori in situazioni di difficoltà e per l'affidamento familiare.
- Legge regionale 22/93: prevede contributi a favore di persone anziane, portatori di handicap, alcooldipendenti, tossicodipendenti, persone infette da HIV o affette da AIDS per il pagamento delle rette di accoglienza in strutture residenziali o per l'assistenza domiciliare.
- Legge regionale 44/98: istituisce l'assegno post-natale per il sostegno dell'educazione e della cura dei bambini, i voucher per servizi, prevede interventi a sostegno delle gestanti sole, interventi a sostegno della cura di soggetti in difficoltà e il finanziamento di progetti sperimentali di auto aiuto gestiti da famiglie.
- Legge regionale 36/98: prevede un fondo regionale per il pagamento delle spese condominiali e di affitto da destinarsi agli assegnatari e agli aspiranti assegnatari di alloggi popolari oltre che alle famiglie di nuova formazione che abbiano subito un consistente decremento del reddito. Da segnalare inoltre come la Regione integra il Fondo nazionale per il sostegno alla locazione (art.11 Legge n. 431/1998) e ne cura l'erogazione attraverso bando annuale.

Interventi a sostegno di associazioni ed enti operanti in Valle d'Aosta sono inoltre previsti dalla legge regionale 12/94 – a favore di associazioni ed enti a tutela di cittadini invalidi e portatori di handicap – e dalla legge regionale 9/96 – a favore di Istituti di Patronato e di Assistenza Sociale.

La Tabella 2.2 illustra sinteticamente per ciascuna di esse la portata dell'impegno economico e, dove possibile, la quota di utenti assistita e il contributo medio per assistito.

Tab. 2.2 I contributi erogati nella Regione Valle d'Aosta

<b>LEGGE</b>	<b>DOMANDE/SPESA</b>
Legge regionale 19/94	Nel 2003 sono state accolte 260 domande con una spesa liquidata di 508.317 Euro, pari a una contribuzione media di 1.955 Euro annuali per ciascun assistito.
Legge regionale 17/84	Nel 2003 sono state presentate un totale di 1197 domande <sup>1</sup> . È stata liquidata una spesa di 1.480.672 Euro. Il 63,8% della spesa è stata destinata alla contribuzione per rette di collegi, il 19,2% alla contribuzione per rette di colonie, il 12,2% alla contribuzione per affidamenti familiari e il 4,8% a sussidi per famiglie.
Legge regionale 22/93	Nel 2003 sono state accolte 181 domande con una spesa liquidata di 1.819.578 Euro. Il 51% della spesa è stata destinata alla contribuzione per l'assistenza a domicilio – pari ad una media di 6.973 Euro annuali per assistito – il 49% alla contribuzione per il pagamento di rette in strutture residenziali – pari a 18.587 Euro annuali per assistito.
Legge regionale 44/98	Nel 2003 sono state accolte 1.639 domande per l'assegno post-natale per una spesa liquidata di 1.106.947 Euro – pari ad una media di 675 Euro per utente –, 8 domande di voucher servizi per una spesa liquidata di 2.886 Euro – pari ad una media di 361 Euro per utente – 2 domande per interventi a sostegno di gestanti sole per una spesa liquidata di 5.038 Euro – pari ad una media di 2.519 Euro per utente – 1 domanda per interventi a sostegno della cura di soggetti in difficoltà per una spesa di 1.602 Euro e 1 domanda per il finanziamento di un progetto di auto aiuto per una spesa di 5.720 Euro.



Fondo nazionale per il sostegno alla locazione (art. 11 legge n. 431/1998)	Nel 2004 il fondo impegnato è stato pari a 961.246 Euro. Il 56,1% del fondo è costituito da un finanziamento statale, il restante 43,9% è frutto, per una metà, di un finanziamento della Regione e per l'altra metà di un finanziamento di Comuni e dell'Arer. Le domande ammesse sono state 549 per un contributo medio pari a 1.751 Euro annuali.
Fondo regionale – Legge regionale 36/98	Nel 2003 il fondo impegnato è stato pari a 250.000 Euro. Sono state accolte tutte le 168 domande presentate. La rimanente disponibilità è stata destinata all'integrazione del Fondo nazionale per il sostegno alla locazione (art.11 Legge 431/98)
Legge regionale 12/94	Nel 2004 risulta impegnata una spesa di 30.000 Euro.
Legge regionale 9/96	Nel 2002 risulta impegnata una spesa di 60.000 Euro.

Fonte: nostra elaborazione dati tratti dal *Primo Rapporto* dell'Osservatorio per le politiche sociali della Regione Valle d'Aosta, dal *2° Rapporto regionale sulla tipologia dei richiedenti il contributo del Fondo per il sostegno alla locazione* curata dall'Arer della Valle d'Aosta e rilevati direttamente presso il Servizio edilizia residenziale della Regione Valle d'Aosta

A completamento del quadro sin qui delineato è necessario porre attenzione alle modalità di gestione dell'emergenza abitativa.

La legge regionale 39/95 prevede la possibilità di riservare alloggi per far fronte a situazioni di emergenza abitativa. La Deliberazione della Giunta regionale 5004/2001 definisce le modalità di presentazione delle domande ed i criteri per l'assegnazione degli alloggi riservati. In particolare le domande sono da istruirsi da parte del Comune di residenza del richiedente, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, e da presentarsi al Servizio edilizia residenziale pubblica della Regione che, verificata la completezza delle documentazione, la sottopone all'esame di una specifica Commissione.

È da sottolineare come la procedura dell'emergenza abitativa “*sia circoscritta a situazioni estreme alle quali non sia possibile far fronte con gli strumenti ordinari*”<sup>12</sup> e come possa riferirsi unicamente:

- a situazioni di particolare disagio sociale rilevato dall'assistente sociale unito ad una disponibilità di reddito insufficiente secondo parametri definiti dalla Regione oltre che alla esecuzione di sentenza di sfratto o di altra sentenza di rilascio dell'abitazione o alla condizione di residente senza fissa dimora;
- a nuclei con la presenza di portatori di handicap che si trovino in una situazione abitativa precaria o disagiata, da rilevarsi da parte dei servizi territoriali e che dispongano di redditi inadeguati in base ai parametri regionali.

Tra il 1998 e il 2004 le assegnazioni di alloggi per emergenza abitativa sono state complessivamente 128. Al dicembre 2005 risultavano inseriti nella graduatoria dei casi accolti dalla Commissione regionale e in attesa di assegnazione per emergenza abitativa un totale di 25 nuclei famigliari, di cui 12 riguardanti famiglie con la presenza di portatori di handicap<sup>13</sup>.

### 2.3 La mappa regionale dei servizi

Seguendo il modello elaborato nel corso del primo capitolo, la Figura 2.2 presenta una mappa del sistema dei servizi sociali della Regione Valle d'Aosta, distinguendo quattro aree fondamentali di bisogno assistenziale: i minori (inseriti in nuclei famigliari o al di fuori), gli anziani (inseriti in nuclei famigliari o soli), le persone non autosufficienti (portatori di handicap e/o anziani, inseriti in nuclei famigliari o soli), le condizioni di povertà e di disagio socio economico più generali.

---

12 Deliberazione della Giunta Regionale n. 5004/2001, *Gestione dell'emergenza abitativa*, Allegato A.

13 Questi dati hanno come fonte il Servizio edilizia residenziale della Regione Valle d'Aosta.

Di seguito per ciascuna di queste aree proponiamo una breve illustrazione delle linee di servizio e delle modalità di sostegno previste per il complesso del territorio regionale. Citeremo inoltre gli interventi di contribuzione economica già illustrati nel corso del precedente paragrafo.

Per quanto riguarda i servizi di accudimento rivolti alla prima infanzia il territorio regionale risulta coperto da una rete composta oltre che dagli asili nido, da linee di servizio innovative e maggiormente flessibili quali tate famigliari, garderie d'enfance e nidi aziendali. Attualmente risultano presenti nel complesso della Regione 13 asili nido, 27 tate famigliari, 8 garderie d'enfance e 2 nidi aziendali<sup>14</sup>.

L'Assistenza Domiciliare Educativa, l'affido famigliare e le adozioni sono servizi gestiti su tutto il territorio regionale da parte del Servizio Sociale Professionale in integrazione con i servizi socio-sanitari distrettuali.

Più in particolare l'Assistenza Domiciliare Educativa ha come obiettivo il supporto dei minori compresi tra gli 0 e i 15 anni e delle loro famiglie che si trovino in condizioni di difficoltà socio-culturale. Il servizio di affido si configura come un servizio integrativo al nucleo famigliare, ed è finalizzato a salvaguardare la continuità e la qualità del rapporto tra il minore e la famiglia, la scuola e le altre agenzie di socializzazione, garantendo al contempo il diritto del minore alla permanenza in famiglia. È realizzato ricorrendo alla disponibilità di nuclei famigliari affidatari per attività di accoglienza temporanea oltre che di sostegno e confronto con la famiglia di origine. Il servizio di sostegno alle adozioni ha come obiettivo la piena integrazione del minore nel nucleo famigliare di destinazione.

In rapporto al 2004 sul complesso della Regione risultavano 82 minori in carico al servizio di assistenza Domiciliare Educativa, 36 minori affidati e 10 adottati<sup>15</sup>.

Sul territorio regionale sono inoltre presenti due Comunità per minori che accolgono minori in stato di abbandono in attesa dell'eventuale rientro in famiglia, piuttosto che dell'affidamento o dell'adozione presso altre famiglie. Da ricordare inoltre le forme di sostegno economico a favore di minori e famiglie già descritte, garantite dalla Legge regionale 17/84 e dalla Legge Regionale 44/98.

In termini non omogenei sul territorio regionale – e in generale gestiti da Comuni o Comunità Montane – sono presenti punti gioco per bambini sotto i 3 anni – che richiedono l'accompagnamento di un adulto – e ludoteche per bambini e adolescenti. Risultano attualmente attivi un totale di 3 punti gioco e di 8 ludoteche<sup>16</sup>.

Da segnalare infine la presenza di un Consultorio per adolescenti e di un Punto di orientamento per scelte in ambito scolastico e professionale che, collocati nel Comune di Aosta, si rivolgono potenzialmente a tutta l'utenza regionale.

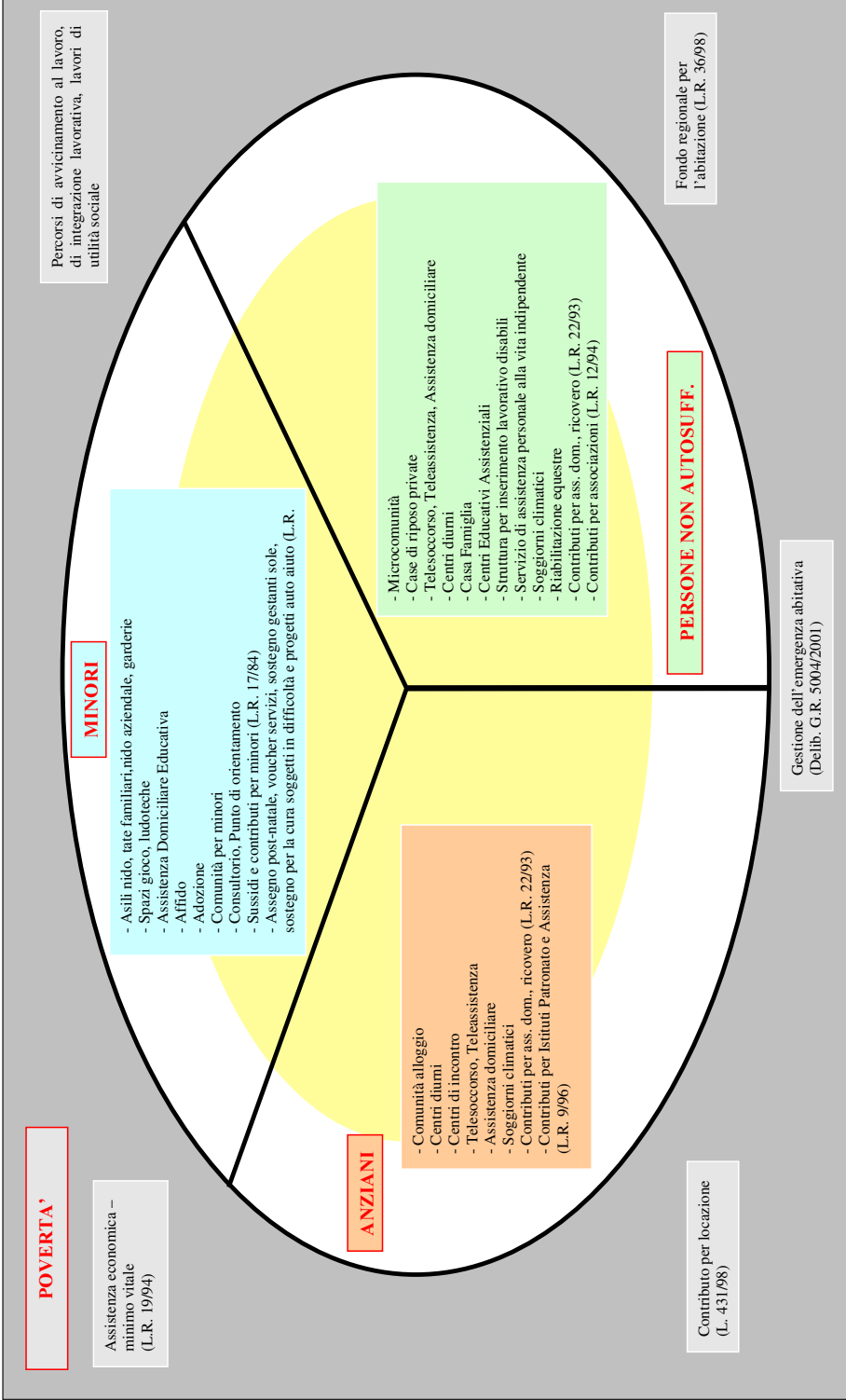
---

14 Fonte: sito ufficiale della regione Valle d'Aosta, [www.regione.vda.it/servizisociali/minori.it](http://www.regione.vda.it/servizisociali/minori.it)

15 Fonte: Osservatorio per le politiche sociali, *Primo rapporto*, 2005

16 Fonte: sito ufficiale della regione Valle d'Aosta, <http://notes2.regione.vda.it/DBWeb/ORIA/nuovamappaserv.nsf/ServiziITaxTipologia?OpenForm>

FIGURA 2.2 La mappa del sistema regionale dei servizi sociali



Per quanto riguarda anziani e persone non autosufficienti sono garantiti su tutto il territorio regionale il servizio di telesoccorso, di teleassistenza e di assistenza domiciliare. Il telesoccorso e la teleassistenza assicurano il servizio 24 ore su 24, garantendo interventi tempestivi in caso di bisogno. L'assistenza domiciliare ha lo scopo di garantire le condizioni indispensabili per la permanenza delle persone nel proprio ambiente familiare e sociale e consiste in interventi realizzati da personale professionale volti alla tutela igienico-sanitaria della persona e dell'alloggio di residenza e nei casi di necessità possono inoltre essere integrati con gli interventi sanitari.

Considerando le strutture residenziali rivolte ad anziani non autosufficienti sono presenti 32 strutture tra microcomunità, case di riposo pubbliche e private convenzionate, mentre le case di riposo private sono 8. Sono inoltre presenti 3 Comunità alloggio per persone che pur non potendo più permanere, in via transitoria o definitiva, al proprio domicilio sono dotate di un adeguato livello di autonomia. In genere contigui alle strutture di carattere residenziale sono attivi Centri diurni, con una disponibilità rilevata nel 2004 pari a 131 posti<sup>17</sup>.

Per quanto riguarda gli anziani il panorama regionale è completato dai Centri di incontro, dai soggiorni climatici e altre iniziative di carattere locale.

In peculiare rapporto ai portatori di handicap, è presente in Valle d'Aosta una Casa Famiglia – che nel 2004 ospitava a livello residenziale 6 persone, oltre ad offrire servizi di carattere diurno – 4 Centri Educativi Assistenziali che svolgono attività diurne di supporto alla socializzazione e di sostegno delle famiglie – nel corso del 2004 hanno accolto 61 utenti – e una struttura per l'inserimento lavorativo dei disabili – nel corso del 2004 ha preso in carico 7 utenti. È inoltre da segnalare il servizio di assistenza personale alla vita indipendente che affianca gli utenti per una certa quota di ore in attività di socializzazione al di fuori della propria abitazione – nel corso del 2004 ha avuto in carico 14 persone. Completano il quadro sei servizi di riabilitazione equestre – che ha coinvolto 36 persone nel 2004 – e i soggiorni climatici<sup>18</sup>.

Sia in rapporto ad anziani che alle persone non autosufficienti sono da ricordare le forme di sostegno economico a favore di singoli, associazioni od enti già descritte, garantite dalla legge regionale 22/93, dalla legge Regionale 12/94 e dalla legge regionale 9/96.

Il quadro dei servizi sociali sin qui delineato va inoltre integrato con gli interventi di contrasto alle situazioni di povertà e disagio sociale generalizzato. Come emerge dalla mappa quest'area di bisogni è presidiata dalle politiche regionali ricorrendo ai seguenti filoni di azione:

- l'erogazione del minimo vitale, per come previsto dalla legge regionale 19/94;

---

<sup>17</sup> Fonte: Osservatorio per le politiche sociali, *Primo rapporto*, 2005

<sup>18</sup> Fonte: Osservatorio per le politiche sociali, *Primo rapporto*, 2005

- l'erogazione dei contributi per la locazione previsti dal Fondo regionale – istituito con la legge regionale 36/98 – oltre che dei contributi del Fondo nazionale integrati da Regione, Enti locali e Agenzia Regionale per l'Edilizia Residenziale;
- le misure per la gestione dell'emergenza abitativa;
- le misure e gli interventi previsti dal *Piano triennale di politica del lavoro e di formazione professionale 2004-2006* per l'inclusione sociale mediante il lavoro.

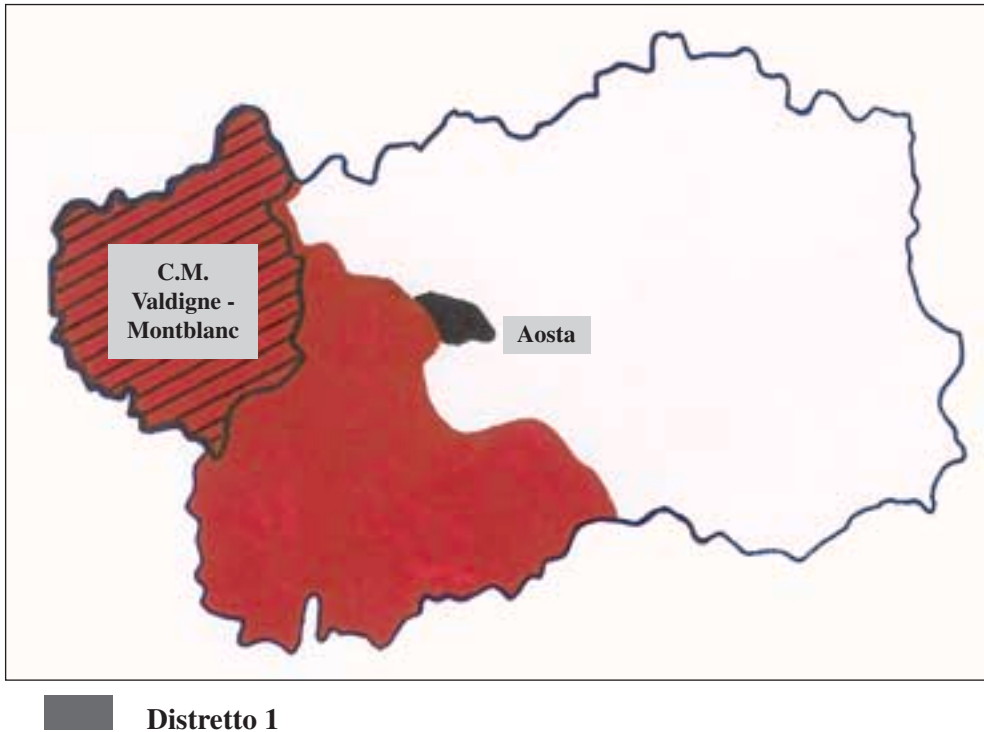
### 3. *Il sistema di welfare locale della comunità montana Valdigne-Mont Blanc*

#### 3.1 *La comunità montana Valdigne-Mont Blanc: popolazione e contesto economico*

Nei capitoli precedenti abbiamo proposto una rappresentazione sinottica del sistema dei servizi sociali sia nel suo impianto nazionale che nella sua declinazione al livello della Valle d'Aosta, contestualizzando quest'ultimo inoltre nello scenario economico e sociale della Regione. Più in particolare la mappa regionale dei servizi pone una particolare attenzione alla pluralità di linee di servizio e interventi, a varia natura assistenziali, presenti in termini sostanzialmente uniformi sul territorio regionale, o comunque rivolti all'insieme della popolazione valdostana, mentre, con ogni evidenza, non è in grado di restituire compiutamente le peculiarità di ciascuno dei sottosistemi territoriali che compongono la Regione.

In questo capitolo conclusivo – in coerenza con gli obiettivi della nostra ricerca – volgiamo uno sguardo di dettaglio ad uno di questi sottosistemi: la Comunità Montana *Valdigne-Montblanc* (di seguito C.M. *Valdigne*). Approfondendone in primo luogo le caratteristiche economiche e demografiche e illustrandone secondo un'ottica comparata con il complesso della Regione i principali indicatori di bisogno assistenziale. In secondo luogo, ricostruendo il sistema di offerta di servizi e delle strutture residenziali di assistenza effettivamente presenti sul territorio per poi relazionare in merito a progetti delle amministrazioni e priorità percepite per come emerse nel corso delle interviste condotte ai testimoni privilegiati che abbiamo coinvolto nell'indagine.

FIGURA 3.1 La collocazione della C.M. Valdigne e del Distretto 1 nella Valle d'Aosta



Come si può notare dalla Figura 3.1, la C.M. *Valdigne* copre l'area nord occidentale della Regione Valle d'Aosta, insistendo sul territorio del Distretto 1 dell'Azienda Usl, che comprende anche una seconda Comunità Montana – la C.M. *Grand Paradis*.

Al 31 dicembre 2004 la C.M. *Valdigne* risulta composta da 8636 residenti, così distribuiti: 2979 abitanti a Courmayeur, 1985 a La Salle, 766 a La Thuile, 1938 a Morgex, 968 a Pré-Saint-Didier.

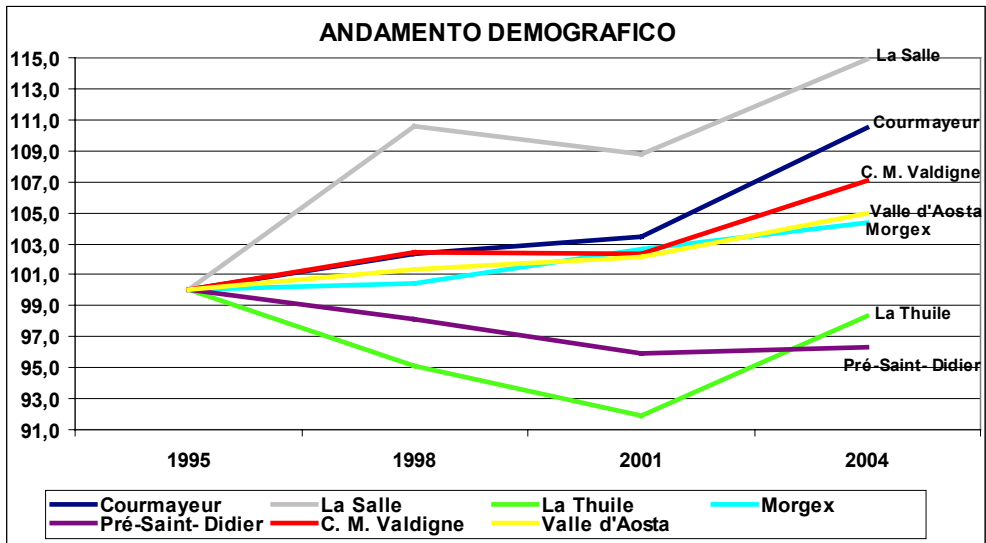
Il Grafico 3.1 illustra l'andamento demografico tra il 1995 e il 2004 di ciascuno dei 5 Comuni e della Comunità Montana, in comparazione con l'andamento regionale<sup>19</sup>. Come si può notare se tra il '95 e il 2001 sia la Regione Valle d'Aosta che la C.M. *Valdigne* segnano un lieve incremento – di circa il 2% – della popolazione residente, tra il 2001 e il 2004 l'incremento demografico appare più marcato.

A livello comunale si registrano significative differenze. Nei primi 6 anni del periodo preso in considerazione, a fronte del Comune di La Salle che vive una crescita

<sup>19</sup> La popolazione residente nel 1995 in ciascun Comune, nella Comunità Montana nel suo complesso e nella Regione Valle d'Aosta è parificata a livello 100. Il grafico illustra gli incrementi e i decrementi rispetto a tale livello normalizzato registrabili rispettivamente dopo 3, 6 e 9 anni.

demografica superiore alla media regionale, Courmayeur e Morgex hanno un andamento molto simile alla Regione nel suo complesso, mentre La Thuile e Pré-Saint-Didier vivono una fase di decremento.

GRAFICO 3.1



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Ricostruzione intercensuaria della popolazione 1992-2001, Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 3.1 Allegato

Negli ultimi 3 anni, come è evidenziato dal Grafico 3.2, la C.M. *Valdigne* ha vissuto un incremento demografico – pari al 4,7% – superiore alla media regionale (2,8%) che, in varia misura, ha riguardato tutti i Comuni. La Salle e Courmayeur si configurano come i Comuni che ad un elevato tasso di crescita negli ultimi anni affiancano una crescita netta di popolazione tra il '95 e il 2004 compresa tra il 10% e il 15%. Morgex, pur registrando nell'ultimo periodo una crescita decisamente più bassa rispetto alla media, evidenzia una crescita in termini assoluti di oltre il 4% nell'arco del decennio. La Thuile evidenzia una significativa crescita negli ultimi 3 anni che colma parzialmente la decrescita del periodo precedente, segnando nel 2004 un decremento netto di popolazione rispetto al 1995 di poco meno del 2%. Pré-Saint-Didier, pur segnando un lieve incremento demografico dopo il 2001, evidenzia un decremento netto di popolazione di quasi il 4%.

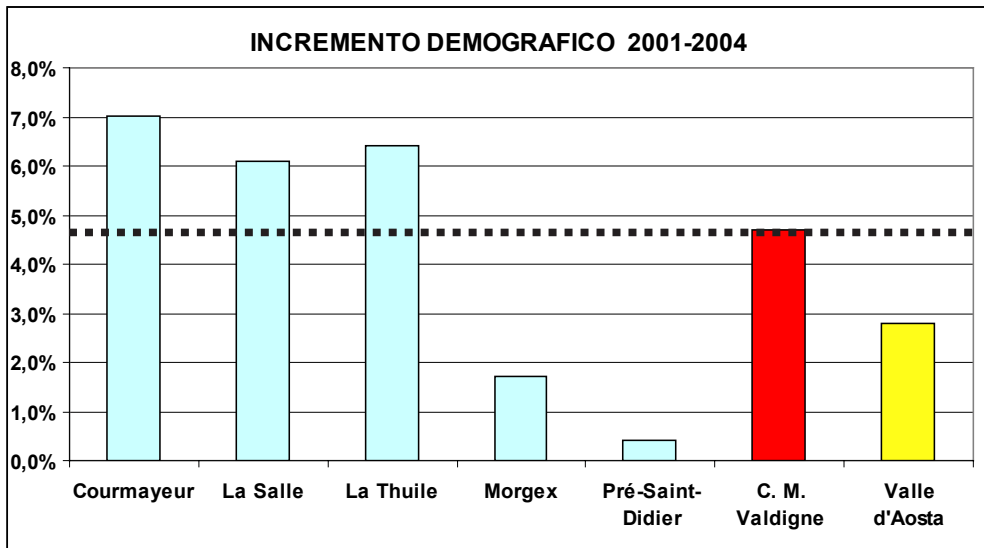
Sotto il profilo occupazionale i dati Istat del Censimento 2001 segnalano come la C.M. *Valdigne* presenti sia un tasso di attività che un tasso di disoccupazione superiore alla media regionale, come si può notare rispettivamente dai Grafici 3.3 e 3.4<sup>20</sup>.

20 Per poter realizzare un raffronto tra tassi di attività e tassi di disoccupazione tra i Comuni della *Valdigne* e la Regione nel suo complesso è stato necessario ricorrere ai dati del Censimento del



Questo fenomeno appare, almeno in parte, da ricondurre alla particolare struttura demografica del territorio che, come avremo modo di appurare di seguito, appare mediamente più giovane rispetto alla Valle d'Aosta nel suo complesso.

GRAFICO 3.2

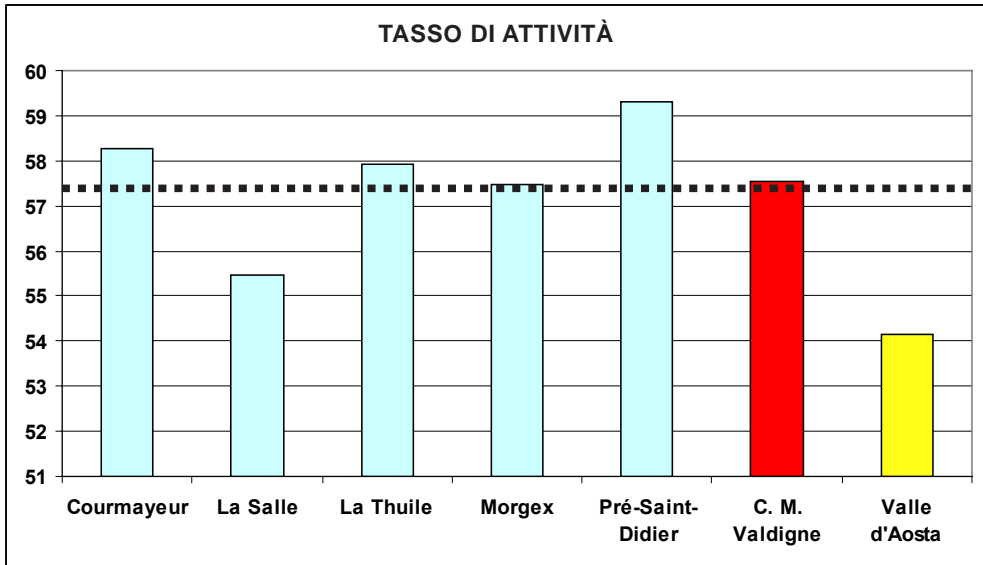


Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Ricostruzione intercensuaria della popolazione 1992-2001, Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 3.2 Allegato

Il Grafico 3.5 scompone gli occupati per attività di riferimento. Come si può notare da un'attenta considerazione dei dati, la C.M. Valdigne si caratterizza in particolare modo rispetto al contesto regionale per l'elevato grado di assorbimento occupazionale del settore alberghiero e della ristorazione: il 14,9% degli occupati lavorano in questo settore a fronte dell'8% a livello regionale. Più in particolare La Thuile, con il 21,5% degli occupati, Courmayeur con il 18,8% e Pré-Saint-Didier con il 17,3% individuano i Comuni a più alta concentrazione in questo ambito occupazionale. Morgex e La Salle, pur presentando livelli occupazionali superiori alla media regionale nel settore alberghiero, si caratterizzano all'interno della Comunità Montana per le attività di carattere industriale (che assorbono rispettivamente il 27,6% e il 26,8% degli occupati) e, in particolare La Salle, per le attività legate all'agricoltura, presentando un grado occupazionale dell'8,5%, pressoché doppio rispetto alla media regionale.

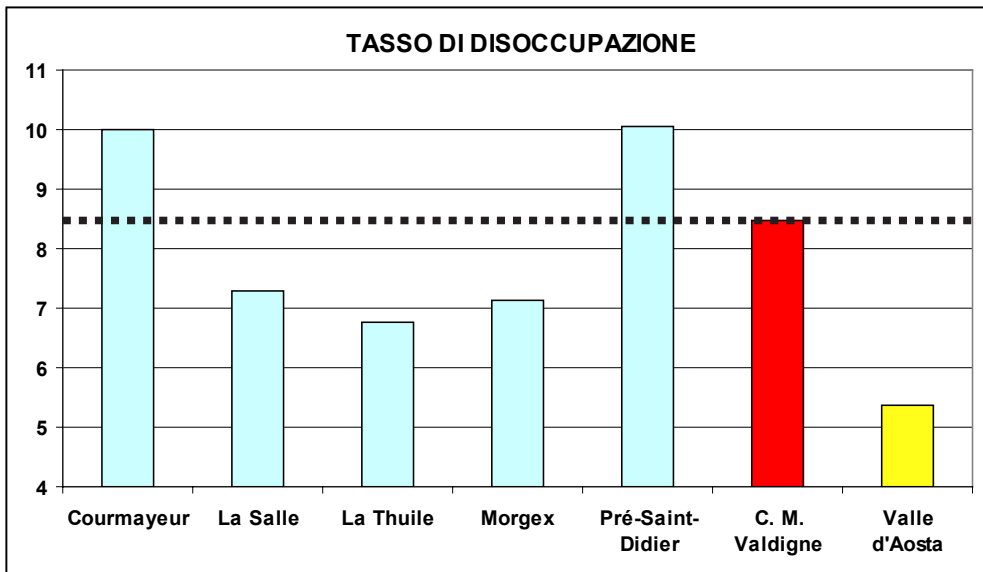
2001, non essendo disponibili altre rilevazioni più recenti che disaggreghino i dati su base comunale. I valori presentati sono quindi, in termini assoluti, superati, per quanto possano essere ugualmente utili per una lettura comparata.

GRAFICO 3.3



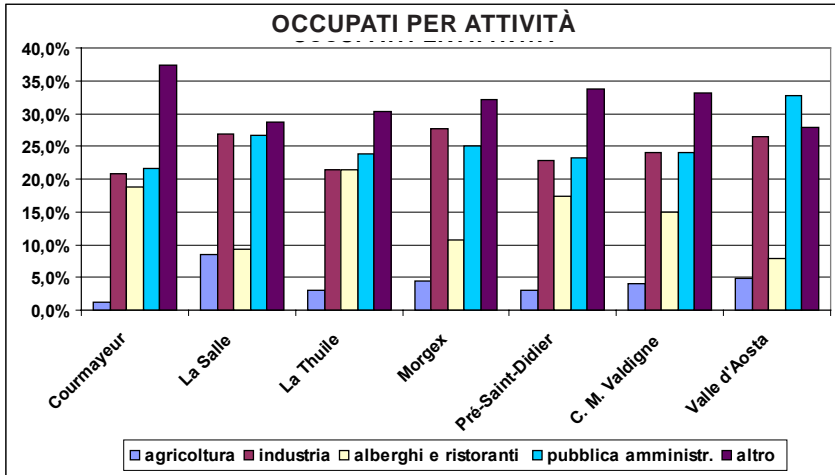
Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Censimento 2001; Cfr. Tab. 3.3 Allegato

GRAFICO 3.4



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Censimento 2001; Cfr. Tab. 3.4 Allegato

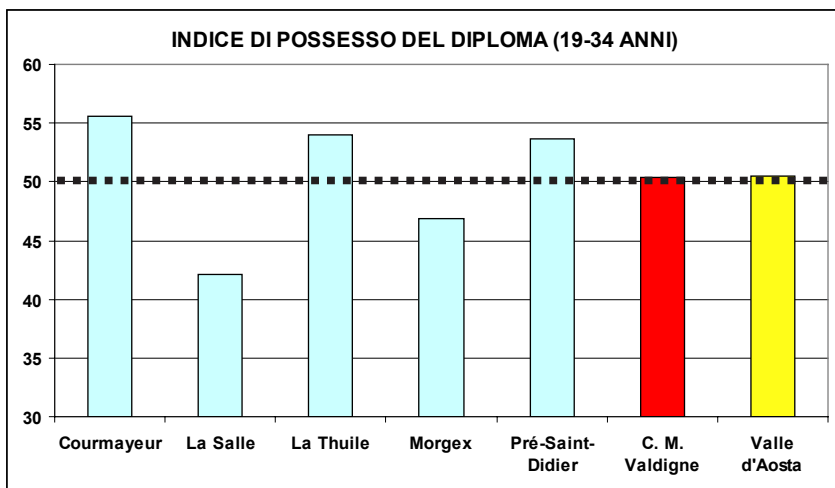
GRAFICO 3.5



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Censimento 2001; Cfr. Tab. 3.5 Allegato

In conclusione a questa breve introduzione dello scenario socio-economico, il Grafico 3.6 evidenzia come circa il 50% dei giovani tra i 19 e i 34 anni residenti nella C.M. Valdigne abbia conseguito il diploma di scuola media superiore, analogamente alla media regionale. A livello comunale emergono tuttavia alcune differenze: se i giovani di Courmayeur, La Thuile e Pré-Saint-Didier evidenziano un grado di conseguimento del diploma superiore alla media, i giovani di La Salle e Morgex si collocano al di sotto di essa.

GRAFICO 3.6



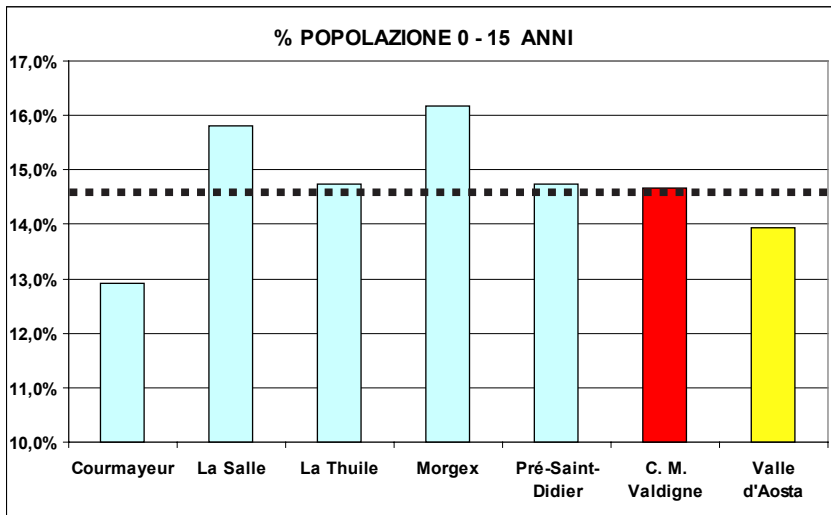
Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Censimento 2001; Cfr. Tab. 3.6 Allegato

### 3.2 Gli indicatori di bisogno assistenziale

#### Prima infanzia, adolescenti e giovani

La C.M. Valdigne nel suo complesso presenta una struttura della popolazione in cui le fasce giovanili hanno un peso un po' maggiore rispetto alla media regionale, per quanto emergano significative differenze a livello comunale. Come si può notare dal Grafico 3.7, infatti, se il 14,7% della popolazione della Comunità Montana ha un'età inferiore o uguale ai 15 anni a fronte del 13,9% a livello regionale, il Comune di Morgex e di La Salle (rispettivamente con il 16,2% e il 15,8%) si configurano come i Comuni con il numero maggiore di adolescenti e bambini, Courmayeur (con il 12,9%) il Comune con il tasso minore e inferiore alla stessa media regionale.

GRAFICO 3.7



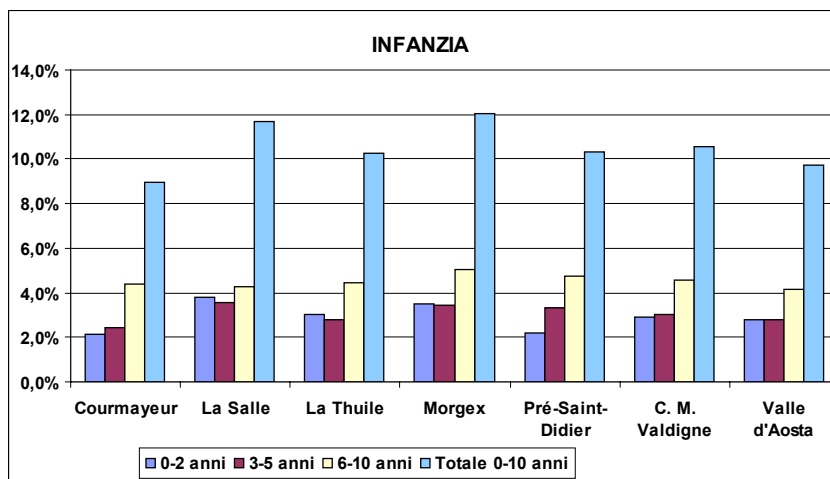
Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.7 Allegato

Entrando maggiormente nel dettaglio, il Grafico 3.8 considera la fascia di età compresa tra gli 0 e i 10 anni, distinguendo tra prima infanzia (0-2 anni), infanzia prescolare (3-5 anni) e infanzia scolare (6-10 anni), mentre il Grafico 3.9 fornisce una rappresentazione dell'indice di figli per donna in età feconda<sup>21</sup>. Dall'analisi congiunta dei due grafici emerge come la C.M. Valdigne presenti una quota leggermente maggiore di bambini in ciascuna delle fasce di età, così come un indice di figli per donna superiore rispetto alla media regionale. A livello comunale La Salle presenta

<sup>21</sup> Corrisponde al rapporto tra la popolazione infantile minore o uguale ai 4 anni e le donne comprese tra i 15 e i 49 anni.

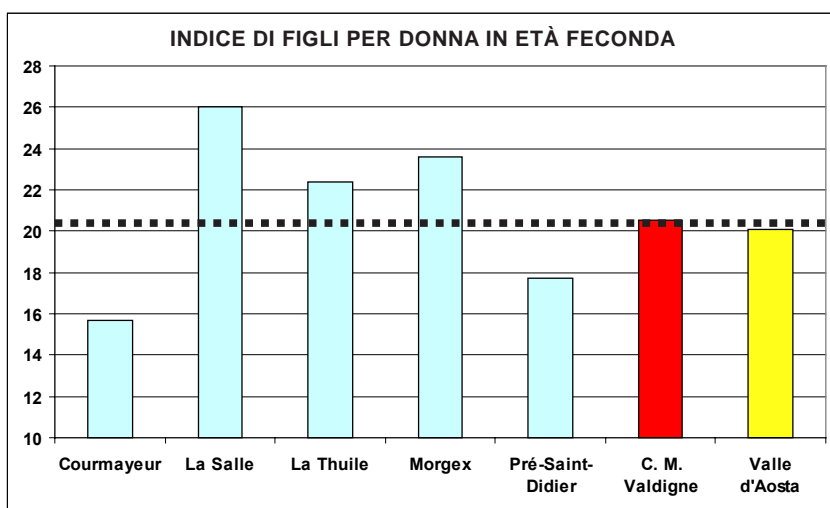
una quota di popolazione inferiore ai 5 anni e un indice di figli per donna significativamente superiore alla media della Comunità Montana, confermando la tendenza alla crescita già evidenziata ricostruendo l'andamento demografico complessivo tra il 1995 e il 2004. Anche Morgex e, in misura minore, La Thuile evidenziano una simile tendenza. Courmayeur e Pré-Saint-Didier, invece, hanno una popolazione compresa tra gli 0 e i 2 anni e un indice di figli per donna inferiore alla media.

GRAFICO 3.8



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.8 Allegato

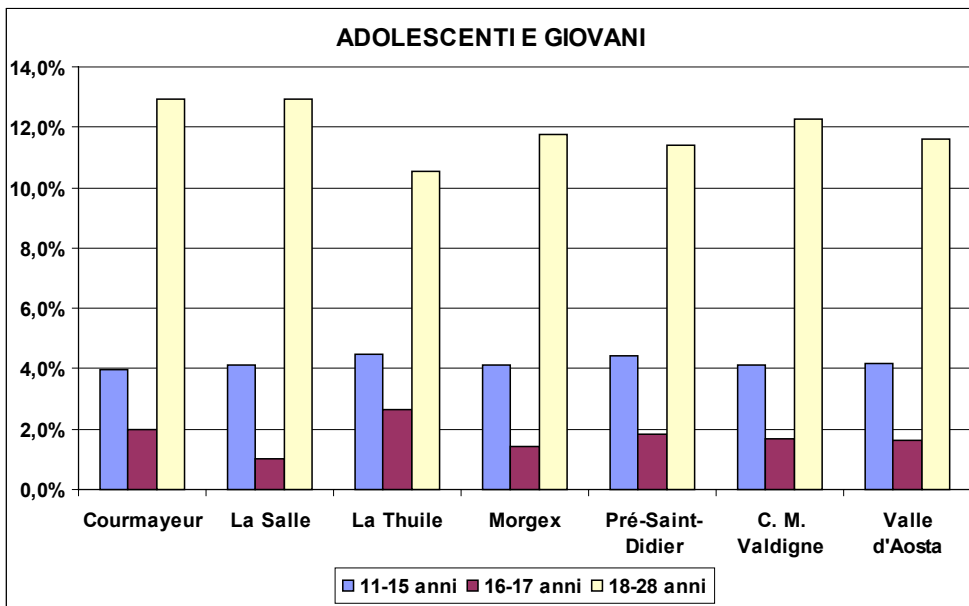
GRAFICO 3.9



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.9 Allegato

Il Grafico 3.10 considera la popolazione compresa tra gli 11 e i 28 anni, distinguendo tra pre-adolescenza (11-15 anni), adolescenza (16-17 anni) e giovani adulti in età lavorativa (18 - 28 anni). Gli scostamenti più significativi rispetto alla media regionale riguardano quest'ultima fascia di età di cui la C.M. Valdigne rileva una quota pari al 12,3% a fronte dell'11,6% medio a livello regionale. La Salle con il 13% e Courmayeur con il 12,9% individuano i Comuni con la quota più elevata di giovani adulti, a fronte di La Thuile che è il Comune che ne presenta la quota minore.

GRAFICO 3.10

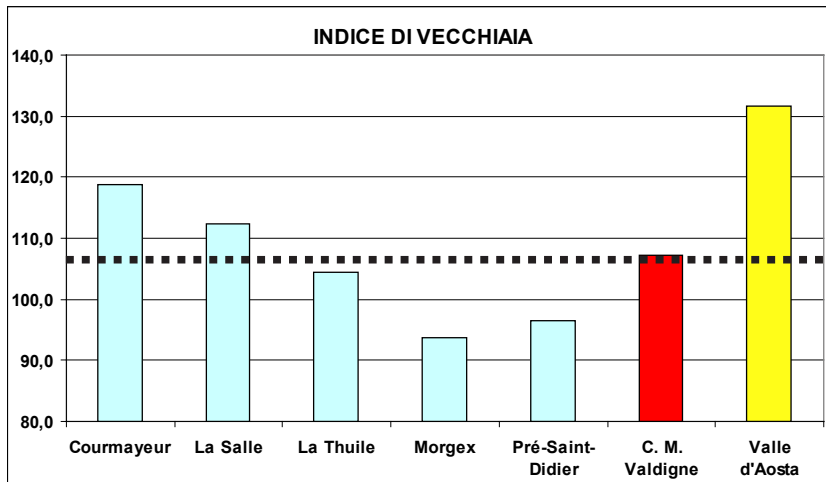


Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.10 Allegato

### Anziani

L'incidenza della popolazione anziana nella C.M. Valdigne è sensibilmente inferiore alla media regionale. Il Grafico 3.11 illustra l'indice di vecchiaia – che rapporta il numero di ultra 65 enni alla fascia di età compresa tra gli 0 e i 15 anni: se nella Regione Valle d'Aosta ogni 100 giovani con età inferiore o uguale a 15 anni ci sono poco più di 131 anziani, nella C.M. Valdigne quest'ultimi sono poco più di 107. Anche in questo caso è interessante notare le differenze tra i Comuni: il Comune di Courmayeur e di La Salle presentano l'incidenza più elevata, per quanto nettamente inferiore alla media regionale, mentre gli altri tre Comuni, un'incidenza ancora inferiore alla media della Comunità Montana.

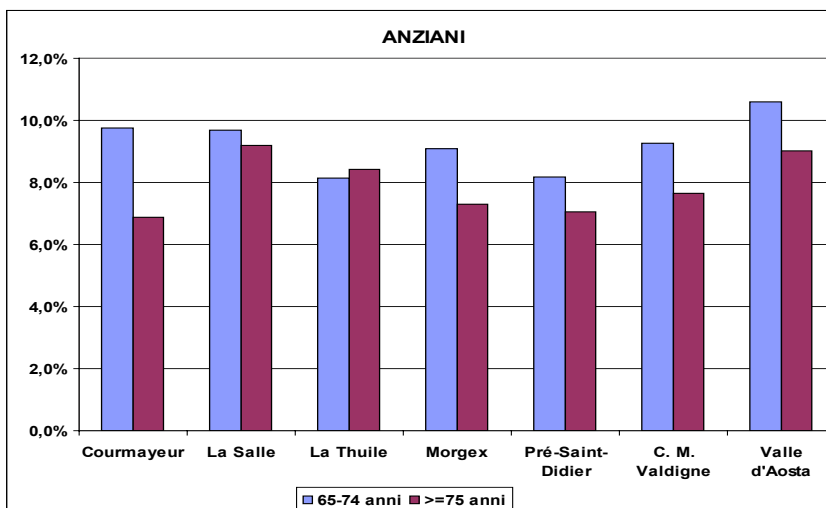
GRAFICO 3.11



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.11 Allegato

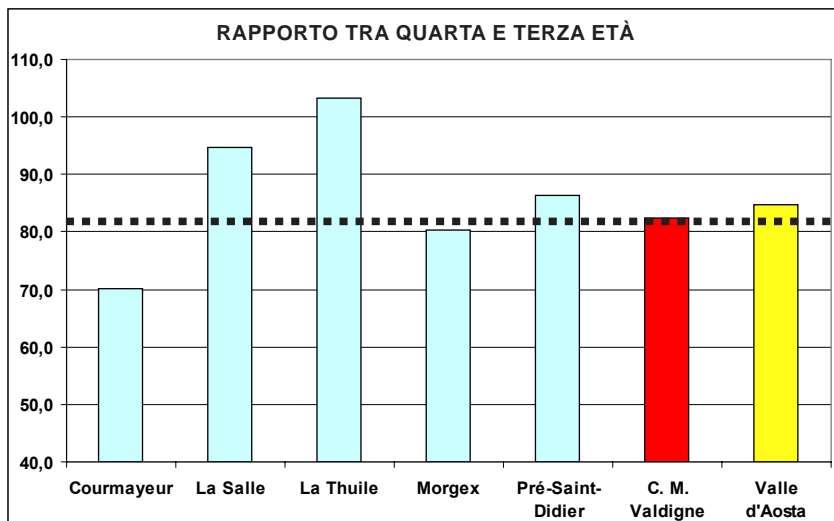
Il Grafico 3.12 articola la popolazione anziana in due fasce di età, rispettivamente comprese tra i 65 e i 74 anni (terza età) e superiore o uguale ai 75 anni (quarta età), mentre il Grafico 3.13 illustra il rapporto tra quarta e terza età. Come si può notare ciascun Comune e la C.M. Valdigne nel suo complesso presenta una quota di anziani sia della terza che della quarta età inferiore rispetto alla media regionale.

GRAFICO 3.12



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.12 Allegato

GRAFICO 3.13



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.13 Allegato

Considerando il rapporto tra le due fasce di età emerge tuttavia una certa differenziazione tra i Comuni. Se mediamente ogni 100 anziani compresi tra i 65 e i 74 anni corrispondono nella C.M. poco più di 82 anziani di 75 anni o più – una quota di poco inferiore a quella media regionale – nel Comune di La Salle sono poco meno di 95 e nel Comune di La Thuile gli anziani della quarta età superano in termini assoluti la fascia inferiore. Il Comune di Courmayeur presenta la quota minore con poco più di 70 anziani della quarta età ogni 100 anziani della terza età.

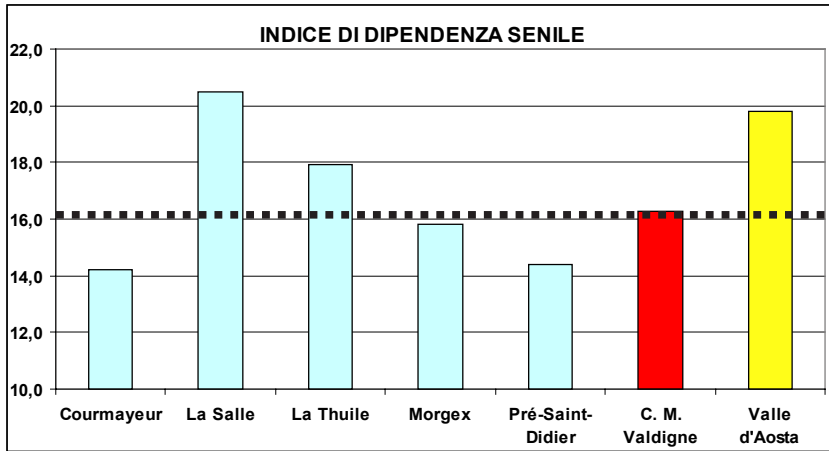
Infine, i Grafici 3.14 e 3.15 presentano l'indice di dipendenza senile e l'indice di carico sociale<sup>22</sup>.

In entrambi i casi, come si può notare dalle rappresentazioni grafiche, la C.M. Valdigne rileva un bisogno assistenziale inferiore alla media regionale, pur evidenziando significative asimmetrie a livello comunale. In particolare La Salle presenta entrambi gli indicatori di bisogno superiori alla media della Comunità Montana e alla stessa media regionale. Il Comune di La Thuile evidenzia un indice di dipendenza senile superiore alla media della Valdigne, mentre il Comune di Morgex supera la media della valle in rapporto all'indice di carico sociale, in virtù del maggior numero di bambini evidenziata in precedenza.

22 Come già evidenziato nel corso del precedente capitolo, il primo di essi rapporta il numero di anziani della quarta età – la categoria potenzialmente più bisognosa di assistenza – alla popolazione adulta compresa tra i 30 e i 59 anni – ossia alla fascia di età adulta potenzialmente in grado di assolvere a funzioni di assistenza e di cura. Il secondo, rapporta la quota di popolazione potenzialmente non attiva (adolescenti e bambini con età compresa tra 0 e 15 anni e anziani ultra 65 anni) alla quota di popolazione potenzialmente attiva, compresa tra i 16 e i 65 anni.

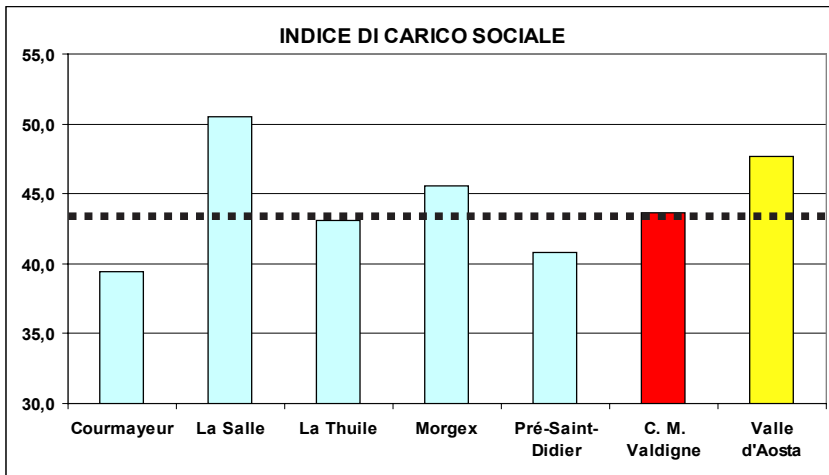


GRAFICO 3.14



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.14 Allegato

GRAFICO 3.15



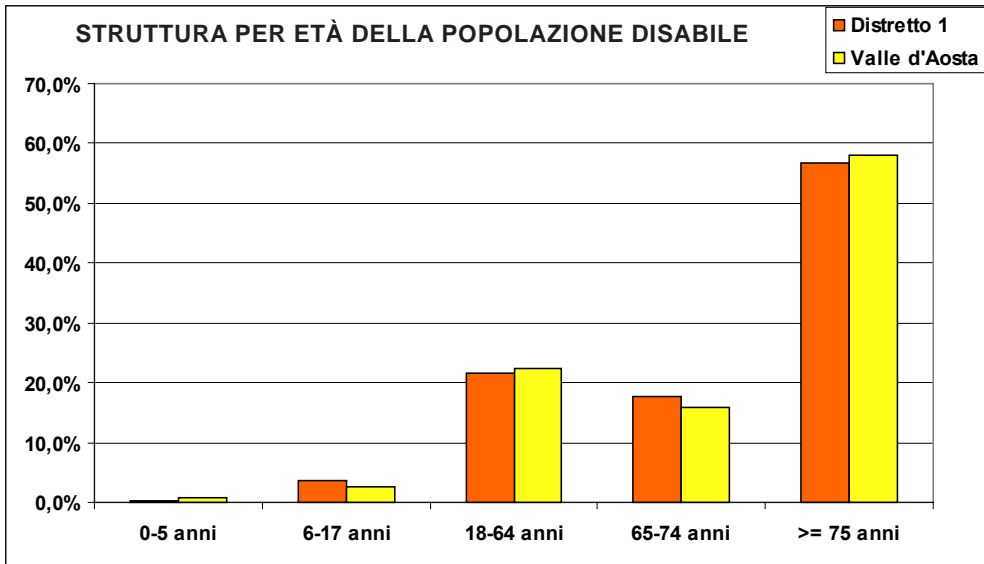
Fonte: nostra elaborazione dati Istat – popolazione residente al 1/1/2004; Cfr. Tab. 3.15 Allegato

### Disabili

In rapporto alla popolazione disabile, il dettaglio delle base informativa a nostra disposizione ci consente di descriverne la struttura in funzione dell'età e della tipologia di disabilità in comparazione con l'andamento regionale al livello del Distretto 1 di cui la C.M. Valdigne è parte integrante.

Come si può notare dal Grafico 3.16 la struttura della popolazione disabile in funzione dell'età nel Distretto 1 è sostanzialmente in linea con la struttura media a livello regionale. In entrambi i casi, infatti si può notare una concentrazione di una quota vicina ai due terzi nelle fasce di età superiori ai 65 anni, a cui segue una quota di poco più di un quinto collocata nelle fasce di età adulta. Le fasce giovanili coprono meno del 4% dei casi, sia a livello regionale che distrettuale.

GRAFICO 3.16

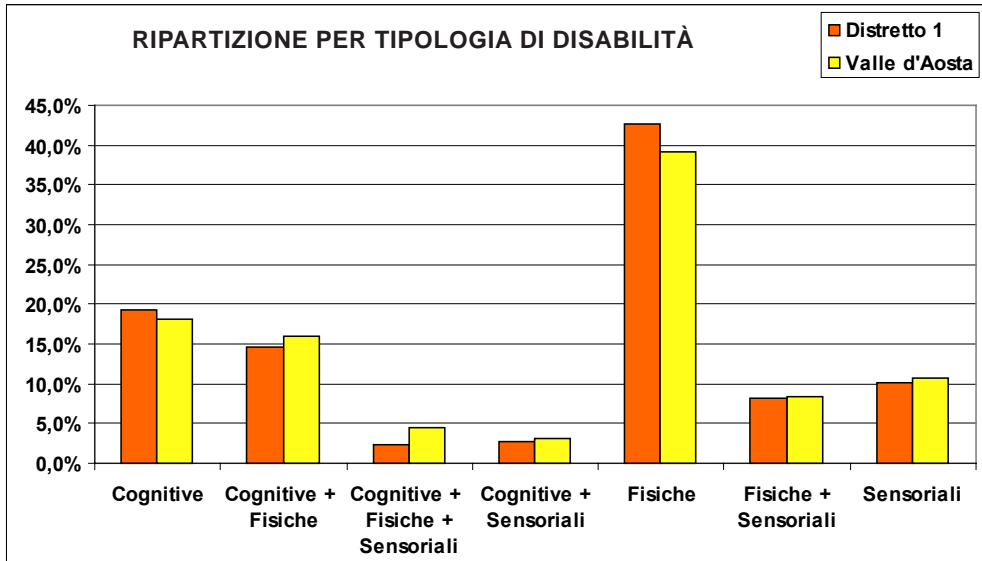


Fonte: nostra elaborazione dati aggiornati al settembre 2004 tratti da Direzione Politiche Sociali Servizio Disabili e Anziani, *La disabilità in Valle d'Aosta*.

Avvio di un registro regionale delle persone disabili, 2005; Cfr. Tab. 3.16 Allegato

Il Grafico 3.17 propone un analogo raffronto prendendo in considerazione le tipologie di disabilità. Anche in questo caso non emergono scostamenti tra la struttura distrettuale e regionale particolarmente significativi, con la limitata eccezione delle disabilità fisiche che vedono un'incidenza nel Distretto 1 superiore alla media regionale di 3,5 punti percentuali. In ogni caso, tanto a livello regionale che a livello distrettuale, le disabilità fisiche rappresentano la tipologia più diffusa – coprendo nel primo caso il 39,2% delle disabilità e nel secondo il 42,7% – seguite a distanza dalle disabilità di carattere cognitivo – che coprono il 19,3% delle disabilità a livello distrettuale e il 18,1% a livello regionale – dalle disabilità che combinano aspetti cognitivi e aspetti fisici - 14,6% delle disabilità distrettuali e 15,9% delle disabilità regionali – e dalle disabilità sensoriali – tra il 10% e l'11% sia a livello distrettuale che regionale. Decisamente meno diffuse le altre tipologie di disabilità, sia a livello distrettuale che regionale.

GRAFICO 3.17



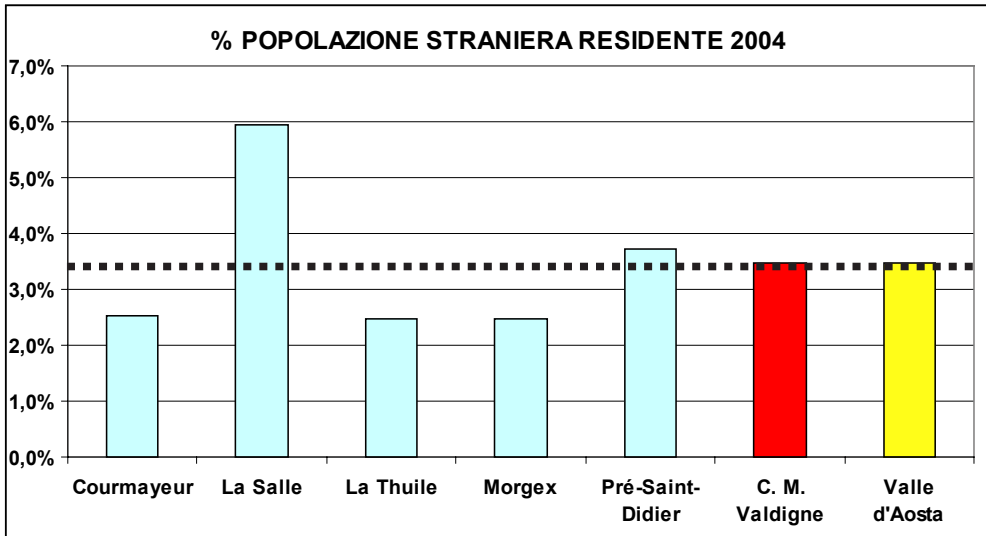
Fonte: nostra elaborazione dati aggiornati al settembre 2004 tratti da Direzione Politiche Sociali Servizio Disabili e Anziani, *La disabilità in Valle d'Aosta. Avvio di un registro regionale delle persone disabili*, 2005; Cfr. Tab. 3.17 Allegato

### Immigrati

Nel suo complesso la C.M. Valdigne presenta una quota di popolazione straniera residente in linea con la media regionale, pari al 3,5%.

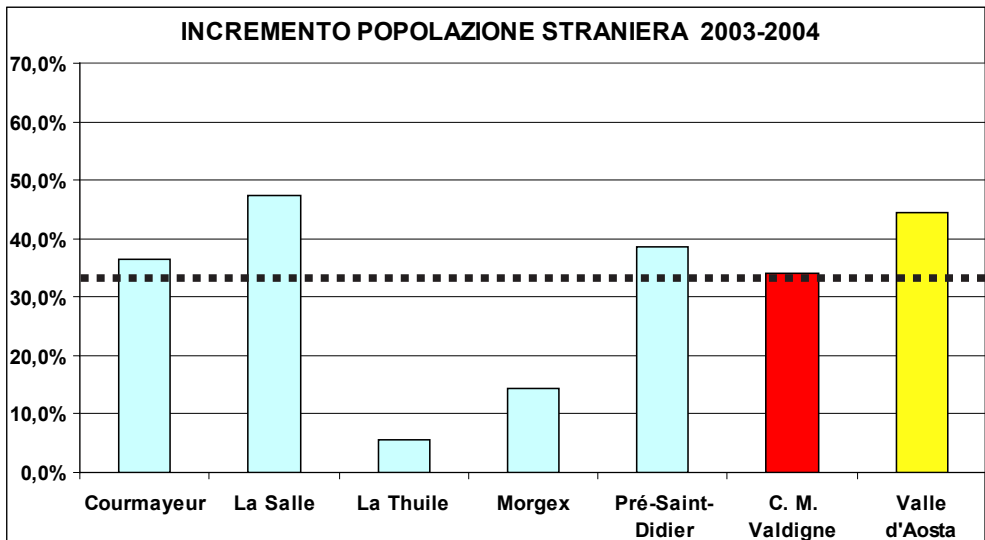
Come si può notare dal Grafico 3.18, tuttavia, la presenza di immigrati residenti non appare distribuita uniformemente tra i diversi Comuni, analogamente al tasso di incremento registrato tra il 2001 e il 2004, evidenziato nel Grafico 3.19. Sotto il primo profilo, infatti il Comune di La Salle presenta una quota di immigrati di quasi il 6% e il Comune di Pré-Saint-Didier del 3,7%, poco al di sopra della media regionale, a fronte degli altri 3 Comuni che presentano quote sensibilmente inferiori. Sotto il secondo profilo nel triennio preso in considerazione si conferma come l'incremento maggiore di immigrati, misurato in rapporto alla popolazione, si sia verificato nei Comuni di La Salle e di Pré-Saint-Didier.

GRAFICO 3.18



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Cittadini stranieri. Popolazione residente al 31/12/2004;  
Cfr. Tab. 3.18 Allegato

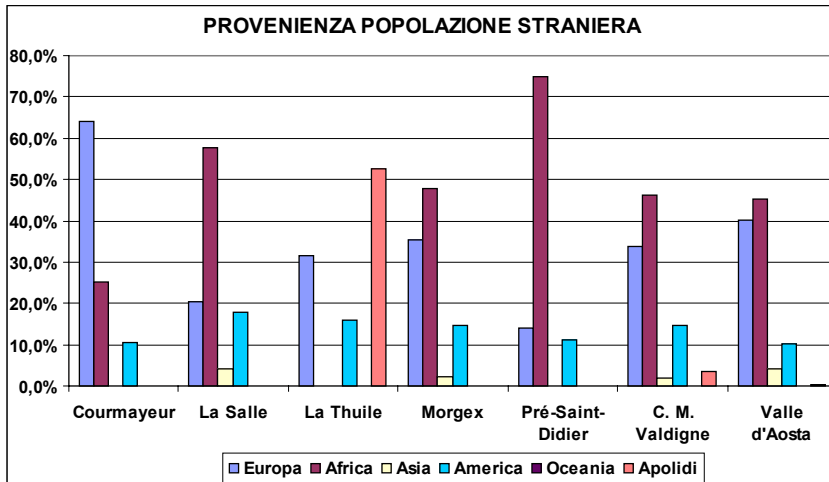
GRAFICO 3.19



Fonte: nostra elaborazione dati Istat Cittadini stranieri. Popolazione residente al 01/01/2003  
e al 31/12/2004; Cfr. Tab. 3.19 Allegato

Il Grafico 3.20 illustra la composizione della popolazione straniera per area geografica di provenienza, il Grafico 3.21, in funzione del sesso.

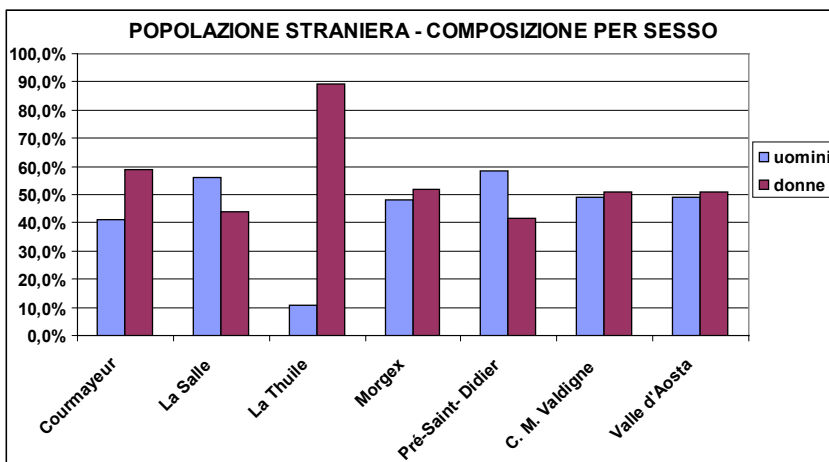
GRAFICO 3.20



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Cittadini stranieri. Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 3.20 Allegato

Come si può notare Courmayeur presenta la quota massima di immigrati di provenienza europea, Prè-Saint-Didier e La Salle si caratterizzano per una presenza sensibilmente superiore alla media di immigrati di origine africana, mentre a La Thuile si concentra il maggior numero di apolidi e Morgex presenta una composizione sostanzialmente mediana.

GRAFICO 3.21



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Cittadini stranieri. Popolazione residente al 31/12/2004; Cfr. Tab. 3.21 Allegato

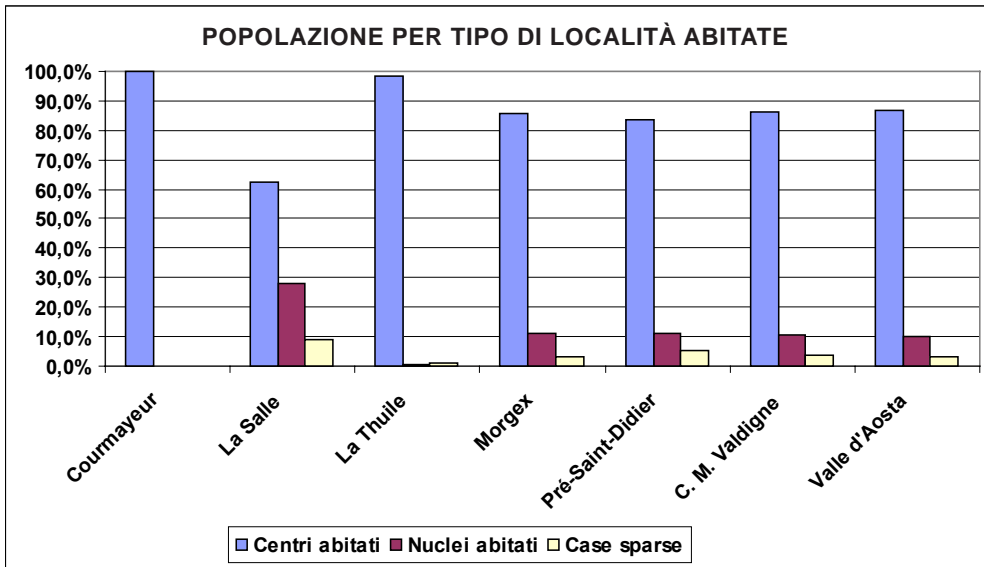
La composizione di genere degli immigrati della C.M. Valdigne è in linea con la media regionale. È da evidenziare in ogni caso una forte presenza di donne tra la popolazione straniera di La Thuile e una presenza di uomini superiore alla media tra gli immigrati residenti a Pré-Saint-Didier e La Salle.

*La popolazione sul territorio*

Ci pare infine utile ricorrere ad un ultimo indicatore che struttura la popolazione in rapporto al tipo di località abitate, tratto dal Censimento Istat del 2001.

Come si può notare dal Grafico 3.22 se pressoché tutta la popolazione di Courmayeur e di La Thuile risiede all'interno del centro abitato, Morgex e Pré-Saint-Didier presentano una quota di popolazione vicina all'11% che risiede in nuclei abitati ed una ulteriore quota compresa tra il 3% e il 5% circa che abita case sparse. Il Comune di La Salle presenta la quota massima di residenti in nuclei al di fuori del centro abitato (28,2%) e in case sparse (9,1%).

GRAFICO 3.22



Fonte: nostra elaborazione dati Istat – Censimento 2001; Cfr. Tab. 3.22 Allegato

### *3.3 Lo scenario della comunità montana in sintesi e le percezioni degli amministratori*

Le interviste condotte sul territorio, ed in particolare i colloqui con gli amministratori locali, oltre a rilevare opinioni e posizioni in merito alle priorità da perseguire – di cui relazioneremo ampiamente nel paragrafo conclusivo dell’indagine – hanno consentito di raccogliere descrizioni e percezioni in merito alle caratteristiche sociodemografiche dei 5 Comuni. Caratteristiche che l’analisi condotta nelle pagine precedenti riconduce ad indicatori di carattere quantitativo, calcolati secondo canoni uniformi per ciascuno dei Comuni, la Comunità Montana e la Regione. In questa sede ci pare utile proporre un quadro di sintesi, in particolare confrontando le descrizioni emergenti dalle interviste con le principali acquisizioni riconducibili all’analisi dei dati quantitativi.

È opportuno, in questa analisi una duplice cautela. Sotto un primo profilo, infatti è da sottolineare come le descrizioni del contesto socioeconomico si siano proposte nell’ambito di riflessioni più generali sui servizi sociali, le evoluzioni degli ultimi anni, i bisogni ancora insoddisfatti e condotte nel corso di interviste volutamente piuttosto aperte. In tal senso, dunque, non tutti gli aspetti in seguito considerati dall’analisi quantitativa sono stati affrontati sotto il profilo descrittivo in ciascuna delle interviste. Sotto un secondo profilo anche l’analisi quantitativa non è in grado di produrre dati ed indicatori oggettivi su ciascuno degli aspetti emersi nelle interviste: la scelta di produrre dati aggiornati e a livello comunale – considerando che i Comuni in questione sono di piccola e piccolissima dimensione – limita la disponibilità di fonti informative riguardanti gli scenari economici, occupazionali e del reddito disponibile, consentendo invece una trattazione più completa delle dinamiche demografiche.

Con queste cautele, ci sembra possibile individuare una sostanziale coerenza tra le percezioni emerse nelle interviste e le evidenze derivanti dall’analisi dei dati quantitativi.

Più precisamente dalle interviste è emersa una certa differenziazione tra i 5 Comuni in merito ai seguenti aspetti:

- l’economia locale, che vede una spiccata vocazione turistico alberghiera nei Comuni di Courmayeur, La Thuile e Pré-Saint-Didier, a differenza di La Salle e Morgex in cui tale settore è di dimensioni relativamente contenute;
- la popolazione immigrata (includendo i lavoratori stagionali), che vede in particolare La Salle evidenziarne una presenza significativamente superiore ai Comuni limitrofi;
- la dispersione della popolazione rispetto al centro abitato che vede in particolare La Salle in una situazione più sfavorevole, in rapporto all’elevato numero di frazioni lontane dal centro.

La tabella 3.1 illustra sinteticamente le principali acquisizioni derivanti dall’analisi quantitativa illustrata nelle pagine precedenti. Come si può notare,

comparando i Comuni e la Comunità Montana per ciascuno degli aspetti considerati, tale analisi conferma, apportando specificazioni, gli elementi di disomogeneità socio demografica tra i 5 Comuni e fornisce evidenze su caratteristiche e fenomeni ulteriori non evidenziati nel corso dei colloqui.

A nostro parere, le specifiche acquisizioni dell'analisi quantitativa si concentrano in particolare su due aspetti: i bisogni sociali in termini aggregati e il rapporto tra giovani e anziani.

L'analisi dei dati, infatti, per un verso, evidenzia come la C.M. *Valdigne*, a livello aggregato presenti bisogni assistenziali in rapporto ad anziani, bambini ed adolescenti un po' minori rispetto a quelli della Regione Valle d'Aosta nel suo complesso, come si evince chiaramente considerando l'indice di dipendenza senile e l'indice di carico sociale. A livello di Comunità Montana, peraltro, non si rilevano particolari differenze in merito alla presenza di immigrati rispetto al dato regionale, mentre si evidenzia – con i dati risalenti al Censimento del 2001 – un tasso di disoccupazione relativamente più elevato rispetto alla media regionale.

Per un altro verso, emerge un diverso rapporto tra giovani e anziani. Il tasso di vecchiaia della C.M. *Valdigne* – che, come visto, rapporta il numero di giovani con meno di 15 anni al numero di anziani con più di 65 anni – è più basso sia della media regionale, sia della stessa media nazionale. E del resto i minori tra gli 0 e i 15 anni coprono nella C.M. *Valdigne* una quota di popolazione superiore alla media della Regione e dello stesso Nord-Ovest nel suo complesso e sostanzialmente in linea con il dato di carattere nazionale.



TABELLA 3.1

	C.M. Valdigne	Courmayeur	La Salle	La Thuile	Morgex	Pré-Saint-Didier
<u>Economia</u>	Tasso di attività e tasso di disoccupazione superiore alla media regionale; incidenza degli occupati in alberghi e ristoranti sul totale degli occupati superiore dell'86% rispetto alla media regionale.	Tasso di attività e tasso di disoccupazione superiori alla media della C.M.; incidenza degli occupati in alberghi e ristoranti sul totale degli occupati superiore del 26% rispetto alla media della C.M.	Tasso di attività e tasso di disoccupazione inferiori alla media della C.M.; incidenza degli occupati nell'agricoltura più che doppio rispetto alla media della C.M.	Tasso di attività di poco superiore, tasso di disoccupazione inferiore alla media della C.M.; incidenza degli occupati in alberghi e ristoranti sul totale degli occupati superiore del 44% rispetto alla media della C.M.	Tasso di attività in linea con la media della C.M, tasso di disoccupazione inferiore; incidenza degli occupati nell'industria superiore del 15% rispetto alla media della C.M.	Tasso di attività e tasso di disoccupazione superiori alla media della C.M.; incidenza degli occupati in alberghi e ristoranti sul totale degli occupati superiore del 16% rispetto alla media della C.M.
<u>Andamento demografico</u>	Tra il '95 e il 2004 incremento demografico del 7,1%, superiore alla media regionale pari al 5%; incidenza della popolazione straniera sui residenti in linea con la media regionale.	Tra il '95 e il 2004 incremento demografico pari al 10,5%; incidenza della popolazione straniera sui residenti del 28,6% inferiore alla media della C.M.	Tra il '95 e il 2004 incremento demografico pari al 14,9%; incidenza della popolazione straniera sui residenti del 68,6% superiore alla media della C.M.	Tra il '95 e il 2004 decremento demografico pari all'1,7%; incidenza della popolazione straniera sui residenti del 28,6% inferiore alla media della C.M.	Tra il '95 e il 2004 incremento demografico pari al 4,4%; incidenza della popolazione straniera sui residenti del 28,6% inferiore alla media della C.M.	Tra il '95 e il 2004 decremento demografico pari al 3,7%; incidenza della popolazione straniera sui residenti del 5,7% superiore alla media della C.M.
<u>Prima infanzia, adolescenti e giovani</u>	Incidenza della fascia di età compresa tra 0 e 15 anni superiore del 5,7% alla media regionale.	Incidenza della fascia di età compresa tra 0 e 15 anni inferiore del 12,2% alla media della C.M.	Incidenza della fascia di età compresa tra 0 e 15 anni superiore del 7,5% alla media della C.M.	Incidenza della fascia di età compresa tra 0 e 15 anni in linea con la media della C.M.	Incidenza della fascia di età compresa tra 0 e 15 anni superiore del 10,2% alla media della C.M.	Incidenza della fascia di età compresa tra 0 e 15 anni in linea con la media della C.M.

	C.M. Valdigne	Courmayeur	La Salle	La Thuile	Morgex	Pré-Saint-Didier
<u>Anziani</u>	Indice di vecchiaia inferiore del 18,7% alla media regionale; rapporto tra quarta e terza età inferiore del 2,7% alla media regionale.	Indice di vecchiaia superiore del 10,9% alla media della C.M.; rapporto tra quarta e terza età inferiore del 14,9% alla media della C.M.	Indice di vecchiaia superiore del 4,9% alla media della C.M.; rapporto tra quarta e terza età superiore del 14,8% alla media della C.M.	Indice di vecchiaia inferiore del 2,4% alla media della C.M.; rapporto tra quarta e terza età superiore del 25,1% alla media della C.M.	Indice di vecchiaia inferiore del 12,5% alla media della C.M.; rapporto tra quarta e terza età inferiore del 2,7% alla media della C.M.	Indice di vecchiaia inferiore del 9,8% alla media della C.M.; rapporto tra quarta e terza età superiore del 4,7% alla media della C.M.
<u>Popolazione sul territorio</u>	Incidenza di nuclei abitati e case sparse al di fuori dei centri abitati in linea con la media regionale (compresa tra il 13% e il 14% della popolazione residente).	Pressoché assenza di nuclei abitati e case sparse al di fuori del centro.	Incidenza di nuclei abitati e case sparse al di fuori del centro superiore del 168% alla media della C.M.	Presenza di nuclei abitati e case sparse al di fuori del centro molto limitata (inferiore al 2% della popolazione residente).	Incidenza di nuclei abitati e case sparse al di fuori del centro di poco superiore alla media della C.M. (+2,4%).	Incidenza di nuclei abitati e case sparse al di fuori del centro superiore del 17,2% alla media della C.M.
<u>Indicatori aggregati di bisogno</u>	Indice di dipendenza senile inferiore del 17,7% alla media regionale; indice di carico sociale inferiore dell'8,2% alla media regionale.	Indice di dipendenza senile inferiore del 12,9% alla media della C.M.; indice di carico sociale inferiore del 9,8% alla media della C.M.	Indice di dipendenza senile superiore del 25,8% alla media della C.M.; indice di carico sociale superiore del 15,6% alla media della C.M.	Indice di dipendenza senile superiore del 9,8% alla media della C.M.; indice di carico sociale di poco inferiore alla media della C.M. (-1,4%).	Indice di dipendenza senile inferiore del 3,1% alla media della C.M.; indice di carico sociale superiore del 4,3% alla media della C.M.	Indice di dipendenza senile inferiore dell'11,7% alla media della C.M.; indice di carico sociale inferiore del 6,6% alla media della C.M.

Per quanto riguarda le disomogeneità a livello territoriale, l'analisi dei dati quantitativi conduce ad individuare in La Salle il Comune che presenta le maggiori differenziazioni rispetto ai dati medi della Comunità Montana e, in definitiva, bisogni assistenziali più marcati. Facciamo in particolare riferimento a tre fondamentali target di utenza: giovani, anziani e immigrati.

Il Comune di La Salle, infatti, presenta gli indici di dipendenza senile e di carico sociale nettamente più elevati rispetto alla media della Comunità Montana e della stessa Regione Valle d'Aosta, trovandosi sostanzialmente in linea con le Regioni Nord-occidentali nel loro complesso. In rapporto agli anziani è in particolare da rilevare un elevato numero di appartenenti alle fasce di età più avanzate, segnalate da un rapporto tra quarta e terza età superiore tanto al dato regionale, quanto a quello relativo alla Regioni Nord-occidentali che allo stesso dato nazionale. Andamento analogo è registrato dai giovani tra gli 0 e i 15 anni che coprono una quota di popolazione più ampia rispetto alla media nazionale – a sua volta più elevata della media del Nord-Ovest e della media relativa alla Valle d'Aosta. Gli stessi immigrati rappresentano una quota della popolazione residente ampiamente superiore sia al dato nazionale che a quello regionale e sostanzialmente in linea con il Nord-Ovest.

È inoltre da evidenziare come il Comune di La Thuile presenti un indice di dipendenza senile e il Comune di Morgex un indice di carico sociale un po' superiori alla media della Comunità Montana nel suo complesso. Per quanto riguarda La Thuile il dato si spiega per la presenza di un buon numero di grandi anziani, che emerge considerando il rapporto tra quarta e terza età, decisamente più elevato rispetto alla media regionale e nazionale. In rapporto a Morgex, per il numero relativamente elevato di minori fino ai 15 anni, presenti con un tasso rispetto alla popolazione residente, anche in questo caso, più elevato rispetto alla media regionale e nazionale.

### *3.4 Il sistema dei servizi della c.m. Valdigne*

È a questo punto possibile proporre una rappresentazione dello specifico sistema locale dei servizi sociali della C.M. *Valdigne*. Val la pena di sottolineare che per sistema locale intendiamo l'insieme dei servizi garantiti sul territorio, comprendendo sia i servizi uniformemente presenti a livello regionale, sia i servizi gestiti direttamente dalla Comunità Montana, dai Comuni o da altri soggetti pubblici o privati che caratterizzano il peculiare sistema di offerta. Nell'accezione che utilizziamo il concetto di sistema locale fa inoltre riferimento anche alla collocazione dei servizi sul territorio, specialmente con riferimento a servizi che hanno un solo punto di accesso o di erogazione e si rivolgono ad utenti di più Comuni.

Abbiamo quindi scelto di illustrare il sistema dei servizi della *Valdigne* ricorrendo a delle rappresentazioni grafiche che collocano i servizi sulla mappa geografica dei 5 Comuni che la compongono, evidenziando per ciascuno di essi le strutture esistenti e i servizi erogati. In generale in queste raffigurazioni abbiamo omesso gli interventi

di sostegno economico garantiti a livello regionale e descritti nel precedente capitolo e, in alcuni casi, linee di servizio presenti uniformemente sul territorio regionale. In entrambe le situazioni ne facciamo comunque esplicito riferimento nel commento scritto.

### *Assistenti sociali territoriali*

Sul territorio della C.M. *Valdigne* sono attualmente attivi tre assistenti sociali regionali, ciascuno dei quali assolve ad una funzione di accesso e coordinamento dei servizi in tre distinte aree di bisogno: l'area degli anziani ultrasessantacinquenni, l'area dei minori e l'area degli adulti compresi tra i 18 e i 65 anni.

### *Prima infanzia, adolescenti e giovani*

Per quanto riguarda i bambini della prima infanzia – come illustrato dalla Figura 3.2 – sul territorio della C.M. *Valdigne* sono attualmente presenti un asilo nido presso il Comune di Courmayeur – dotato di 25 posti disponibili – e 2 *garderie d'enfance*, collocate a Morgex – 14 posti disponibili – e a La Thuile – 12 posti disponibili. Nel complesso della Comunità Montana sono quindi disponibili 51 posti<sup>23</sup>. Il Comune di Pré-Saint-Didier ha una convenzione con l'asilo nido di Courmayeur, mentre il Comune di La Salle eroga un contributo diretto alle famiglie che usufruiscano di servizi territoriali.

La Figura 3.3 si concentra sul target dei bambini in età scolare e dei pre-adolescenti.

Come si può notare la Comunità Montana organizza il Centro estivo a Morgex. Si rivolge a tutti i residenti nella C.M. ed è presente un servizio di trasporto dai diversi Comuni. I Comuni si occupano autonomamente anche della refezione e del trasporto dei bambini in età prescolare e scolare.

Il Comune di Courmayeur promuove nel periodo estivo, attraverso un'associazione attiva nel campo ludico sportivo, attività di animazione che integrano gli orari del Centro estivo della Comunità Montana. Nel periodo delle vacanze natalizie promuove, analogamente, un centro invernale rivolto ai minori residenti e aperto anche all'iscrizione dei turisti – con un diverso livello di tariffazione – e dedicato allo sport, alla danza e alla musica. Dal 2005 è stato inoltre avviato un servizio di doposcuola in collaborazione con il sacerdote che svolge anche attività di insegnamento nelle scuole medie e superiori. È infine presente una ludoteca, aperta nelle fasce pomeridiane, 5 giorni alla settimana. Si rivolge a minori compresi tra i

---

23 I dati sui posti disponibili fanno riferimento al 2004 e sono tratti dal *Primo Rapporto* dell'Osservatorio per le politiche sociali della Regione Valle d'Aosta, Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali

3 e i 15 anni; fino ai 6 anni è richiesto l'accompagnamento da parte di una persona adulta.

Anche nel Comune di Morgex è presente una ludoteca che copre le ore pomeridiane fino alla fascia preserale. È, infine, da segnalare l'oratorio organizzato dalla Pastorale Giovanile della Chiesa Cattolica con sede a La Salle. Si rivolge, in diversi giorni della settimana, ai bambini delle scuole elementari, delle scuole medie e ai ragazzi delle scuole superiori di tutti i Comuni della C.M. *Valdigne*. È presente un autonomo servizio di trasporto.

Da ricordare inoltre le linee di servizio non comprese nelle figure che sono garantite uniformemente sul territorio: facciamo riferimento agli interventi di sostegno economico a favore di minori e famiglie – Legge regionale 17/84 e Legge regionale 44/98 – e ai servizi di Assistenza Domiciliare Educativa, all'affido familiare e alle adozioni, descritti nel precedente capitolo.

FIGURA 3.2 I servizi per la prima infanzia

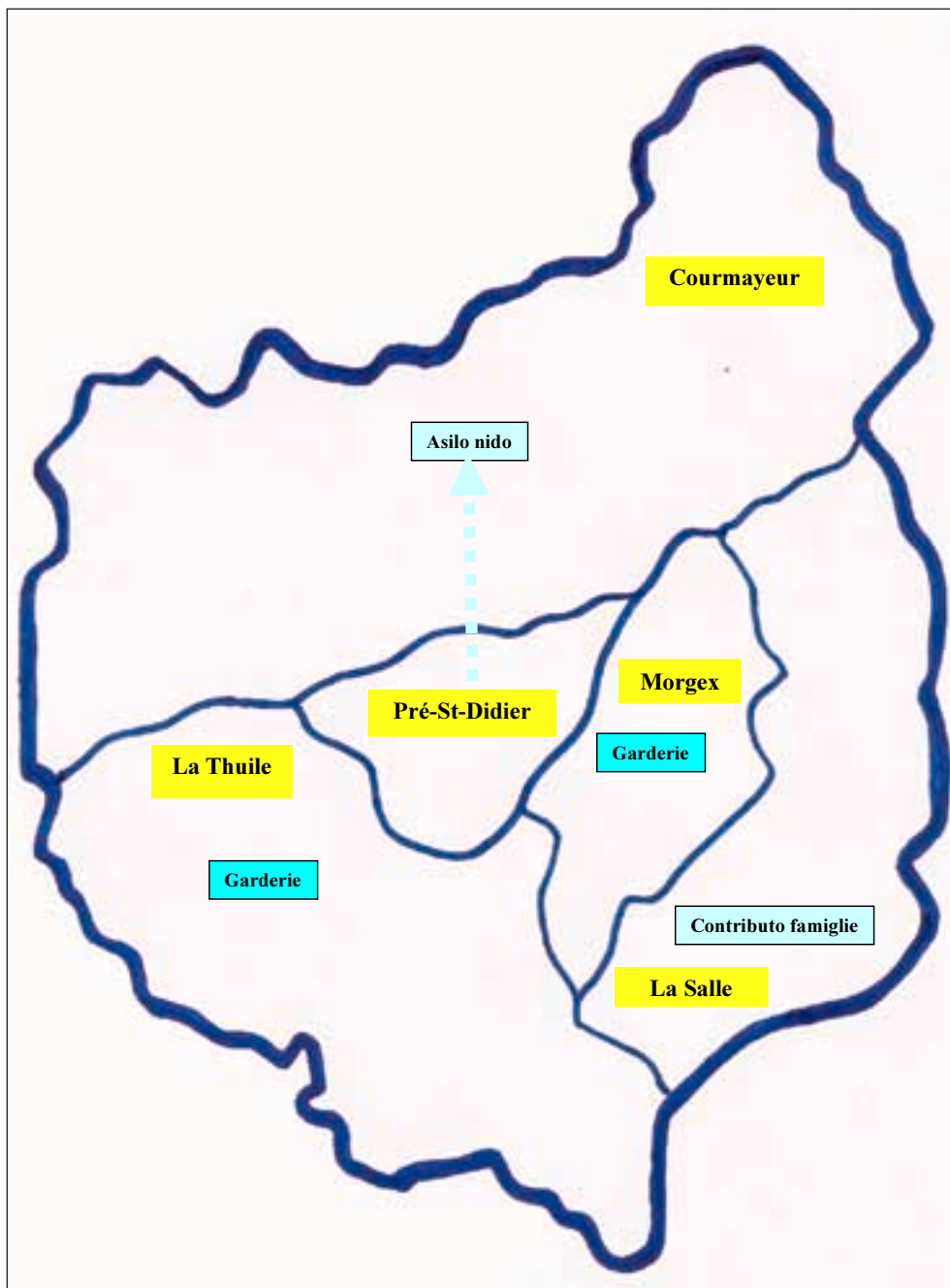
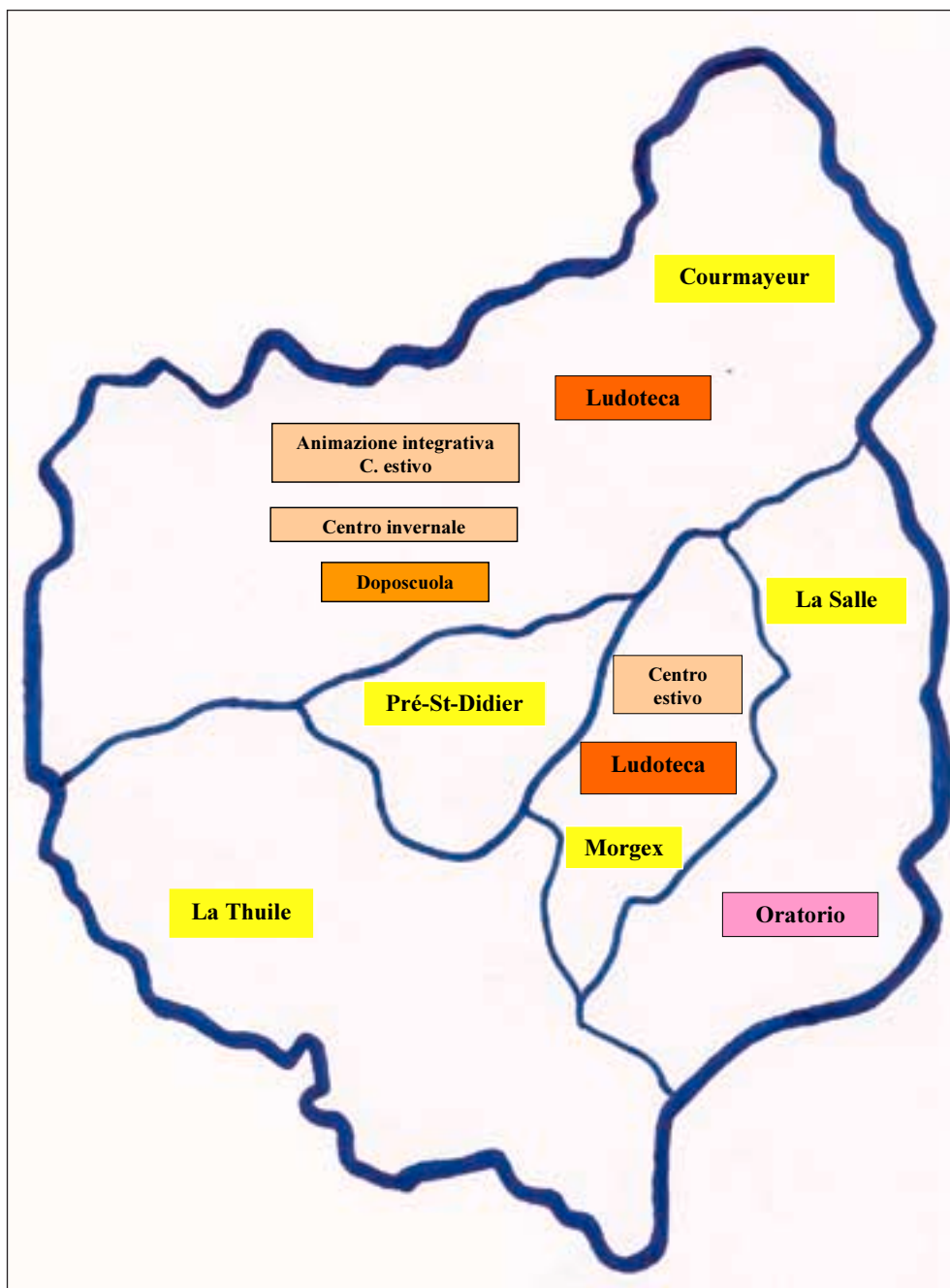


FIGURA 3.3 I servizi per i minori in età scolare e per i pre-adolescenti



Come si può notare dalla Figura 3.4, la Comunità Montana gestisce sotto il profilo organizzativo e finanziario il servizio di assistenza domiciliare, integrato al servizio di pasti a domicilio e al servizio lavanderia.

L'accesso all'assistenza domiciliare e le concrete modalità di utilizzo sono definite dall'assistente sociale coordinatore dell'area anziani, che valuta i bisogni assistenziali dei singoli anziani o disabili che richiedano direttamente il servizio o che siano segnalati da altri servizi o agenzie territoriali. Il monte ore di assistenza individuale non può superare le 3 ore giornaliere per 6 giorni a settimana. In molti casi il servizio va ad integrare l'attività delle badanti private. Il servizio di pasto a domicilio è realizzato in collaborazione con una pluralità di strutture sul territorio: la preparazione dei pasti è realizzata dalla mensa scolastica di Morgex, dal servizio cucina del nido di Courmayeur e delle 2 microcomunità per anziani presenti sul territorio, la consegna a domicilio è realizzata dalle assistenti domiciliari.

Ad ottobre 2005 risultano in carico al servizio di assistenza domiciliare 60 utenti, così distribuiti: 18 a Courmayeur, 17 a La Salle, 6 a La Thuile, 14 a Morgex, 5 a Prè-Saint-Didier<sup>24</sup>. Il numero di utenti è comunque soggetto a fluttuazioni nell'arco dell'anno in rapporto alla presa in carico di nuovi pazienti, a periodi di ricovero ospedaliero e ai decessi degli utenti già serviti; nel corso dell'anno 2004 sono in ogni caso state erogate circa 15.000 ore di assistenza domiciliare<sup>25</sup>. Una quota compresa tra il 10% e il 20% degli utenti usufruisce anche del servizio di pasto a domicilio, mentre un numero molto limitato – attualmente 3 utenti – del servizio di lavanderia<sup>26</sup>.

Nel corso del 2006 è inoltre previsto l'avvio del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) che prevede una presa in carico dell'utenza integrata sia dal punto di vista medico che assistenziale, sulla base di un definito progetto concordato tra i diversi operatori – assistente sociale, medico di base, personale infermieristico, medici specialisti, ... – e con la famiglia.

Da segnalare l'iniziativa di alcune assistenti domiciliari che hanno formato un gruppo di socializzazione rivolto ad utenti adulti con disabilità già assistiti dall'assistenza domiciliare. Il gruppo si riunisce a Courmayeur una volta alla settimana in una sala messa a disposizione da parte del Comune. A partire dal 2006 il gruppo di socializzazione è stato dotato di un piccolo budget che ha consentito la calendarizzazione di un insieme di attività.

La Comunità Montana gestisce inoltre il servizio di teleassistenza e telesoccorso.

---

24 Fonte dei dati: Comunità Montana Valdigne-Mont Blanc

25 Il dato fa riferimento al totale delle ore rendicontate dalle assistenti domiciliari, compresi del servizio a domicilio e delle attività di pianificazione e coordinamento.

26 Fonte dei dati: Comunità Montana Valdigne-Mont Blanc



Attualmente gli utenti in carico risultano 13, in calo rispetto ai 17 serviti nel corso del 2004<sup>27</sup>.

A livello di strutture, sul territorio della C.M. *Valdigne* sono presenti 2 microcomunità e una casa di riposo privata.

Le microcomunità – che come visto contribuiscono anche al servizio di pasti a domicilio – sono situate a Pré-Saint-Didier e a La Thuile. Ciascuna microcomunità ha previsto fino a tutto il 2005 un responsabile incardinato nelle strutture comunali, mentre dal 1 gennaio 2006 si è attuato il passaggio in capo alla Comunità Montana. All'interno delle due strutture è garantito un servizio di assistenza infermieristica nella fascia antimeridiana, mentre il personale dell'assistenza domiciliare copre su turnazione la restante quota oraria giornaliera. Ciascun ospite è seguito a livello medico dal proprio medico di base o dal medico di base locale nel caso di utenti che si siano trasferiti da fuori sede. Attualmente sono ospitati 24 utenti (14 a Pré-Saint-Didier e 10 a La Thuile) di cui 6 provenienti da località poste al di fuori della Comunità Montana<sup>28</sup>.

La struttura privata è situata a La Salle. Attualmente ospita 35 utenti<sup>29</sup> che possono usufruire di un sostegno al pagamento della retta da parte della Regione secondo i limiti e le modalità definiti dalle norme in vigore.

Sono inoltre da segnalare i soggiorni marini per anziani organizzati dalla Comunità Montana, le feste annuali per gli anziani promosse dai Comuni e il centro di incontro settimanale promosso dalla Chiesa Cattolica nella sede dell'oratorio di La Salle, supportato da un servizio autonomo di trasporto verso gli altri Comuni. A Morgex, è presente un centro anziani autogestito che, tuttavia, a parere dell'amministrazione attualmente si trova in una fase di difficoltà e necessita di un supporto esterno.

Da ricordare infine le forme di sostegno economico per singoli od enti previste dalla legislazione regionale – legge regionale 22/93 e Legge regionale 9/96 – di cui abbiamo relazionato nel capitolo precedente, oltre alle strutture residenziali presenti esternamente alla C.M. *Valdigne* (una Casa Famiglia, 4 Centri Educativi Assistenziali, una struttura per l'inserimento lavorativo dei disabili).

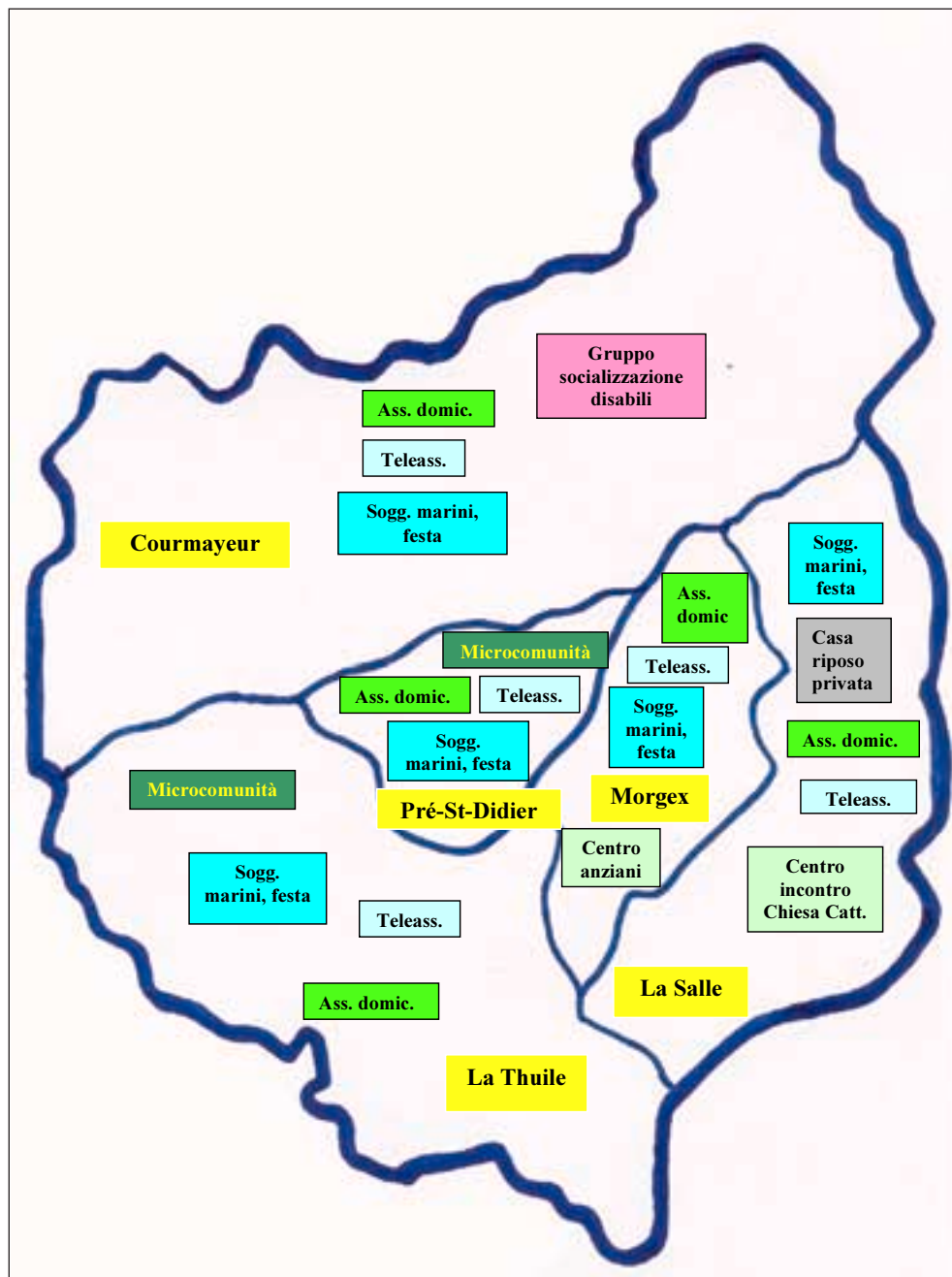
---

27 Fonte dei dati: Comunità Montana Valdigne-Mont Blanc

28 Fonte dei dati: assistente sociale coordinatore dell'area anziani C.M. Valdigne

29 Fonte dei dati: assistente sociale coordinatore dell'area anziani C.M. Valdigne

FIGURA 3.4 I servizi per anziani e disabili



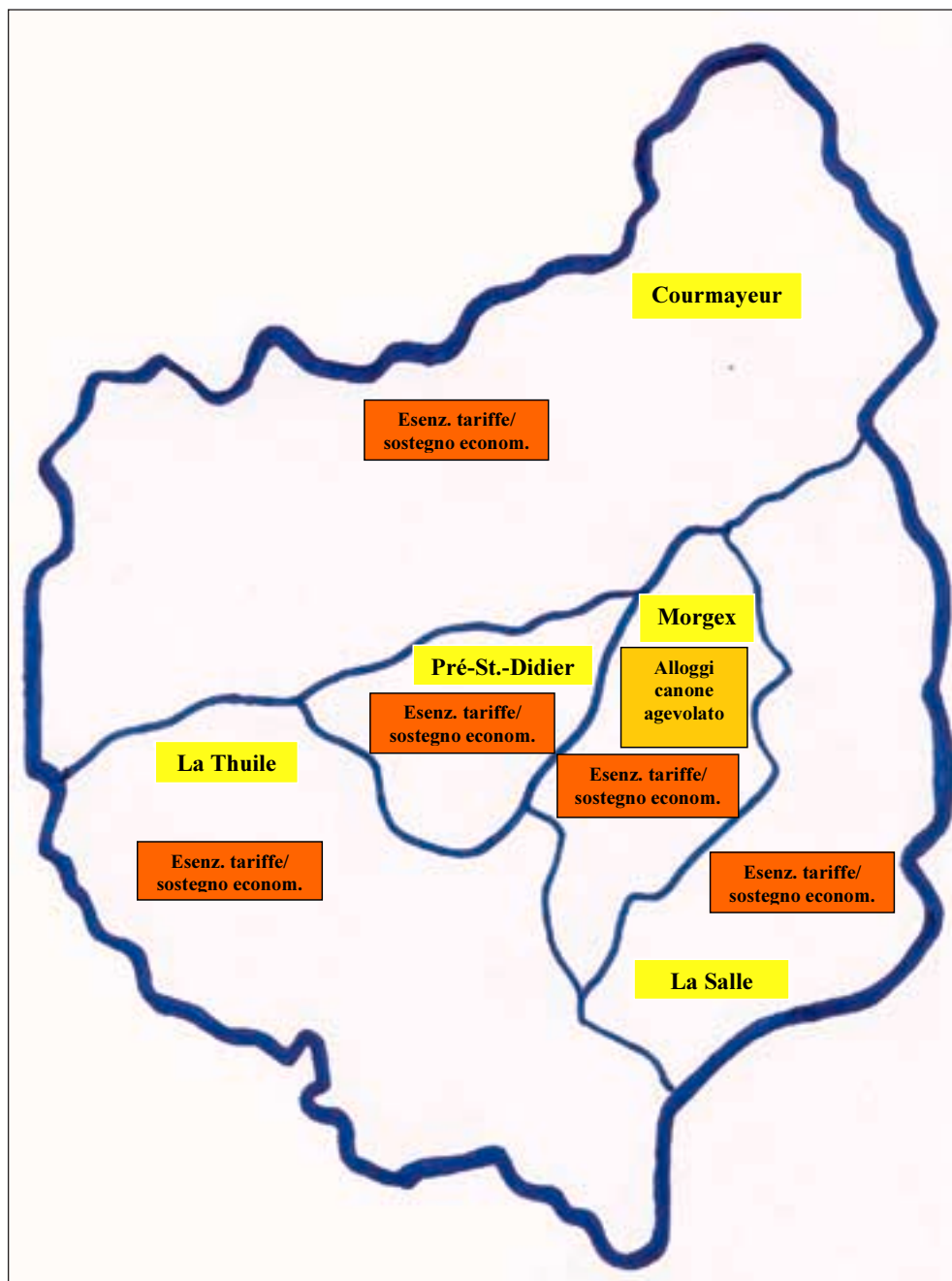
### *Altri servizi ed iniziative*

Tra gli altri servizi e iniziative presenti su iniziativa dei Comuni sono senz'altro da citare le forme di sostegno economico diretto e/o di esenzione tariffaria verso singoli o nuclei familiari in condizione di indigenza e le iniziative dei singoli Comuni volte ad affrontare le situazioni di emergenza abitativa – sotto questo profilo è da segnalare la disponibilità del Comune di Morgex di alcuni alloggi che concede a canone agevolato. La Figura 3.5 ne offre una rappresentazione grafica.

In tre Comuni – Courmayeur, Pré-Saint-Didier e Morgex, è presente una biblioteca. È, inoltre, da rilevare come in passato il Comune di La Salle e di Morgex abbiano organizzato servizi di trasporto per gli anziani residenti al di fuori del centro abitato che tuttavia, in rapporto allo scarso utilizzo e agli elevati costi di gestione, sono in seguito stati dismessi.

Da ricordare infine le linee di servizio e di attività promosse a livello regionale e garantite su tutto il territorio: facciamo esplicito riferimento all'erogazione del minimo vitale, all'erogazione dei contributi per la locazione, alle misure per la gestione dell'emergenza abitativa e alle misure e agli interventi per l'inclusione sociale mediante l'inserimento lavorativo descritti nel capitolo precedente.

FIGURA 3.5 Altri servizi – povertà ed emergenza abitativa



### 3.5 Per un'agenda del welfare locale

Abbiamo sin qui inteso offrire una rappresentazione – possibilmente completa – del sistema di *welfare* regionale e locale, oltre a condurre un'analisi sotto il profilo quantitativo dello scenario dei bisogni assistenziali. Abbiamo in altri termini puntato ad offrire agli attori istituzionali e territoriali impegnati nei percorsi di pianificazione e miglioramento dei servizi un contributo sotto il profilo informativo ed analitico, nella convinzione che il ricorso a dati *oggettivi* e la proposizioni di schemi interpretativi comuni costituisca di per sé un supporto ai processi politici e decisionali.

In queste pagine conclusive proviamo a fare un passo avanti.

Nelle interviste che abbiamo realizzato ad amministratori e operatori attivi nella *Valdigne* sono emerse in più punti, su nostra sollecitazione, considerazioni e riflessioni in merito ai problemi più rilevanti, alle priorità da affrontare, così come valutazioni sui servizi attualmente garantiti. In questa sede ci sembra utile offrire una nostra restituzione rispetto alle sollecitazioni e agli spunti critici proposti.

Restituzione che non intende certamente sostituirsi ai processi di confronto e collaborazione che intessono continuamente il rapporto tra amministratori ed operatori locali, né ha l'ambizione di riprodurre in termini oggettivi le posizioni di ciascuno. Piuttosto si propone di cogliere alcune delle questioni che ai nostri occhi di osservatori esterni sembrano caratterizzare il dibattito locale sul *welfare*. E, per quanto possibile, di offrire una rappresentazione dei punti di convergenza e di divergenza che appaiono emergere, anche raffrontandoli con le acquisizioni prodotte dall'analisi quantitativa dei dati.

In tal senso ci sembra possibile offrire un contributo alla individuazione dei temi più rilevanti da affrontare o, detto in altri termini, alla focalizzazione di alcuni punti da inserire nell'agenda del dibattito sul *welfare* locale.

In questa rilettura ci pare utile procedere considerando ciascuno dei fondamentali target di utenza e di bisogno a cui si rivolge il sistema dei servizi.

Per quanto riguarda i minori ci sembra emergere un quadro che parallelamente ad una diversità di accenti, vede farsi strada tra gli attori locali – o almeno tra alcuni di essi – un insieme di punti di vista sostanzialmente convergenti.

Più in particolare ci sembra emerga con una certa unitarietà un giudizio piuttosto positivo in rapporto ai servizi per la prima infanzia. In altri termini la rete di asili nido e garderie d'enfance presenti sul territorio sembra, in generale, garantire un buon livello di copertura dei bisogni della popolazione e, comunque, non è emersa in tal senso da parte di nessuno dei nostri interlocutori l'indicazione di una situazione particolarmente problematica. Da segnalare, peraltro, l'intenzione manifestata dal Comune di Pré-Saint-Didier – che, come visto, attualmente ha una convenzione con il Comune di Courmayeur – di valutare la possibilità di realizzare un asilo nido o una garderie direttamente sul proprio territorio, ipotesi comunque avanzata, ci pare, in un'ottica di medio lungo periodo e non dettata da situazioni emergenziali.

Abbiamo invece raccolto da alcuni testimoni giudizi di maggiore criticità in rapporto al complesso dei servizi riguardanti i bambini con più di 3 anni fino

alla fascia di età adolescenziale che appaiono sostanzialmente concordi e complementari.

Sotto un primo profilo, si concentra, infatti, l'attenzione sul disagio scolastico di bambini e adolescenti, a sua volta legato a condizioni di disagio economico e lavorativo delle famiglie. Sotto un secondo profilo, si pone attenzione alla carenza di servizi di accudimento nelle fasce orarie in cui generalmente i genitori sono impegnati in attività lavorative extradomestiche. Riportiamo a tal proposito le parole di due degli intervistati: *“Il disagio scolastico spesso è legato al disagio economico e lavorativo dei genitori, ci sono molte situazioni di famiglie – e non solo riguardanti famiglie immigrate – che per affrontare tutte le spese rimangono legate a condizioni lavorative stagionali. Questi lavori sono scarsamente compatibili con le esigenze di accudimento: i genitori lavorano di più proprio quando i bambini non vanno a scuola. In questi casi ci sono certamente genitori più culturalmente preparati che ricorrendo ad una rete allargata di relazioni e di amicizie garantiscono un accudimento adeguato, tuttavia in molti casi i bambini rimangono a casa da soli o vagano nei paesi ... si creano così facilmente dei gruppi di giovani tendenti alla devianza. Legato al disagio scolastico è il fatto che molti bambini non hanno genitori che li possano seguire nei compiti, sia per limiti culturali che di tempo .... L'assenza di una presenza familiare nel pomeriggio è un grosso problema ...”; “Siamo decisamente carenti sui servizi dai 3 anni in poi. C'è un buco, perché non è che quando si va alla scuola materna il problema è risolto. La scuola materna ha un orario più ridotto: il sabato pomeriggio, la domenica e mercoledì tutto il giorno la scuola materna è chiusa. In Valdigne si va a scuola il sabato mattina e si sta a casa tutto il mercoledì: ci sono due giorni e mezzo totalmente scoperti.”*

Entrambe le testimonianze ci sembrano suggerire l'esigenza di un rafforzamento della rete dei servizi in rapporto a questa fascia di utenza, puntando, sotto un versante, sulla realizzazione di servizi di doposcuola, l'apertura di ludoteche dove non ancora presenti e ad uno stesso rafforzamento sotto il profilo delle professionalità impiegate laddove già attivi, piuttosto che su progetti più limitati di progressiva estensione o rivisitazione degli orari di apertura dei servizi esistenti per venire incontro alle esigenze delle famiglie. È peraltro opportuno sottolineare come non tutti i Comuni abbiano fatto emergere esigenze in questo senso, in alcuni casi valutando adeguato l'insieme delle attività, specialmente di carattere sportivo e di socializzazione alla pratica sportiva, già presente sul proprio territorio.

In un paio di interviste, inoltre, è emerso il tema della mobilità: in un territorio come quello della *Valdigne*, caratterizzato da Comuni di piccole dimensioni ciascuno dei quali non è spesso in grado di garantire sul proprio territorio l'insieme dei servizi riconducibili a bambini ed adolescenti – dal doposcuola, alla ludoteca, ai Centri estivi, alle stesse attività ludico sportive, ecc. – risulta infatti fondamentale promuovere la mobilità dei ragazzi sul territorio verso le attività e i servizi esistenti.

L'area dei servizi per bambini e adolescenti è in ogni caso un settore in cui più di un'amministrazione ha già in progetto la promozione di innovazioni e miglioramenti. Citiamo in tal senso quelli di cui abbiamo appreso direttamente l'esistenza nel

corso dell'interviste, consapevoli, in questo caso, di non essere sicuramente in grado di fornirne un quadro completo ed esaustivo: il Comune di Morgex intende promuovere un servizio di doposcuola, integrando il servizio della ludoteca già presente sul suo territorio; il Comune di La Thuile sta valutando la possibilità di estendere ai giorni festivi l'apertura della garderie; il Comune di Courmayeur è impegnato a rafforzare ulteriormente il complesso di attività sportive e di socializzazione che già costituiscono parte della propria offerta di servizi e attività.

Anche per quanto riguarda gli anziani, ci sembra possibile individuare un nucleo di percezioni piuttosto condivise fra amministratori e operatori sociali della *Valdigne* riconducibili all'immagine di un sistema assistenziale nel complesso abbastanza solido e consolidato su cui, peraltro, appare evidente la necessità di investire in interventi di miglioramento di carattere incrementale. In questa sede ci sembra utile riprendere sinteticamente le linee di intervento e di miglioramento che sono emerse dalle interviste, nella convinzione, che – al di là della specifica amministrazione che le promuova o del singolo operatore che ne sottolinei l'esigenza – si propongono nel loro complesso come una possibile agenda delle priorità da perseguire.

Va innanzitutto sottolineato come sia diffusa la consapevolezza che la maggior parte degli anziani con bisogni assistenziali – dai più rilevanti sotto il profilo socio sanitario a quelli in cui prevale la dimensione sociale e relazionale – risieda al proprio domicilio, e spesso sia assistita da famigliari conviventi.

Se i giudizi di apprezzamento in rapporto a servizi quali telesoccorso, teleassistenza e assistenza domiciliare sono piuttosto generalizzati, è emersa la necessità di investire nella promozione di servizi finalizzati al sostegno della socializzazione e al sollievo delle famiglie. Riportiamo a tal proposito un breve brano tratto da una delle interviste: *“Abbiamo una percentuale significativa di anziani nelle famiglie di origine. Bisogna ragionare su servizi di sollievo e sostegno. [...] Bisogna valorizzare l'iniziativa individuale degli anziani, ma vanno aiutati. [...] Abbiamo sollecitato il coinvolgimento degli operatori sociosanitari. Da noi c'è un bisogno sommerso, c'è remora ad esternare le proprie esigenze. [...] La gran parte degli anziani che hanno problemi sono in casa.”*. Da segnalare in tal senso il progetto di rilancio e sviluppo di un Centro anziani nel Comune di Morgex, così come l'intenzione del Comune di Courmayeur di realizzare, coinvolgendo la Comunità Montana, un centro diurno in grado di offrire anche un servizio di refezione e altri servizi complementari in una struttura che ha recentemente ricevuto in lascito<sup>30</sup>.

In rapporto alle strutture residenziali presenti sul territorio in un paio di interviste è emersa una chiara convinzione della necessità di una maggiore specializzazione per affrontare patologie croniche e degenerative particolarmente invalidanti. Ne riportiamo anche in questo caso alcuni estratti: *“Bisogna sottolineare che ci sono esigenze legate a certe patologie a cui non si può venire incontro nelle microcomunità: dalle demenze al morbo di Alzheimer richiedono accorgimenti molto particolari, a partire dalle strutture e dal tipo di assistenza che deve essere assolutamente perso-*

---

30 Anche in questo caso citiamo iniziative e progetti emersi nel corso delle interviste.

nalizzata. Le strutture di questo tipo sono troppo poche ...”; “Sul territorio ci sono due microcomunità. Sono entrambe da mettere a norma e da rivedere. Sono strutture che vanno specializzate, sul post frattura piuttosto che sull’Alzheimer”.

Analogamente in un paio di casi è stata sottolineata la necessità di investire nella formazione degli operatori socio assistenziali: “Un altro problema serio riguarda la formazione degli operatori dell’assistenza domiciliare e delle stesse microcomunità. Negli ultimi anni sono stati assunti molti operatori senza qualifica. Il lavoro è molto logorante. Avrebbero bisogno di una formazione specifica e anche di un accompagnamento costante”; “Per quanto riguarda le assistenti domiciliari c’è una grossa carenza. La maggior parte di loro non ha seguito corsi di formazione”.

Sempre in rapporto agli anziani è infine necessario porre attenzione al tema della mobilità. Dalle interviste agli amministratori è emerso come in passato un paio di Comuni abbiano sperimentato servizi di navetta in grado di unire il centro del paese con le singole frazioni e i diversi nuclei abitati, che si sono tuttavia rilevati insostenibili anche in rapporto allo scarso utilizzo. Va tuttavia sottolineato come in questo caso emerga una evidente differenziazione nella percezione dei bisogni tra i Comuni. Per il Comune di La Salle, infatti, il problema della mobilità degli anziani dalle frazioni e dai nuclei e dalle case sparse verso il centro abitato rimane una questione assai rilevante, per quanto irrisolta. Gli altri Comuni, invece, ne hanno una percezione decisamente più attenuata, tanto da non considerarla una reale priorità. È peraltro da ricordare, come esplicitato nel secondo capitolo, che una tale diversità di percezione appare comprensibile se si considera la dislocazione della popolazione nei diversi Comuni: La Salle è infatti l’unico Comune ad avere oltre un terzo della popolazione residente al di fuori del centro abitato, a fronte di quote significativamente inferiori negli altri Comuni.

Le percezioni in merito alle priorità da affrontare appaiono piuttosto diversificate anche in rapporto alle tematiche connesse al disagio abitativo e all’immigrazione.

Il quadro descritto da un operatore nel corso dell’intervista appare piuttosto preoccupato: “Dal mio punto di vista c’è certamente disagio abitativo. Questa è una grossa parte del disagio collegato a quello economico lavorativo. Ci sono affitti molti alti, mentre spesso nei contratti risultano formalmente cifre molto più basse, quando invece si paga il triplo ... C’è difficoltà ad individuare una casa da affittare, anche perché molti affitti sono stagionali. Ci sono bandi per le case popolari, ma come sappiamo sono ampiamente insufficienti. C’è una legge regionale sull’emergenza abitativa che prevede per alcuni casi tempi più brevi di risposta, ma in realtà si aspetta anche 1 o 2 anni. Ci sono famiglie che vivono in case con pavimenti in terra battuta, o senza riscaldamento ... a volte ci sono 6 persone che vivono in 2 stanze, ci sono famiglie con bambini con problemi a deambulare che abitano al quinto piano, potrei continuare ...”.

Le percezioni degli amministratori, in generale, pur evidenziando l’esistenza del problema, appaiono nel complesso meno allarmate. In un paio di casi si sottolinea come i fenomeni migratori – in primo luogo dalle Regioni meridionali – abbiano avuto un picco nei decenni passati – “Negli anni 80 da noi c’è stata una grande im-



*migrazione e abbiamo fatto le case popolari. Adesso c'è un certo flusso di immigrazione che compensa le uscite. [...] questi problemi li abbiamo già vissuti.”; “L’immigrazione da noi è molto limitata, se non dal Sud Italia, ma con problematiche molto limitate. Il grosso dell’immigrazione è stata negli anni ‘60” e come attualmente i problemi di sistemazione abitativa riguardino più che altro i lavoratori stagionali – “La difficoltà è sugli stagionali, perché non tutti gli alberghi hanno da offrire vitto e alloggio. Si fa fatica a trovare personale qualificato ... non trovando casa ... al cuoco qualificato che ha famiglia non basta una stanza per dormire ... questo è il nostro problema”, “Forse siamo un po’ carenti nella disponibilità di alloggi, siamo una zona turistica ... è una carenza che vale anche per le strutture per i dipendenti degli alberghi”.*

Si differenzia nettamente da questa analisi il Comune di La Salle che evidenzia notevoli problemi connessi all’immigrazione e ai connessi casi di emergenza abitativa. Ci sembra in tal senso utile riportare un estratto delle parole del Sindaco nell’intervista che abbiamo realizzato: *“Siamo un paese agricolo: gli immigrati lavorano in montagna d’estate e in edilizia negli altri mesi; alcuni lavorano anche come camerieri, ma pochi. In prevalenza sono magrebini, adesso qualcuno arriva dalla Romania. Il problema è che adesso ci sono i ricongiungimenti familiari. I problemi sono notevoli. Per dire, nell’ultima Commissione sull’emergenza abitativa, Aosta aveva 8 casi e noi ne avevamo 5. Il problema è che molti lavorano alcuni mesi all’anno, poi per i restanti mesi non riescono a pagare l’affitto [...] ... noi ci siamo trovati delle famiglie che vivono in tenda ... allora si cerca un primo rifugio, poi si danno i buoni pasto ... io queste cose le faccio ma operativamente non posso essere lasciato solo”.* Anche in questo caso l’analisi dei dati condotta nel capitolo precedente conferma come il Comune di La Salle presenti l’incidenza più elevata di popolazione immigrata sui residenti, pari a circa il doppio rispetto a quella mediamente rilevata negli altri Comuni della *Valdigne*. Per completezza ci sembra utile sottolineare come dall’intervista abbiamo appreso la proposta avanzata in seno alla Comunità Montana di riconvertire un edificio a disposizione del Comune in una struttura di prima accoglienza dotata di alcune camere e di cucina e servizi comuni che, al momento, tuttavia non sembra aver avuto seguito.

Le tematiche connesse alla disabilità sono state approfondite nell’ambito di un incontro con un operatore. In tale contesto è emerso come gli elementi di maggiore criticità percepiti da chi lavora sul campo siano da legarsi, sotto un versante, alla assenza sul territorio della *Valdigne* di una struttura specificamente dedicata alla disabilità e sotto un altro versante alle difficoltà, specialmente sotto il profilo della mobilità, ad usufruire di strutture collocate sul territorio regionale al di fuori della Valle. Anche in questo caso ci pare utile riportare una breve citazione: *“Per quanto riguarda l’età adulta sul territorio non ci sono servizi specifici, ci appoggiamo alle microcomunità e all’assistenza domiciliare. [...] Poi i nostri utenti si devono spostare per andare nei Centri Educativi Assistenziali. Un bisogno rilevante riguarda i trasporti: la Comunità Montana avrebbe bisogno di un proprio mezzo attrezzato che*

*ora non è disponibile. Diciamo che forse non si è tanto avvezzi a vedere i bisogni di alcune fasce di popolazione ...”.*

In conclusione ci sembra dunque possibile proporre un’agenda del *welfare* locale della *Valdigne* – da considerare da parte degli attori territoriali come base di riferimento per i percorsi di miglioramento e sviluppo del sistema dei servizi – distinguendo le aree in cui appaiono emergere analisi maggiormente concordanti, dalle aree in cui viceversa si propongono visioni più contrastanti, anche in rapporto a bisogni ed esigenze differenziate sul territorio.

Come visto, le analisi riguardanti minori e anziani appaiono nel complesso più consonanti.

L’agenda su questi temi può quindi a nostro parere essere così sintetizzata:

- l’estensione dei servizi riguardanti bambini e adolescenti, sia di carattere ludico e socializzante che più strettamente educativi, il rafforzamento dei servizi e delle attività esistenti, la promozione della mobilità territoriale verso i servizi disponibili unicamente presso uno dei Comuni e rivolti al complesso della *Valdigne*;
- il rafforzamento e la promozione di servizi di carattere socializzante e di sollievo per le famiglie rivolto agli anziani che risiedono al proprio domicilio, la specializzazione delle strutture residenziali in rapporto a definite patologie croniche degenerative, la formazione degli operatori socio assistenziali attivi sul territorio.

Disagio abitativo e immigrazione appaiono, invece, temi su cui affiorano percezioni piuttosto differenziate.

Non è questa la sede per offrire un’interpretazione univoca che, anzi, va costruita sul territorio e dal complesso degli attori istituzionali e non istituzionali attivi nel campo delle politiche sociali. Ci appare semmai necessario sottolineare come la stessa necessità di perseguire e promuovere su questo terreno visioni maggiormente condivise sia senza dubbio un punto da inserire nell’agenda. Partendo da una attenta considerazione delle diversità socio economiche esistenti tra gli stessi Comuni della *Valdigne*, ampiamente emerse e documentate nel corso dell’indagine.

## ALLEGATO – I DATI

TAB. 2.1

Popolazione	1995	1998	2001	2004
Valle d' Aosta	117065	118628	119548	122868
Italia Nord Occidentale	14895023	14887455	14921776	15438441
Italia	56844408	56904379	56960692	58462375

TAB. 2.2

	Incremento demografico 2001-2004
Valle d' Aosta	2,8%
Italia Nord Occidentale	3,5%
Italia	2,6%

TAB. 2.3

	Incremento popolazione straniera 2003-2004
Valle d' Aosta	44,4%
Italia Nord Occidentale	58,5%
Italia	55,0%

TAB. 2.4

	% popolazione residente straniera 2004
Valle d' Aosta	3,5%
Italia Nord Occidentale	5,7%
Italia	4,1%

TAB. 2.5

	Tasso di attività
Valle d' Aosta	54,5%
Italia Nord Occidentale	52,6%
Italia	49,4%

TAB. 2.6

Tasso di disoccupazione	
Valle d'Aosta	3,0%
Italia Nord Occidentale	4,5%
Italia	8,0%

TAB. 2.7

Incidenza povertà relativa	
Valle d'Aosta	7,4%
Italia Nord Occidentale	5,4%
Italia	10,6%

TAB. 2.8

0-15 anni	
Valle d'Aosta	13,9%
Italia Nord Occidentale	13,7%
Italia	15,1%

TAB. 2.9

Indice di figli per donna in età feconda	
Valle d'Aosta	20
Italia Nord Occidentale	19,2
Italia	19,5

TAB. 2.10

Indice di vecchiaia	
Valle d'Aosta	131,7
Italia Nord Occidentale	149,8
Italia	126,9

TAB. 2.11

Rapporto tra quarta e terza età	
Valle d'Aosta	84,8
Italia Nord Occidentale	81,5
Italia	84,9

TAB. 2.12

Tasso standardizzato di disabilità	
Valle d'Aosta	38,6
Italia Nord Occidentale	41,9
Italia	48,5

TAB. 2.13

Indice di dipendenza senile	
Valle d'Aosta	19,8
Italia Nord Occidentale	20,6
Italia	20,4

TAB. 2.14

Indice di carico sociale	
Valle d'Aosta	47,6
Italia Nord Occidentale	50,8
Italia	51,4

TAB. 3.1

Popolazione	1995	1998	2001	2004
Courmayeur	2696	2760	2790	2979
La Salle	1728	1910	1880	1985
La Thuile	779	741	716	766
Morgex	1857	1866	1907	1938
Pré-Saint- Didier	1005	986	964	968
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>8065</b>	<b>8263</b>	<b>8257</b>	<b>8636</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>117065</i>	<i>118628</i>	<i>119548</i>	<i>122868</i>

TAB. 3.2

Incremento popolazione 2001-2004	
Courmayeur	7,0%
La Salle	6,1%
La Thuile	6,4%
Morgex	1,7%
Pré-Saint- Didier	0,4%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>4,7%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>2,8%</u>

TAB. 3.3

Tasso di attività	
Courmayeur	58,27
La Salle	55,47
La Thuile	57,91
Morgex	57,46
Pré-Saint-Didier	59,30
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>57,55</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>54,15</u>

TAB. 3.4

Tasso di disoccupazione	
Courmayeur	10,01
La Salle	7,29
La Thuile	6,76
Morgex	7,13
Pré-Saint-Didier	10,04
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>8,49</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>5,36</u>

TAB. 3.5

occupati per attività economica	agricoltura	industria	alberghi e ristoranti	pubblica amministr.	Altro
Courmayeur	1,3%	20,7%	18,8%	21,7%	37,5%
La Salle	8,5%	26,8%	9,3%	26,6%	28,8%
La Thuile	3,0%	21,5%	21,5%	23,9%	30,2%
Morgex	4,5%	27,6%	10,7%	25,1%	32,2%
Pré-Saint-Didier	3,0%	22,8%	17,3%	23,2%	33,7%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>4,0%</b>	<b>24,0%</b>	<b>14,9%</b>	<b>23,9%</b>	<b>33,2%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>4,8%</u>	<u>26,4%</u>	<u>8,0%</u>	<u>32,8%</u>	<u>28,0%</u>

TAB. 3.6

	Indice possesso diploma di scuola media superiore (19-34 anni)
Courmayeur	55,57
La Salle	42,13
La Thuile	53,95
Morgex	46,9
Pré-Saint-Didier	53,71
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>50,35</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>50,46</u>

TAB. 3.7

	0-15 anni
Courmayeur	12,9%
La Salle	15,8%
La Thuile	14,7%
Morgex	16,2%
Pré-Saint-Didier	14,7%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>14,7%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>13,9%</u>

TAB. 3.8

	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	Totale 0-10 anni
Courmayeur	2,2%	2,4%	4,4%	9,0%
La Salle	3,8%	3,6%	4,3%	11,7%
La Thuile	3,0%	2,8%	4,5%	10,3%
Morgex	3,5%	3,4%	5,1%	12,0%
Pré-Saint- Didier	2,2%	3,3%	4,7%	10,3%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,0%</b>	<b>4,6%</b>	<b>10,5%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>2,8%</u>	<u>2,8%</u>	<u>4,2%</u>	<u>9,7%</u>

TAB. 3.9

	Indice di figli per donna in età feconda
Courmayeur	16
La Salle	26
La Thuile	22
Morgex	24
Pré-Saint- Didier	18
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>21</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>20</u>

TAB. 3.10

	11-15 anni	16-17 anni	18-28 anni
Courmayeur	4,0%	2,0%	12,9%
La Salle	4,1%	1,0%	13,0%
La Thuile	4,5%	2,6%	10,5%
Morgex	4,1%	1,4%	11,8%
Pré-Saint- Didier	4,4%	1,8%	11,4%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>4,1%</b>	<b>1,7%</b>	<b>12,3%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<u>4,2%</u>	<u>1,7%</u>	<u>11,6%</u>



TAB. 3.11

indice di vecchiaia	
Courmayeur	118,8
La Salle	112,3
La Thuile	104,5
Morgex	93,7
Pré-Saint- Didier	96,6
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>107,1</b>
<u>Valle d'Aosta</u>	<u>131,7</u>

TAB. 3.12

	65-74 anni	>=75 anni
Courmayeur	9,8%	6,9%
La Salle	9,7%	9,2%
La Thuile	8,2%	8,4%
Morgex	9,1%	7,3%
Pré-Saint- Didier	8,2%	7,1%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>9,3%</b>	<b>7,7%</b>
<u>Valle d'Aosta</u>	<u>10,6%</u>	<u>9,0%</u>

TAB. 3.13

Rapporto tra quarta e terza età	
Courmayeur	70,2
La Salle	94,7
La Thuile	103,2
Morgex	80,3
Pré-Saint- Didier	86,4
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>82,5</b>
<u>Valle d'Aosta</u>	<u>84,8</u>

TAB. 3.14

indice di dipendenza senile	
Courmayeur	14,2
La Salle	20,5
La Thuile	17,9
Morgex	15,8
Pré-Saint- Didier	14,4
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>16,3</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>19,8</i>

TAB. 3.15

indice di carico sociale	
Courmayeur	39,4
La Salle	50,5
La Thuile	43,1
Morgex	45,6
Pré-Saint- Didier	40,8
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>43,7</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>47,6</i>

TAB. 3.16

	0-5 anni	6-17 anni	18-64 anni	65-74 anni	>= 75 anni
Distretto 1	0,2%	3,7%	21,7%	17,7%	56,8%
Valle d'Aosta	0,8%	2,7%	22,5%	15,9%	58,1%

TAB. 3.17

Disabilità	Cognitive	Cognitive + Fisiche	Cognitive + Fisiche + Sensoriali	Cognitive + Sensoriali	Fisiche	Fisiche + Sensoriali	Sensoriali
Distretto 1	19,3%	14,6%	2,4%	2,80%	42,70%	8,10%	10,10%
Valle d'Aosta	18,1%	15,9%	4,50%	3,10%	39,20%	8,40%	10,80%

TAB. 3.18

% popolazione straniera residente 2004	
Courmayeur	2,5%
La Salle	5,9%
La Thuile	2,5%
Morgex	2,5%
Pré-Saint- Didier	3,7%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>3,5%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>3,5%</i>

TAB. 3.19

incremento popolazione straniera 2003-2004	
Courmayeur	36,4%
La Salle	47,5%
La Thuile	5,6%
Morgex	14,3%
Pré-Saint- Didier	38,5%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>33,9%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>44,4%</i>

TAB. 3.20

provenienza popolazione straniera	Europa	Africa	Asia	America	Oceania	Apolidi
Courmayeur	64,0%	25,3%	0,0%	10,7%	0,0%	0,0%
La Salle	20,3%	57,6%	4,2%	17,8%	0,0%	0,0%
La Thuile	31,6%	0,0%	0,0%	15,8%	0,0%	52,6%
Morgex	35,4%	47,9%	2,1%	14,6%	0,0%	0,0%
Pré-Saint- Didier	13,9%	75,0%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>33,8%</b>	<b>46,3%</b>	<b>2,0%</b>	<b>14,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>3,4%</b>
<i>Valle d'Aosta</i>	<i>40,1%</i>	<i>45,1%</i>	<i>4,3%</i>	<i>10,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,2%</i>

TAB. 3.21

popolazione straniera	uomini	donne
Courmayeur	41,3%	58,7%
La Salle	55,9%	44,1%
La Thuile	10,5%	89,5%
Morgex	47,9%	52,1%
Pré-Saint- Didier	58,3%	41,7%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>49,2%</b>	<b>50,8%</b>
<u>Valle d'Aosta</u>	<u>49,2%</u>	<u>50,8%</u>

TAB. 3.22

	Centri abitati	Nuclei abitati	Case sparse
Courmayeur	99,96%	0,00%	0,04%
La Salle	62,63%	28,24%	9,13%
La Thuile	98,17%	0,56%	1,27%
Morgex	85,76%	11,09%	3,15%
Pré-Saint-Didier	83,70%	11,18%	5,12%
<b>C. M. Valdigne-Mont Blanc</b>	<b>86,09%</b>	<b>10,37%</b>	<b>3,53%</b>
<u>Valle d'Aosta</u>	<u>86,58%</u>	<u>10,21%</u>	<u>3,21%</u>

## Bibliografia

### Letteratura

- F. CARRERA e A. TESELLI, *Il ruolo delle governances locali nel processo di riforma dell'assistenza*, Assistenza Sociale, n. 3-4, 2002
- A. CUGNO, *Essere anziani in Valle d'Aosta. Linee di intreccio tra domanda di servizi e nuova imprenditorialità*, Franco Angeli, 2003
- E. R. ORTIGOSA, *Questioni aperte per politiche e servizi sociali*, Prospettive sociali e sanitarie, n., 2003
- E. R. ORTIGOSA, *Fra l. 328/00 e modifica della Costituzione*, Prospettive sociali e sanitarie, n. 5, 2003
- L. FAZZI, A. SCAGLIA, *Il governo della città nella trasformazione del welfare. L'esperienza del Piano sociale della città di Trento*, Franco Angeli, 2001
- P. FERRARIO, *Dalla l. 328/00 a oggi*, Prospettive sociali e sanitarie, n. 12, 2002
- N. NEGRI e C. SARACENO, *Le politiche sociali contro la povertà*, Il Mulino, 1996
- N. NEGRI e C. SARACENO, *Povertà, disoccupazione ed esclusione sociale*, Stato e Mercato, n. 59, 2000
- C. SARACENO (a cura di), *Le dinamiche assistenziali in Europa. Sistemi nazionali e locali di contrasto alla povertà*, Il Mulino, 2004

### Indagini e rapporti di monitoraggio nazionali

- Commissione di indagine sull'esclusione sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale Anno 2004*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2005
- Direzione generale per la famiglia, i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese, *Rapporto di monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale per l'Inclusione Sociale 2003-2005*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2005
- Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2005
- Servizio sanità e assistenza, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni Anno 2003*, Statistiche in Breve, Istituto Nazionale di Statistica, scaricabile sul sito: [www.istat.it](http://www.istat.it)

### Indagini e rapporti di monitoraggio regionali - Regione autonoma Valle d'Aosta

- ARER (a cura di), *Secondo Rapporto regionale sulla tipologia dei richiedenti il contributo del Fondo per il sostegno alla locazione (art. 11 legge n. 431/1998)*, Assessorato del territorio, dell'ambiente e delle opere pubbliche, 2005

- Commissione regionale sullo stato della povertà e dell'esclusione sociale in Valle d'Aosta, *Secondo rapporto su vulnerabilità e povertà in Valle d'Aosta*, 2005
- Direzione Politiche Sociali Servizio Disabili e Anziani, *La disabilità in Valle d'Aosta. Avvio di un registro regionale delle persone disabili*, 2005
- Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali, *Relazione sanitaria e sociale*, 2001
- Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali, *Atlante della mortalità in Valle d'Aosta 1980-2003*, 2005
- Osservatorio per le politiche sociali, *Primo rapporto*, 2005

#### *Normativa e piani nazionali*

- Legge n. 431/1998, *Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo*
- Legge n. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*
- DPCM 30 marzo 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento sui rapporti Regioni-Enti Locali-Terzo settore*
- DPR. 3 maggio 2001, *Approvazione del piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003*
- D.Lg. 207/2001, *Riordinamento del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza*
- D.M. 308/2001, *Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale*
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Libro bianco sul welfare. Proposte per una società dinamica e solidale*
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Piano di azione nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale 2003-2005*
- Dipartimento delle politiche sociali e previdenziali, *Piano nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale 2003-2005. Aggiornamento (Settembre 2004)*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

#### *Normativa e piani regionali - regione autonoma Valle d'Aosta*

- Legge regionale n. 17/1984, *Interventi assistenziali ai minori*
- Legge regionale n. 22/1993, *Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS*
- Legge regionale n. 12/1994, *Contributi a favore di associazioni ed enti di tutela dei cittadini invalidi, mutilati e handicappati operanti in Valle d'Aosta*
- Legge regionale n. 19/1994, *Norme in materia di assistenza economica*
- Legge regionale n. 77/1994, *Norme in materia di asili-nido*

- Legge regionale n. 39/1995, *Normativa e criteri generali per l'assegnazione, la determinazione dei canoni e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica*
- Legge regionale n. 9/1996, *Contributi a favore di istituti di patronato e di assistenza sociale operanti in Valle d'Aosta*
- Legge regionale n. 36/1998, *Norme per la costituzione e il funzionamento del Fondo regionale per l'abitazione*
- Legge regionale n. 44/1998, *Iniziative a favore della famiglia*
- Legge regionale n. 5/2000, *Norme per la razionalizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione*
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 5004/2001, *Nuova definizione delle modalità di presentazione delle domande e dei criteri di priorità per l'assegnazione degli alloggi riservati, ai sensi dell'art. 23 della L.R. 4.09.1995, n. 39 e successive modificazioni. Revoca della D.G.R. n. 2185 del 28/06/1999*
- Legge regionale n. 18/2001, *Approvazione del piano socio-sanitario per il triennio 2002/2004*
- Deliberazione del Consiglio regionale n. 666/XII, 9 giugno 2004, *Piano triennale di politica del lavoro e di formazione professionale 2004-2006*
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 2712/2004 e successive modifiche, *Istruzioni Piano triennale di politica del lavoro e di formazione professionale 2004-2006*
- Legge regionale n. 13/2006, *Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008*





*Parte Terza*

TAVOLA ROTONDA E CONCLUSIONI



IGOR RUBBO

*consigliere del Comitato scientifico della Fondazione Courmayeur; direttore della Direzione risorse dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta*

Procediamo ad avviare il confronto nell'ambito della Tavola rotonda, che io stesso introduco, e che vorrei proprio che si sviluppasse con il contributo degli amministratori locali. Infatti, in questo piccolo laboratorio possiamo considerare svolte le parti di natura metodologica benché parziale, perché sono stati indagati gli aspetti delle politiche sociali, ma gli ambiti di indagine sono anche altri, come quello sanitario e quello riguardante la scuola, che possono entrare nel Piano di zona come oggetto del Piano stesso.

Io ho parecchie *immagini* da mostrarvi, ma le scorrerò velocemente, giusto come piccolo compendio a ciò di cui abbiamo discusso oggi.

In sintesi, i Piani di zona partono da una serie di principi che sono già stati ampiamente illustrati e che riguardano la qualificazione del sistema di *welfare*, principi che orientano la programmazione e la gestione dei sistemi, principi che garantiscono i diritti e la loro esigibilità da parte dei cittadini.

I principi sono quelli discussi: la sussidiarietà, la solidarietà, la responsabilità, la partecipazione, la concertazione (vedete che i termini ritornano, anche quelli della concertazione e della responsabilità). Spesso soggetti che chiedono la concertazione non sono poi in grado di sostenerla, nel senso che pretendono che sia solo la loro voce ad essere sentita e non quella di altri, quindi, al di là dell'enunciazione dei principi, vi è da considerare la loro applicazione, ma un'applicazione che deve vedere una combinazione di tutti i principi e non soltanto l'espressione di alcuni di essi.

I principi che orientano la programmazione e la gestione dei sistemi sono, in sostanza, l'unitarietà e l'integrazione. È impensabile che i Piani di zona rappresentino una scissione in qualche modo giustificata all'interno di un sistema più ampio (che nel nostro caso può essere quello regionale, altrove quello provinciale), essi devono essere l'espressione dell'integrazione delle varie componenti che fanno parte del sistema.

Infine, abbiamo i principi che sono poi quelli che devono essere soddisfatti dal Piano di zona, cioè: l'universalismo (un universalismo selettivo proprio perché operiamo comunque in un contesto di risorse scarse, quindi sono da privilegiare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli interventi); l'equità nell'accesso (ottenuta combattendo le diseguaglianze che invece spesso minano a priori l'accesso alle prestazioni e quindi proprio il diritto di usufruire delle stesse); la personalizzazione degli interventi (e qui ritorniamo al concetto di umanizzazione e centralità della persona). Il tutto in quella logica più ampia di integrazione delle politiche sociali di cui abbiamo ampiamente detto.

Le fasi del processo di pianificazione le conoscete, quindi non le elenco in maniera dettagliata. Di fatto, si tratta delle fasi classiche di un processo di pianificazione e poi di programmazione e controllo.

Fase 1: avvio del processo (abbiamo visto la parte di carattere normativo e poi anche quella di carattere più tecnico e quindi applicativo delle norme).

Fase 2: costruzione della base conoscitiva, che fa parte di un ulteriore processo interno che attiene sia ai dati di natura quantitativa sia a quelli di natura qualitativa, cioè alla percezione soggettiva degli operatori intesi come amministratori e tecnici, nonché – in alcuni casi anche con metodologie particolari – della stessa popolazione.

Fase 3: diagnosi, ipotesi, obiettivi. Si tratta di capire, sulla base del processo che abbiamo visto oggi, come sintetizzare il tutto in obiettivi comuni.

Fase 4: verifica della compatibilità degli obiettivi individuati in relazione alle risorse disponibili (risorse di varia natura, non soltanto economica, risorse di natura strutturale, risorse umane, risorse informative e quant'altro).

Fase 5: approvazione e formalizzazione delle intese istituzionali, che hanno la forma quasi di un contratto o di un accordo che viene sancito fra le parti sulla base degli elementi su cui si è sviluppata.

Le fasi successive all'attuazione del Piano devono essere necessariamente fasi di monitoraggio. Cioè, che cosa succede mentre applichiamo quello che ci siamo detti di fare? Parlo di valutazioni soprattutto *in itinere* e *ex post* funzionali a capire come sono stati raggiunti gli obiettivi intermedi, con che grado di soddisfazione, ma soprattutto quali sono le ipotesi per sviluppare le successive fasi di programmazione (e qui torniamo allo schema di stamattina, che in sostanza vi ripropongo).

Dall'altra parte ci sono le riflessioni derivanti dalla ricerca svolta da A. Lea e che sono state sinteticamente riportate.

Correttamente, i ricercatori hanno posto in evidenza anche i limiti della loro ricerca. Cioè, consapevolmente dobbiamo porci nei confronti della ricerca sapendo che non tutto si esaurisce all'interno delle politiche sociali, ma c'è dell'altro e questo altro dovrà essere portato sui tavoli di cui abbiamo detto.

Vediamo velocemente: i servizi per la prima infanzia, i servizi per i minori... Questo è forse l'ambito in cui bisognerà collocare gli interventi di prevenzione. Mi riferisco soprattutto alla componente più orientata alla tutela della salute e a quegli strumenti di prevenzione in tema di alcolismo di cui abbiamo parlato questa mattina, perché abbiamo un bacino d'utenza, dal punto di vista statistico, significativamente più rappresentativo della popolazione locale e forse più problematico. Qui non sono solo i servizi a dover rispondere a questa esigenza, anche il ruolo della famiglia dovrà mutare, in modo tale che non sia solo qualcun altro ma anche chi è già all'interno della famiglia a risolvere il problema, che può trovare delle risposte, oltre che nell'erogazione di determinati servizi, in un certo cambiamento culturale, che può essere di aiuto nell'affrontare un disagio potenzialmente pericoloso perché va proprio a interessare quella fascia di popolazione che poi ritroveremo più avanti. Non a caso, dalle *slide* che abbiamo visto finora possiamo dedurre che i servizi aumentano con l'aumentare dell'età delle persone che ne usufruiscono e questo credo che voglia rappresentare qualche fenomeno in essere anche e soprattutto in termini di prevenzione.

I servizi per disabili. Qui vi sono delle risposte già in atto, anche se solo sulla

carta. Cioè, l'idea è di realizzare una struttura specifica per disabili che oggi usufruiscono di strutture al di fuori della comunità montana, se non addirittura al di fuori del distretto. Come vedete, ci sono risposte che già hanno una loro attuazione, ci sono risposte che invece sono scritte nei documenti di programmazione e che devono essere comunque contemplate all'interno del processo di definizione dei Piani di zona.

I servizi per gli anziani. Anche qui, in un ambito in cui i servizi sono tanti, bisogna capire come questi servizi si correlano tra loro, se sono resi in maniera efficiente ed efficace, se non si sovrappongono. Di nuovo subentra la discussione tra chi fa parte della componente che si occupa delle politiche sociali e chi fa parte della componente più prettamente sanitaria, perché parliamo di strutture che sono proprio quelle in cui gli operatori delle due componenti intervengono. Tra l'altro, abbiamo delle stime recenti a livello regionale che evidenziano come il tema della non autosufficienza (mi riferisco sia alla questione degli anziani sia, più in generale, alla questione delle disabilità, che non è correlata solo all'età) sia un problema che già si è manifestato, ma che si manifesterà sempre di più. Cioè, da qui al 2050 si prevede un aumento del 150% dei non autosufficienti, per cui si passerà, a livello regionale, dalle circa 3.500 persone di oggi a 8.500. Anche questi elementi, quindi, ci devono far pensare che l'analisi di cui abbiamo parlato non deve essere sull'attuale, ma deve interessare un orizzonte temporale lungo, nel senso che dobbiamo anticipare i bisogni, dobbiamo andare a fare delle proiezioni sui bisogni futuri anche in relazione alle risposte che dovremo porre in atto come programmatori.

Il tema della mobilità. Qui ritorniamo al discorso secondo cui bisogna uscire dai contesti istituzionali degli assessorati... E non mi riferisco solo ad aspetti correlati all'amministrazione regionale, ma anche a quelli locali. Come avete visto, il tema della mobilità all'interno della comunità montana oggetto dell'analisi ha un certo rilievo, nel senso che l'erogazione di servizi è spesso legata a problemi correlati al tema della mobilità e quanto questo tema possa influire sull'erogazione di un servizio è stato dimostrato con l'esempio fatto dal dottor Ponzetti, cioè: io posso anche avere il miglior medico possibile sul territorio, ma se poi non ho delle condizioni logistiche tali da facilitare l'accesso da parte del cittadino alle prestazioni fornite da quel medico, il servizio che io do è di fatto inefficiente.

Infine: gli aspetti più generali correlati al disagio abitativo, quindi al fenomeno dell'immigrazione, alla questione del lavoro, ecc.

In conclusione, le sollecitazioni che arrivano dalla giornata di oggi possono essere tradotte in una serie di domande provocatorie e cioè: quale deve essere il ruolo politico e tecnico dei Comuni, nell'ambito della comunità montana e nell'ambito territoriale del Piano di zona? Come interloquire all'interno del Piano di zona, uscendo dai confini in cui quotidianamente noi lavoriamo? Quali sono le forme di cooperazione che possono essere attivate all'interno della comunità montana? I problemi, infatti, non sono solo tra comunità montane, nell'ambito magari di uno stesso distretto sociosanitario, a volte sono all'interno di una stessa comunità. Quindi, quale dimensione territoriale deve avere l'ambito del Piano per rispondere in maniera efficace a questo tipo di esigenze? E poi (qui mi piacerebbe sentire chi interverrà dopo di me)

quali sono le attese verso gli altri soggetti politici e tecnici? Cioè, cosa ci aspettiamo dagli altri, quali contributi, quali forme di cooperazione? (Con ciò intendo riferirmi a tutti i soggetti, soprattutto del terzo settore, che oggi qui è particolarmente rappresentato.) Quali sono, quindi, i risultati che ci attendiamo dall'introduzione dei Piani di zona e quali poi gli esiti rispetto a quei bisogni che abbiamo visto enunciati? Infine: qual è l'impatto che ci attendiamo sulle risorse umane, tecniche e finanziarie delle politiche sociali rese all'interno del Piano di zona? Perché poi condivisione significa anche messa in comune di risorse proprie. Sappiamo che bene o male tutte le istituzioni sono un po' gelose delle proprie risorse e il fatto di dividerle mette a rischio i meccanismi di tutela del potere e del prestigio che ciascuno ha al proprio interno.

Forse bisogna andare oltre il concetto di istituzioni. C'è un libro piuttosto interessante sul "passaggio da sempre meno Stato a sempre più società"... Cioè, quello che si intende dire in maniera un po' provocatoria è che bisogna superare il confine delle istituzioni – che chiaramente non sono solo di tipo statale, sono anche di tipo regionale e locale – per andare verso un concetto un po' più ampio di società che comprenda tutte queste stesse istituzioni, in modo trasversale.

A questo punto, credo di poter concludere. Lascio la parola, in maniera anche un po' più discorsiva e concreta, al dottor Corrado Allegri, il quale ci dirà quali sollecitazioni dalla giornata di oggi ha ricevuto e quali risposte può iniziare a dare o quali risposte si aspetta dai propri interlocutori.

CORRADO ALLEGRI

*direttore del Distretto socio-sanitario n. 1 dell'Azienda USL della Valle d'Aosta*

#### *FASE 1 – Avvio del processo programmatico*

È la fase nella quale il programmatore locale, i Sindaci dei Comuni dell'Ambito, assume un "atto di indirizzo", nel quale:

- ◆ si costituiscono i Tavoli di lavoro;
- ◆ si definiscono i mandati e i tempi;
- ◆ si promuovono iniziative di informazione, formazione e comunicazione sociale. **OGGI E ... .. in futuro**

#### *FASE 2 – Costruzione della base conoscitiva*

È la fase nella quale sono raccolti informazioni che riguardano:

- ◆ dati relativi al contesto socio-ambientale (descrizione geografica e morfologica, collegamenti stradali, tipologia di attività produttive, ecc.);
- ◆ dati di natura demografica ed epidemiologici;
- ◆ dati sui soggetti Istituzionali e Comunitari (che intervengono nelle aree oggetto della programmazione);
- ◆ dati sulle risorse finanziarie (del programmatore locale o di altri enti istituzionali);
- ◆ dati sulla domanda e sull'offerta di interventi e servizi;
- ◆ dati sul sistema delle collaborazioni in atto (mappa delle collaborazioni).

Con la presentazione della ricerca di ACTION LEARNING, oggi è stato posto un primo tassello (demografico).

1. Primo contributo relativo alla parte epidemiologica
2. Secondo contributo: mappa delle risorse USL in campo
3. Terzo contributo: mappa delle collaborazioni in atto

#### *FASE 3 – Diagnosi e ipotesi di obiettivi*

È la fase nella quale, a partire dalla base conoscitiva e dai relativi commenti effettuati dai Tavoli Tematici di Area e sintetizzati dal Tavolo Tecnico, sono individuati punti di forza, punti di debolezza, fattori di sviluppo e successivamente, sulla base dei vincoli normativi e delle opportunità che si intendono garantire, sono definiti obiettivi di salute, di sistema, strategici.

4. Quarto contributo: ipotesi progettuali dedotte dalla base conoscitiva

#### *FASE 4 – Verifica e compatibilità degli obiettivi e delle risorse e loro allocazione*

#### *FASE 5 – Approvazione e formalizzazione delle intese istituzionali*

## 1. Profilo socio economico / ambientale / demografico

- Popolazione del Distretto di circa 18.500 abitanti
- Indice di vecchiaia 118 contro il 146 della media regionale  
Tra gli anziani la prevalenza è di donne
- Grandi vecchi (> 85 anni) pari al 1,8% della popolazione totale
- Nella C.M. Valdigne si registra circa il 15% di popolazione 0-15 anni
- Nella Valdigne è maggiore il numero bambini in tutte le fasce di età scomposte  
( prima infanzia 0-2, età prescolare 3-5, età scolare 6-10)

### INDICI DI BISOGNO ASSISTENZIALE

- **Indice di dipendenza senile** (rapporto tra >75 e 30-50 cioè popol. che può assistere)
- **Indice di carico sociale** (rapporto tra 0-15+>75 = popol. non attiva e 16-75= popol. attiva)

Entrambi gli indici sono inferiori alla MR tranne che a **La Salle** che presenta tutte e due gli indici superiori alla media della Comunità e della VDA.

- **Popolazione immigrata (+6% La Salle) (+ 3,7% P.S. Didier)**
- **Dispersione abitativa** (elevato numero di frazioni lontane dal centro): **La Salle**.

**Incremento demografico** importante, soprattutto negli ultimi 3 anni, **pari al 4,7%**, e superiore alla MR (2,8 %) distribuito in varia misura nei diversi Comuni e principalmente a Courmayeur e La Salle (Pré-St-Didier è invece in calo).

- **Tasso di attività superiore alla MR**
- **Tasso di disoccupazione superiore alla MR**

Fenomeni in parte spiegabili con la struttura demografica del Distretto che come visto è più giovane rispetto alla VDA nel suo complesso

- **Assorbimento occupazionale** nel settore alberghiero pari al 15% (contro un 8% della MR) che interessa soprattutto i Comuni di Courmayeur, P.S.Didier e La Thuile



## DISABILITÀ

Descrivere la disabilità è questione assai complessa, ma lo è ancora di più quando si tenta di comparare i dati sulla disabilità tra aree geografiche diverse del territorio nazionale. Ciò è dovuto alla **inadeguatezza dei diversi sistemi di classificazione** che si sono succeduti nel tempo per documentare la disabilità con efficacia.

- La struttura della popolazione disabile nel Distretto 1 è sostanzialmente in linea con la struttura media della VDA: anzi meglio perché il distretto 1, che come detto è anche quello più giovane, nonostante la correzione del tasso per il fattore età, risulta ancora il distretto con il **rischio di disabilità più basso rispetto la media regionale**, stimabile in una protezione dell'11% rispetto la media regionale.
- il rapporto tra il tasso grezzo regionale di **disabilità con handicap grave e il tasso standardizzato distrettuale di disabilità con handicap grave** (rapporto tra tassi) che può essere letto come la stima del **“rischio medio di disabilità con handicap grave a livello distrettuale”**. In altre parole, fatto pari ad 1 il rischio medio regionale di disabilità con riconoscimento di handicap in situazione di gravità, gli scostamenti - in eccesso ed in difetto - indicano la maggiore “protezione” o il maggiore “rischio” di ciascun distretto rispetto al valore medio regionale (**D1 = 0,91**).
- In Alta Valle la **disabilità più rappresentata**, così come nel resto della Regione e indipendentemente dall'età, è in assoluto quella **fisica**, seguita da quella cognitiva e fisico-cognitiva, ma con valori sensibilmente più bassi.

*Secondo questa fonte, nel 2000 il tasso standardizzato di disabilità nella popolazione di 6 anni e più in Italia era di circa 49 persone disabili ogni 1000 abitanti, mentre in Valle d'Aosta era inferiore: circa 39 persone disabili ogni 1000 abitanti.*

*Confrontando il dato della Valle d'Aosta con quello delle altre aree del nord ovest il tasso standardizzato risulta superiore a quello della Liguria, ma inferiore a quello del Piemonte (rispettivamente 35,5 e 44,5 ogni 1000 abitanti).*

*Rispetto invece alle altre aree geografiche dell'arco alpino, con particolare riferimento a quelle a statuto speciale, la Valle d'Aosta registra un tasso standardizzato simile a quello della provincia autonoma di Trento (38 disabili ogni 1000 abitanti) e lievemente superiore a quello della provincia autonoma di Bolzano e del Friuli Venezia Giulia (per entrambi 35,5 disabili ogni 1000 abitanti).*

*I dati che seguono sono tratti dall'archivio del Servizio invalidi civili dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali della Valle d'Aosta, aggiornato al mese di settembre 2004. Secondo questa fonte i soggetti invalidi in Valle d'Aosta sono 6.145, di cui **3.943 disabili**, mentre gli altri 2.202 (pari al 35,83%), pur avendo ricevuto un riconoscimento di invalidità, non possiedono i requisiti di disabilità esplicitati nell'introduzione che caratterizzano il nuovo archivio regionale sulla disabilità. A fronte di questa precisazione la tabella 2 mostra che i disabili in Valle d'Aosta **rappresentano il 3,23 %** della popolazione regionale.*

TABELLA 4. Ripartizione per distretto di residenza dei soggetti portatori di disabilità in Valle d'Aosta. Valori assoluti, tassi e rapporti. Anno 2004. Distretto 1.

Fonte: "La disabilità in Valle d'Aosta – avvio di un registro regionale delle persone disabili"

Direzione Politiche sociali e Servizio disabili e anziani

Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

DISTRETTO	DISABILITÀ	N.	Tasso grezzo per 100.000 abitanti	Tasso std per 100.000 abitanti	Rapporto tra tassi
<b>1</b> <b>Alta Valle</b>	Cognitive	115	500,67	539,05	0,92
	Cognitive + Fisiche	87	378,77	425,81	0,83
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali	14	60,95	70,92	0,49
	Cognitive + Sensoriali	17	74,01	84,21	0,85
	Fisiche	254	1105,84	1229,38	0,97
	Fisiche + Sensoriali	48	208,98	240,69	0,89
	Sensoriali	60	261,22	285,35	0,82
	<b>Totale di distretto</b>	<b>595</b>	<b>2590,45</b>	<b>2875,42</b>	<b>0,89</b>
	<b>Totale</b>	<b>3943</b>	3230,91		

TABELLA 5. Percentuale di disabili residenti, distinti per fascia di età e tipologia. Anno 2004.

Distretto 1.

Fonte: "La disabilità in Valle d'Aosta – avvio di un registro regionale delle persone disabili"

Direzione Politiche sociali e Servizio disabili e anziani

Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

DISABILITÀ	PERCENTUALI PER FASCIA DI ETÀ					
	0-5	6-17	18-64	65-74	Oltre 75	Totale
Cognitive + Fisiche + Sensoriali	0,00	0,00	7,14	0,00	92,86	<b>100%</b>
Cognitive + Fisiche	1,15	6,90	10,34	14,94	66,67	<b>100%</b>
Cognitive + Sensoriali	0,00	0,00	17,65	5,88	76,47	<b>100%</b>
Cognitive	0,00	6,96	38,26	11,30	43,48	<b>100%</b>
Fisiche + Sensoriali	0,00	0,00	6,25	14,58	79,17	<b>100%</b>
Fisiche	0,00	1,97	20,47	23,23	54,33	<b>100%</b>
Sensoriali	0,00	5,00	28,33	20,00	46,67	<b>100%</b>
<b>Totale</b>	<b>0,17</b>	<b>3,70</b>	<b>21,68</b>	<b>17,65</b>	<b>56,81</b>	<b>100%</b>

## 2. Profilo epidemiologico

*La salute di una popolazione si deduce dal suo contrario: morte e malattie acute (ricoveri)*

Nell'Atlante della mortalità in VDA pubblicato nell'aprile 2005 dall'Osservatorio epidemiologico Regionale si delinea, attraverso l'analisi delle prime 10 cause di morte e della loro distribuzione geografica, un profilo epidemiologico delle diverse zone che rappresenta il punto di partenza per una serie di necessarie riflessioni.

- *Malattie dell'apparato circolatorio*

Sono il gruppo di cause che ha fatto registrare la riduzione di mortalità più rilevante negli ultimi 20 anni; trattandosi anche del gruppo di cause più rilevante in termini percentuali, la riduzione di mortalità per questo gruppo di cause è da considerarsi come il principale artefice della riduzione della mortalità generale. Tra gli anni '80 e gli anni '90 la mortalità in Valle d'Aosta si è ridotta del 26,1% tra gli uomini e del 34,5% tra le donne.

La diminuzione è stata generalmente costante in tutti i distretti e comunità montane, pur con alcune eccezioni (per esempio, **tra gli uomini, la Comunità montana Valdigne – Mont Blanc, dove la riduzione è stata inferiore al 10%**).

Per quanto riguarda le **malattie ischemiche del cuore (36% di tutti i decessi per malattie circolatorie) tra gli uomini le aree a maggior rischio sono rappresentate dal Distretto 4 (+24%) in tutte le Comunità montane e dalla Comunità montana Valdigne-Mont Blanc che, in controtendenza con il resto della regione, tra gli anni '80 e gli anni '90 ha fatto registrare un incremento della mortalità (+27%)**

**Tra le donne la situazione è molto simile a quella degli uomini. Tutte le Comunità montane del Distretto 4 e la Comunità montana Valdigne-Mont Blanc si confermano come le aree della regione a più elevata mortalità per malattie ischemiche del cuore, con eccessi simili a quelli registrati tra gli uomini.**

- *Malattie cerebrovascolari*

La situazione non presenta eccessi di mortalità significativi per uomini e donne nel Distretto 1.

- *Tumori maligni*

La mortalità per tumori maligni, seconda causa di morte in Valle d'Aosta, ha subito negli uomini una modesta riduzione (-4%) tra i due periodi considerati; tra le donne, invece, la riduzione è stata più evidente (-10,5%).

Non si registrano infatti eccessi di mortalità statisticamente significativi né tra gli uomini né tra le donne ma va sempre segnalato che, **tra le donne**, la Comunità montana Valdigne-Mont Blanc è l'unica in cui la mortalità ha subito un **sia pur lieve incremento** tra gli anni '80 e gli anni '90.

- *Malattie dell'apparato respiratorio*

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte tra gli uomini e la quarta tra le donne. Tra gli anni '80 e gli anni '90 la mortalità si è ridotta del 36,5% tra gli uomini (soprattutto nelle fasce di età più giovani) e del 24% tra le donne (coinvolgendo in misura analoga tutte le età), ma con un andamento differente nei due sessi.

Il caso più evidente è rappresentato dal **Distretto 1** dove la mortalità si è dimezzata negli uomini ed è rimasta invariata tra le donne; questo effetto è quasi del tutto ascrivibile alla Comunità montana Valdigne-Mont Blanc dove, tra gli uomini, la mortalità si è ridotta così fortemente da farne la Comunità montana più protetta di tutta la regione, mentre, tra le donne, la mortalità è raddoppiata, facendone l'area a rischio più elevato.

### *Distretto 1*

Cause di morte e territori critici	D1	
	CM	CM
	Valdigne Mont Blanc	Grand Paradis
Tutte		
Circolatorio		
Ischemiche	RM	
Cerebrovascolari		
Tumori	RF	
Polmone		
Mammella		
Respiratorio	RRF	
Cause accidentali		

**RF** = rischio di morte più elevato (o molto più elevato=**RRF**) della media regionale nelle donne

**RM** = rischio di morte più elevato (o molto più elevato=**RRM**) della media regionale negli uomini

**RICOVERI:** a fronte di una tendenza generale di tutto il Distretto ad un minor ricorso al ricovero rispetto alla media regionale, **la C.M. G. Paradis** presenta degli eccessi rispetto alla Valdigne e alla media regionale in relazione alla patologia neoplastica polmonare, sia per il **ricorso al ricovero**, sia per la **durata del ricovero** (che può essere considerato un indice *proxy* di gravità)

#### 4. Risorse in campo

Morgex (sede poliambulatorio)

- MMG, PLS, Spec. amb., MET-118, Uff. San.
- Servizi amministrativi (CUP, UAP)
- Servizio infermieristico (amb. e dom.)
- Servizio di diagnostica rx ed ecografia
- Servizio consultoriale (pediatra, ass. sanitaria, ginecologo ed ostetrica)
- Servizio di riabilitazione (FKT e logoped.)
- Servizio di psicologia, SERT
- Assistenza sociale

Villeneuve (sede consultoriale e Sede ADI)

S. Pierre (sede consultoriale)

Il distretto assicura:

Attività domiciliare (ad, adi)

Attività nelle strutture residenziali pubbliche

Collaborazione con le istituzioni scolastiche

e inoltre:

Garantisce la continuità assistenziale

Opera per una sempre maggiore integrazione e coinvolgimento dei mmg/pls nelle dinamiche distrettuali e nei suoi processi organizzativi e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza primaria

Assicura lo sviluppo e l'implementazione di percorsi assistenziali e attraverso l'integrazione h/t

Sviluppa collaborazioni con il volontariato

#### 4. Problemi emersi dalla ricerca A. LEA

Offro infine alcune riflessioni personali, a seguito di quanto fin qui emerso, e avanzo alcune ipotesi di risposte possibili anche eventualmente in "forma aggregata".

**PRIMA INFANZIA** (garderie e asili nido): **situazione soddisfacente**  
**MINORI**: **maggior criticità in rapporto al complesso dei servizi riguardanti i bambini con più di 3 anni fino alla fascia di età adolescenziale.**

- disagio scolastico di bambini e adolescenti, a sua volta legato a condizioni di disagio economico e lavorativo delle famiglie.
- **carezza di servizi di accudimento** nelle fasce orarie in cui generalmente i genitori sono impegnati in attività lavorative extradomestiche.

- Rete familiare
- Ampliamento degli orari dei

Doposcuola? Ludoteche? Attività sportive? Centri incontro? Collaborazioni con oratorio?

**ANZIANI**: a fronte di un sistema assistenziale giudicato globalmente **solido e consolidato**, anche se con necessità di adeguamenti strutturali ed implementazione, emerge che la maggior parte degli anziani della comunità, sia a bisogno prevalentemente socio-sanitario sia a bisogno socio relazionale, è **assistita in famiglia**.

- **Sostegno alla famiglia**  
- CENTRO DIURNO
- **Sostegno alla socializzazione**  
- CENTRO INCONTRO

#### STRUTTURE SPECIALIZZATE

- malattie cronico degenerative invalidati (Alzheimer, demenze, ecc.)

#### DISABILITA'

Assenza sul territorio della Comunità montana di **una struttura specificamente dedicata alla disabilità** e sotto un altro versante, le difficoltà, specialmente **sotto il profilo della mobilità**, ad usufruire di strutture collocate sul territorio regionale al di fuori della Valle, sottolinea quanto già presente anche nel PSSR, all'obiettivo 23: **Contrastare le situazioni di bisogno sociale con particolare attenzione alla disabilità e alla non auto sufficienza**

- Sostegno alle persone con **disabilità psico-fisica e alle loro famiglie**
- **Integrazione del disabile in un contesto occupazionale**

CEA

#### OBIETTIVO 21 DEL PSSR

Sviluppo della solidarietà sociale secondo il principio della sussidiarietà verticale ed orizzontale

- **Sostegno alla famiglia come risorsa di coesione e solidarietà sociale**  
CENTRO INCONTRO FAMIGLIE
- **Sostegno del volontariato sociale**

SPORTELLO PROMOZIONE PREVENZIONE

SPORTELLO INFORMAZIONE SOCIALE

  
 République Française  
 Département de la Savoie  
 Communauté de Communes Mont Blanc

## Incontro dibattito “I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna”

### Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

---

### I piani di zona - I principi (1)-

Per la costruzione del sistema integrato dei piani di zona, la Legge 328/2000 definisce alcuni principi e criteri che rappresentano il qualificante ancoraggio per i processi programmatori e gestionali locali.

Tali principi e criteri possono essere ripartiti in tre tipologie:

- principi che qualificano il sistema di Welfare;
- principi che orientano la programmazione e la gestione del sistema;
- principi che garantiscono i diritti e la loro esigibilità.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006

2

  
 République Française  
 Département de la Savoie  
 Communauté de Communes Mont Blanc

## Incontro dibattito “I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna”

### Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

---

### I piani di zona - I principi che qualificano il sistema di Welfare (2) -

1. **Sussidiarietà:** nel garantire il sistema di interventi e servizi sono chiamati in causa i soggetti e le formazioni sociali più vicine alla persona e alla famiglia. Tale scala può essere così rappresentata: persona - famiglia - reti primarie - reti secondarie comunitarie - reti istituzionali.
2. **Solidarietà:** lo scenario ipotizzato è quello di un insieme di soggetti istituzionali e comunitari capaci di mettersi in rete e di interagire nell'interesse delle persone, della famiglia, dei gruppi sociali, e quindi capaci di raggiungere efficacemente gli obiettivi.
3. **Responsabilità:** la Legge 328/2000 sottolinea fortemente il tema delle responsabilità non solo Istituzionali e dei Soggetti del Terzo e Quarto Settore, ma anche del cittadino che, oltre ad essere titolare di diritti, è anche chiamato a contribuire al sistema locale di promozione e di protezione della qualità della vita.
4. **Partecipazione:** quei soggetti che, nella propria operatività, garantiscono interesse esterni alla propria compagine, svolgono di fatto una funzione di pubblica utilità.
5. **Concertazione:** il sistema di Welfare ipotizzato nella Legge 328/2000 non si qualifica solo grazie al passaggio da centrale a locale, da statale a municipale, bensì perché pone l'accento sulle formazioni territoriali e sociali nelle loro espressioni.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006

3



Incontro dibattito  
"I servizi socio-sanitari nelle aree di  
montagna"  
Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

I piani di zona  
- I principi che orientano la programmazione e la gestione del sistema di  
Welfare (3) -

1. **Unitarietà:** l'Ambito territoriale adeguato, per la programmazione unitaria, viene inteso come quella delimitazione amministrativa con caratteristiche specifiche e originali, con bisogni specifici, risorse particolari, sistemi di relazione tra soggetti peculiari; nella Legge 328/2000 tale Ambito coincide con il Distretto Sanitario di base.
2. **Integrazione:** la Legge 328/2000 affronta il tema dell'integrazione a partire dal mettere in rete interventi e servizi del sociale, per passare al socio-sanitario e agli interventi educativi e ipotizza un'ulteriore integrazione con le politiche, per la formazione professionale e il lavoro.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006

4



Incontro dibattito  
"I servizi socio-sanitari nelle aree di  
montagna"  
Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

I piani di zona  
- I principi che garantiscono i diritti e la loro esigibilità (4) -

1. **Universalismo selettivo:** il sistema integrato di interventi e servizi, nelle sue dimensioni che vanno dal promozionale al tutelare, è programmato e realizzato a favore dell'universalità dei cittadini.
2. **Equità nell'accesso:** un sistema universalistico deve essere organizzato e gestito prestando attenzioni a quanti, pur avendo gli stessi diritti e i medesimi requisiti, per svariati motivi finiscono o con il non accedere o con il farlo solo parzialmente, alla gamma di opportunità presenti sul territorio.
3. **Personalizzazione degli interventi:** al sistema integrato di interventi e servizi si accede solo grazie a progetti personalizzati; la Legge 328/2000 riconosce quella persona, con quei bisogni, con quelle risorse, in quel particolare sistema di relazioni.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006

5



## Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

### Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

---

### I piani di zona

#### - Integrazione delle politiche sociali (5)-

Si tratta di mettere in rete le politiche sociali in senso lato, (casa, territorio, trasporti) e quelle relative allo sviluppo socio - economico (formazione professionale, lavoro, insediamenti produttivi) con le tematiche relative a fenomeni quali il cambiamento nelle strutture familiari, l'invecchiamento della popolazione, l'immigrazione, la condizione giovanile, la disabilità, la crescita del disagio esistenziale, il raccordo tra tempi di lavoro e tempi di cura, i tempi della città, l'insicurezza legata ai cambiamenti nel mondo del lavoro.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006

## Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

### Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

---

### I piani di zona

#### - Le fasi del processo di pianificazione (1)-

**FASE 1 - Avvio del processo programmatico.**  
È la fase nella quale il programmatore locale, i Sindaci dei Comuni dell'Ambito, assume un "atto di indirizzo", nel quale:

- si costituiscono i Tavoli di lavoro;
- si definiscono i mandati e i tempi;
- si promuovono iniziative di informazione, formazione e comunicazione sociale.

**FASE 2 - Costruzione della base conoscitiva.**  
È la fase nella quale sono raccolti informazioni che riguardano:

- dati relativi al contesto socio-ambientale (descrizione geografica e morfologica, collegamenti stradali, tipologia di attività produttive, ecc.);
- dati di natura demografica ed epidemiologica;
- dati sui soggetti istituzionali e Comunitari (che intervengono nelle aree oggetto della programmazione);
- dati sulle risorse finanziarie (del programmatore locale e di altri enti e istituzioni);
- dati sulla domanda e sull'offerta di interventi e servizi;
- dati sul sistema delle collaborazioni in atto (mappa delle collaborazioni).

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006



## Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

### Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

#### I piani di zona

- Le fasi del processo di pianificazione (2)-

**FASE 3 - Diagnosi e ipotesi di obiettivi.**

È la fase nella quale, a partire dalla base conoscitiva e dai relativi commenti effettuati dai Tavoli Tematici di Area e sintetizzati dal Tavolo Tecnico, sono individuati punti di forza, punti di debolezza, fattori di sviluppo e successivamente, sulla base dei vincoli normativi e delle opportunità che si intendono garantire, sono definiti obiettivi di salute, di sistema, strategici.

**FASE 4 - Verifica e compatibilità degli obiettivi e delle risorse e loro allocazione.**

È la fase nella quale viene effettuato un raccordo tra gli obiettivi e le priorità ipotizzate, i vincoli di legge (livelli da garantire) e le risorse disponibili e/o attivabili, in una pianificazione triennale.

**FASE 5 - Approvazione e formalizzazione delle intese istituzionali.**

A cura del Tavolo Tecnico viene stilata la bozza definitiva del Piano di Zona e il Tavolo Politico la licenzia, inviandola all'organo istituzionale competente per la formale approvazione. Successivamente all'approvazione, verranno sottoscritte le intese tra le diverse istituzioni coinvolte nella realizzazione degli obiettivi di Piano.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006



## Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

### Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

#### I piani di zona

- Le fasi di monitoraggio e di verifica (3)-

Nell'Ambito locale il processo valutativo, quale momento di passaggio tra due cicli programmatici, dovrebbe svilupparsi tenendo presenti tre momenti generali e condivisi:

- momento della considerazione e della focalizzazione delle condizioni iniziali, dei bisogni e delle risorse presenti e della loro organizzazione, delle risposte già attivate (**valutazione ex ante**);
- momento del monitoraggio sui prodotti (che cosa) e sul processo (come), che si svolge durante l'attuazione delle azioni previste, possibilmente con il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti attuatori del piano (**valutazione in itinere**);
- momento della considerazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi, della qualità dei prodotti e dei processi e dell'impatto che hanno in riferimento a priorità ed obiettivi dichiarati (**valutazione ex post**).

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2006

**Incontro dibattito**  
**“I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna”**  
 Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

**I piani di zona**  
 - Schema di sintesi -

**BISOGNI**  
 Letti a partire dalla base conoscitiva e consensuali dei tecnici e dei soggetti. Considerati relativi alle persone, alla rete dei Servizi, al sistema di relazioni.

**LIVELLI DA GARANTIRE**  
 Art. 22, L. 328/2000 e altri vincoli di Legge statale  
 Piano socio-sanitario regionale e leggi di settore  
 Alcune priorità contenute nell'atto di indirizzo dei Sindaci

**RISPOSTE IN ATTO**  
 Unità d'offerta pubblica e privata  
 Progettualità  
 Progetti

**DIAGNOSI**  
 Intesa come rapporto tra livelli da garantire e livelli in atto (in cui il livello da garantire è dato da un confronto rapporto tra i livelli da garantire e i reali bisogni rilevati)

**OBIETTIVI**  
 di salute, di benessere sociale e di sistema  
 Potenziamento - Qualificazione - Innovazione

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2004 10

**Incontro dibattito**  
**“I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna”**  
 Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

**La ricerca svolta da A.LEA.**  
 - Sintesi -

Nelle interviste che sono state realizzate ad amministratori e operatori attivi nella Comunità montana sono emerse in più punti, su nostra sollecitazione, considerazioni e riflessioni in merito ai problemi più rilevanti, alle priorità da affrontare, così come valutazioni sui servizi attualmente garantiti.

In questa sede, è utile offrire una breve sintesi rispetto alle sollecitazioni e agli spunti critici proposti.

Courmayeur, Jardin de l'Auge 25 novembre 2004 11



Incontro dibattito  
"I servizi socio-sanitari nelle aree di  
montagna"  
Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

La ricerca svolta da A.LEA.  
- Sintesi -  
**SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA**

Sembra emerga con una certa unitarietà un **giudizio piuttosto positivo in rapporto ai servizi per la prima infanzia**. In altri termini, la rete di asili nido e garderie d'enfance presenti sul territorio sembra, in generale, garantire un buon livello di copertura dei bisogni della popolazione e, comunque, non è emersa in tal senso da parte di nessuno dei nostri interlocutori l'indicazione di una situazione particolarmente problematica.

Da segnalare, peraltro, l'intenzione manifestata dal Comune di Pré-Saint-Didier - che, come visto, attualmente ha una convenzione con il Comune di Courmayeur - di valutare la possibilità di realizzare un asilo nido o una garderie direttamente sul proprio territorio, ipotesi comunque avanzata, ci pare, in un'ottica di medio lungo periodo e non dettata da situazioni emergenziali.

Courmayeur, Jardin de l'Autge 25 novembre 2006 12



Incontro dibattito  
"I servizi socio-sanitari nelle aree di  
montagna"  
Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

La ricerca svolta da A.LEA.  
- Sintesi -  
**SERVIZI PER I MINORI**

Sono invece emersi giudizi di **maggior criticità in rapporto al complesso dei servizi riguardanti i bambini con più di 3 anni fino alla fascia di età adolescenziale** che appaiono sostanzialmente concordi e complementari.

Sotto un primo profilo, si concentra infatti l'attenzione sul **disagio scolastico di bambini e adolescenti, a sua volta legato a condizioni di disagio economico e lavorativo delle famiglie**. Sotto un secondo profilo, si pone attenzione alla **carezza di servizi di accudimento nelle fasce orarie in cui generalmente i genitori sono impegnati in attività lavorative extradomestiche**.

Courmayeur, Jardin de l'Autge 25 novembre 2006 13



# Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

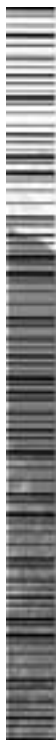
Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

La ricerca svolta da A.LEA.

- Sintesi -

## SERVIZI PER DISABILI

Le tematiche connesse alla disabilità sono state approfondite nell'ambito di un incontro con un operatore. In tale contesto è emerso come gli elementi di maggiore criticità percepiti da chi lavora sul campo siano da legarsi, sotto un versante, alla assenza sul territorio della Comunità montana di **una struttura specificamente dedicata alla disabilità** e sotto un altro versante alle difficoltà, specialmente sotto il profilo della mobilità, ad usufruire di strutture collocate sul territorio regionale al di fuori della Valle.



# Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

La ricerca svolta da A.LEA.

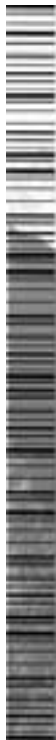
- Sintesi -

## SERVIZI PER GLI ANZIANI

Per quanto riguarda gli anziani, è stato individuato un nucleo di percezioni piuttosto condivise fra amministratori e operatori sociali della Comunità montana riconducibili all'immagine di un sistema assistenziale nel complesso abbastanza solido e consolidato su cui, peraltro, appare evidente la necessità di investire in interventi di miglioramento di carattere incrementale.

Se i giudizi di apprezzamento in rapporto a servizi quali telesoccorso, teleassistenza e assistenza domiciliare sono piuttosto generalizzati, è emersa la necessità di investire nella promozione di servizi finalizzati al sostegno della socializzazione e al sollievo delle famiglie.

In rapporto alle strutture residenziali presenti sul territorio in un paio di interviste è emersa una chiara convinzione della necessità di una maggiore specializzazione per affrontare patologie croniche e degenerative particolarmente invalidanti.



# Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

La ricerca svolta da A.L.E.A.  
- Sintesi -  
**SERVIZI PER LA MOBILITA'**

E' necessario affrontare il tema della mobilità in un territorio come quello della Comunità Montana, caratterizzato da Comuni di piccole dimensioni ciascuno dei quali non è spesso in grado di garantire sul proprio territorio l'insieme dei servizi riconducibili a bambini ed adolescenti - dal doposcuola, alla ludoteca, ai Centri estivi, alle stesse attività ludico-sportive, ecc. - risulta infatti fondamentale promuovere la mobilità dei ragazzi sul territorio verso le attività e i servizi esistenti.

Anche in rapporto agli anziani è necessario porre attenzione al tema della mobilità. Dalle interviste agli amministratori è emerso come in passato un paio di Comuni abbiano sperimentato servizi di navetta in grado di unire il centro del paese con le singole frazioni e i diversi nuclei abitati, che si sono tuttavia rilevati insostenibili anche in rapporto allo stesso utilizzo.



# Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

La ricerca svolta da A.L.E.A.  
- Sintesi -  
**DISAGIO ABITATIVO**

Da più parti è invece emersa la problematica relativa al c.d. "disagio abitativo". Questa problematica è spesso correlata al disagio economico e lavorativo. Si ravvisano difficoltà nella locazione delle abitazioni ed i bandi per le case popolari, sono percepiti come ampiamente insufficienti.



## Incontro dibattito "I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna"

Il caso della Comunità montana Valdigne - Mont Blanc

### La ricerca svolta da A.LEA.

#### - Sintesi -

Sulla base delle indicazioni emerse dalla ricerca svolta da A.LEA., si possono desumere le seguenti sollecitazioni:

- come deve essere svolto il ruolo politico e tecnico dei comuni e della comunità montana nell'ambito territoriale del Piano di Zona?
- quali sono le forme di cooperazione che possono essere avviate all'interno della Comunità montana?
- quale dimensione territoriale deve avere l'"ambito" del Piano di zona?
- quali sono le attese verso gli altri soggetti politici e tecnici coinvolti (Amministrazione regionale, Azienda USL, Comunità montana integrata, terzo settore)?
- quali sono i risultati che si attendono dall'introduzione del Piano di zona? E quali gli esiti sui bisogni espressi dalla popolazione?
- quale è l'impatto sulle risorse umane, tecniche e finanziarie che si attende sulle politiche sociali rese nell'ambito della Comunità montana dall'introduzione del Piano di zona?
- ...

ROBERTO MAURIZIO

*esperto e consulente sui “Piani di zona” della Regione Autonoma Valle d’Aosta*

Innanzitutto, mi sembra doveroso esprimere un ringraziamento sentito all’Amministrazione regionale per la fiducia dimostrata nella possibilità di portare un contributo allo sviluppo dei Piani di zona nella regione Valle d’Aosta.

A me verrebbe da dire “bene, adesso usciamo da questa sala e incominciamo a lavorare”, perché è tutta la mattina che sentiamo parlare di quello che si deve e si dovrà fare, tanto che ormai non resta altro che incominciare a muoversi. Però, onde evitare di farci prendere dalla frenesia del fare, che è una delle malattie più gravi che colpisce il campo del sociale, forse vale la pena di integrare ciò che è stato già detto nei molti interventi che si sono succeduti nella mattinata, che, permettetemi di dirlo, condivido nella loro totalità. Infatti, mi sembra di avere percepito un atteggiamento culturale molto in sintonia con il mio personale modo di pensare. Però voglio portare un contributo su un registro differente e lo faccio partendo da Seneca, per poi arrivare all’Africa.

Molti anni fa Seneca diceva che non c’è vento favorevole, se non si da dove andare. Allora il problema non è quello di avere le barche, le vele, il vento favorevole, cioè di avere i servizi e le risorse, il problema è sapere dove si vuole andare. Per sapere dove si vuole andare nel campo delle politiche sociali e nell’attuazione dei Piani di zona, ci si deve confrontare con una questione che stamattina è stata toccata, quando si è usato il termine “felicità”. Cioè: qual è l’idea che abbiamo di felicità a cui stiamo tendendo? Cosa desideriamo da un sistema di benessere? L’assenza di malattia? L’assenza di problemi? La ricchezza? Delle relazioni sociali altamente soddisfacenti? Se io dovessi chiedere a mio suocero, che ha ottantacinque anni e che vive a casa mia, che cos’è per lui la felicità, mi direbbe che per lui è avere tutti i giorni il ragù di carne, la sua forma di pane, la possibilità di vedere Rex al pomeriggio e di starsene tranquillo. Se dovessi dire che cos’è per me la felicità, direi: poter mangiare un giorno il sugo al pesto, un giorno il ragù alla livornese... Se dovessi chiedere a mia figlia che cos’è per lei la felicità, sempre per restare nel campo della cucina, lei direbbe “poter inventare, sperimentare”.

Quello che voglio dire è che ognuno di noi ha delle percezioni, dei desideri, delle aspettative di vita – e quindi anche di benessere sociale – che sono completamente diverse. È facile trovare un punto di incontro? Io credo proprio di no, non è facile nella mia famiglia, come non è facile, credo, nella famiglia di ciascuno di voi.

I singoli componenti del nucleo familiare hanno dei bisogni a cui si deve rispondere trovando una strada che permetta a tutti di andare avanti insieme. Alcune volte chiediamo ai nostri compagni di viaggio, all’interno della famiglia, di decidere se comprare un divano piuttosto che rifare la tinteggiatura della casa, alcune volte qualcuno si accolla la responsabilità di scegliere, alcune volte non scegliamo perché non c’è la possibilità di farlo, magari perché non ci sono i soldi. Lo stesso accadrà nel lavoro di stesura dei Piani di zona. Allora ho pensato di illustrarvi velocemente sette dualismi con cui avremo a che fare.



Primo dualismo: la tensione verso l'industria e la tensione verso l'artigianato. A me piacerebbe molto che i Piani di zona fossero omogenei, così eviteremmo tanti problemi. In realtà, con i Piani di zona non possiamo ragionare in termini di prodotti finiti, cioè non è vero che il vestito fatto in serie vada bene per tutti. Nel lavoro sui Piani di zona dobbiamo essere tutti artigiani, cioè imparare a costruire collettivamente delle cose che vadano bene al più alto numero di persone, sapendo però in partenza che il più alto numero di persone non è la totalità delle persone, che qualcuno sarà sempre insoddisfatto. Stamattina, ad esempio, non abbiamo parlato della fascia dei giovani di età tra i quindici e i ventinove anni. Questo cosa vuol dire? Che questi giovani non ci sono o che non hanno dei bisogni? Questi giovani esistono e hanno delle tensioni, dei bisogni, dei problemi. E dei quarantaquattrenni, cioè coloro che devono sostenere i piccoli e anche i vecchi, abbiamo parlato? No, non molto. E quanto di ciò che faremo, quanto delle decisioni che prenderemo ci permetterà di rispondere ai bisogni di tutti? Credo molto poco. Allora un punto con cui dobbiamo fare i conti, un aspetto che dobbiamo accettare fin dall'inizio è che i Piani di zona sono Piani basati su un concetto di selezione, non di universalismo, perché richiedono delle scelte e queste scelte implicano delle dolorose rinunce derivanti dallo scarso rapporto tra problemi, bisogni e risorse a disposizione.

Secondo dualismo: la pianificazione razionale ed esperta. A noi piacerebbe molto avere chiari dei dati da cui partire per determinare priorità e azioni, per garantire ai cittadini dei servizi. Tutto ciò sulla carta va bene, però nella realtà non è così, perché i vincoli di reciprocità, i vincoli culturali che sono stati esposti anche questa mattina in molti interventi, i vincoli legati al tempo e a competenze che non sono mai sufficienti, i vincoli legati a risorse che non sono mai adeguate, determinano l'adozione di un altro criterio, che non è quello della pianificazione razionale, è quello della pianificazione "esperta", cioè una pianificazione che parte dalla capacità che abbiamo già di conoscere, capire, affrontare i problemi, prendere decisioni, e anche dalla capacità di crescere. In questo senso, mi permetto di dire che ciò che offriremo al territorio della regione Valle d'Aosta sarà un'esperienza di apprendimento: per imparare a fare insieme, imparare a decidere, imparare a scegliere, imparare a valutare, imparare a organizzare.

Terzo dualismo: la separazione, che fa sempre comodo (ognuno faccia le cose che deve fare), e l'integrazione (è meglio farle tutti insieme). Anche qui il discorso non è semplice, perché non è vero che quando c'è integrazione i risultati sono più efficaci, a volte c'è più confusione, c'è più conflitto; d'altro canto, se c'è separazione, c'è meno conflitto, almeno apparentemente, ma non è detto che ci sia più efficacia di servizi e di interventi. Una chiave di lettura che a me sembra di poter proporre è che non può esistere integrazione se non c'è accettazione della dipendenza dagli altri, cioè: il sociale si può integrare con la sanità solo se accetta di dipendere anche dalla sanità e la sanità si può integrare col sociale solo se accetta di dipendere in parte anche dal sociale. Il culturale e l'educativo possono integrarsi col sociale e col sanitario solo se accettano di dipendere in parte... E la chiave di lettura non è che ciascuno di noi ha delle competenze, la chiave di lettura è che ciascuno di noi ha dei bisogni che possono essere soddisfatti col concorso di altri.

Quarto dualismo: la delega e la competenza. Da un lato, c'è un atteggiamento abbastanza standard che è quello per cui io dico "ho dei problemi, ci pensino gli specialisti", dall'altro c'è un atteggiamento che è quello per cui io dico "ciascuno di noi ha delle competenze". Allora a me verrebbe da chiedere: perché in Valle d'Aosta c'è solo una certa percentuale di separazioni? Perché c'è solo una certa percentuale di suicidi? Perché c'è solo una certa percentuale di povertà? Perché solo quella percentuale? Se noi ci facciamo colpire solo dal quel 13% che presenta il problema della separazione e non dall'87% che non lo presenta, non possiamo capire perché nell'87% delle famiglie non si arriva alla separazione. Cioè, quali sono le capacità, le competenze che le famiglie naturalmente riescono a mettere in gioco nei processi educativi, nei processi formativi, nei processi di cura, ecc.? Perché poche persone si rivolgono ai servizi? Perché internamente alla loro rete naturale, alla loro rete sociale, riescono a trovare delle risposte già di per sé positive. In questo senso, io credo che il gioco dello sviluppo di un Piano di zona stia non solo nello scoprire quali sono i problemi e quali i bisogni su cui innestare dei nuovi servizi o valorizzare, implementare, integrare ciò che c'è, ma anche nel dare valore alle capacità naturali del sistema sociale (e per sistema sociale intendo il sistema famiglia e il sistema delle reti naturali).

Sesto dualismo: l'attesa di qualcuno che indichi la direzione da seguire (ritorno al messaggio di Seneca) e la necessità di mettere in piedi un percorso di ascolto. Il lavoro di ricerca che è stato fatto in Valdigne va già nella direzione di un percorso di ascolto, che però richiede, nel lavoro di stesura dei Piani di zona, anche il passaggio ad altri livelli di ascolto. Faccio due esempi velocissimi.

Ho avuto modo, per un lavoro di indagine che ho fatto in questi ultimi anni in comuni molto piccoli, di intervistare i pediatri di questi comuni. Uno di loro mi raccontava che c'era una cosa che lo metteva molto in difficoltà come pediatra e cioè mi diceva: in un arco di tempo molto ristretto, si presentano da me tre persone, prima una mamma, poi una seconda, poi una terza..., persone che probabilmente non si conoscono tra loro e che mi dicono che il loro figlio di sette od otto anni è molto stressato e quindi mi chiedono un intervento farmacologico per ridurre lo stress, perché il figlio non dorme di notte, dorme a scuola, presenta tic nervosi, ecc. Quando io chiedo "ma che vita fa questo bambino?", mi sento dire "va a scuola fino alle quattro e mezza, il lunedì ha il basket, il martedì ha il catechismo, il mercoledì ha il corso di lingua inglese, il giovedì ha di nuovo il basket perché fa due allenamenti alla settimana, il venerdì lo prende mio suocero e lo porta a fare attività sportiva". Io dico "forse è il caso di ridurre tutta questa quantità di impegni, perché probabilmente è da questa quantità di impegni che dipende lo stress"... E la mamma, candidamente: "Ma perché bisogna ridurre questi impegni? In fondo il bambino deve imparare che la vita da adulto è stressante e quindi è meglio che lo impari da piccolo". "Ma allora che cosa vuole da me?", dico io. E la madre: "Una medicina per imparare a convivere con lo stress". Allora, quando dico che abbiamo bisogno di ascoltare il territorio, voglio dire che abbiamo bisogno di ascoltare storie come queste, cioè abbiamo bisogno di capire quale cultura è presente nella vita quotidiana delle famiglie, degli anziani, dei bambini.

Un secondo esempio è quello di una maestra di terza elementare la quale mi ha raccontato di un bambino che frequentemente va a scuola con il ciuccio. Quando lei ha parlato con la madre di questo bambino e gli ha detto “ma scusi, non potete togliere il ciuccio a ‘sto bambino?”, la madre gli ha risposto “ci provi lei! Io sono due anni che ci provo e non ci riesco”.

Ho fatto due esempi riguardanti i bambini, ma ve ne potrei fare molti altri riguardanti gli anziani.

Settimo e ultimo dualismo: l’attesa nei confronti dei servizi e il processo di autopromozione, di autorganizzazione. Secondo me, il Piano di zona nasconde una trappola in cui dovremmo evitare di cadere: quella per cui si pensa che i problemi necessariamente implicano servizi, come se i servizi fossero delle macchinette per il caffè disponibili a ogni incrocio, per cui, se io ho bisogno di una bevanda calda, metto la monetina e la bevanda calda esce. Ragionare in questa logica non porta niente di nuovo nel mondo e non porta niente di nuovo neanche in Valle d’Aosta, probabilmente. Noi abbiamo la necessità di avere delle macchinette che ogni tanto ci permettano di ristorarci, cioè di avere dei servizi che intervengano sugli stati di malattia, sugli stati di malessere, sugli stati di disagio, ma non possiamo immaginare che i nostri bisogni siano risolti dai servizi. Una quota di risoluzione dei bisogni risiede nella capacità delle persone di autorganizzarsi. Il principio della sussidiarietà orizzontale di cui parla la Costituzione si pone in questi termini: non solo è centrale il ruolo delle istituzioni locali, è centrale il ruolo degli individui, dei cittadini, delle formazioni sociali, intendendo per formazioni sociali quelle tradizionali, canoniche, i partiti, i sindacati, ma anche le forme di autorganizzazione micro. Vi porto un esempio.

In una città emiliana dove ho avuto modo di collaborare per un piano-famiglie, abbiamo messo in piedi un lavoro di autopromozione e di sviluppo di reti di solidarietà primaria tra famiglie. Abbiamo trovato un gruppo di cinque famiglie tutte con figli che stanno nella stessa classe e che, rendendosi conto della fatica che deve sostenere la famiglia di un disabile che frequenta quella classe, hanno incominciato a interagire con questa famiglia e quindi si sono presentate con un piccolo progetto, dicendo: questa famiglia ha un figlio disabile e ha bisogno di aiuto, noi siamo disponibili a sostituire i genitori e a portare quattro giorni alla settimana su cinque il bambino all’ospedale dove il bambino deve seguire le terapie mediche, a condizione però che tu Comune ci metta a disposizione i soldi per attrezzare adeguatamente una delle nostre quattro automobili familiari. Il Comune ha dato i soldi e questo gruppo informale di famiglie da ben quattro anni svolge quest’attività e lo fa senza percepire niente, come forma di microsolidarietà. Questa cosa ha portato dei benefici non solo al bambino, che così vede persone diverse, ma anche agli altri componenti della famiglia, che finalmente sono ritornati a respirare un po’, possono andare a fare la spesa, mettere a posto la casa, vivere una propria vita di relazioni... Una cosa così i servizi non la potranno mai fare, mai. Noi non potremmo mai permetterci di pagare dei professionisti per fare una cosa simile, sarebbe antieconomico; cioè, non esiste un sistema di servizi che potrà mai garantire una simile capacità di vicinanza.

All'inizio ho detto che sarei partito da Seneca per arrivare all'Africa. Allora, c'è un notissimo proverbio africano che dice: fa più rumore un albero che cade di una foresta che cresce. Nel caso dei Piani di zona io direi: il lavoro sui Piani di zona deve fare rumore. Cioè, è bene che il Piano di zona per la comunità valdostana incominci a fare rumore, in modo che questa si accorga che qualcosa sta cambiando, che sta cambiando anche nelle relazioni tra persone, tra cittadini e istituzioni, tra organizzazioni sociali. Così non ci faremo colpire solamente dal rumore prodotto dai disagi, dalle cose che non vanno, dai problemi, ci faremo anche colpire dalle cose che vanno bene e che incominciano a produrre dei risultati positivi.

IGOR RUBBO

Grazie e complimenti.

Abbiamo sforato di una ventina di minuti rispetto al programma, che a questo punto prevederebbe gli interventi delle mamme, dei genitori, degli amministratori locali. A questi chiedo se intendono intervenire per dare un loro contributo in maniera del tutto volontaria e non prescritta come invece è all'interno del programma.

Il Sindaco di Pré-Saint-Didier.

RICCARDO BIELLER  
*sindaco di Pré-Saint-Didier*

Al termine di questa mezza mattinata il nostro intervento può risultare anche superfluo perché l'esposizione è stata completa e la fotografia è estremamente veritiera oltretutto tecnica, ci sono stati proiettati tutta una serie di dati che ci torneranno senz'altro utili nelle scelte strategico- politiche future.

Gli Amministratori quando debbono assumere delle decisioni non dimenticano mai il parametro costo-beneficio per cui sarebbe opportuno disporre degli standard ottimali sui vari servizi. Dico questo perché, ad esempio, quando all'interno delle riunioni dei Sindaci della Comunità Montana Valdigne Mont Blanc si è ravvisata l'esigenza che per poter avere condivisione sarebbe opportuno disporre dei costi medi regionali, inoltre gli standard faciliterebbero di molto anche le decisioni sulla dislocazione delle stesse strutture. È pur vero che la nostra Comunità è omogenea per territorio ed i tempi di spostamento al suo interno sono irrilevanti; l'intoppo nasce quando un Comune deve rinunciare ad un servizio attivo al suo interno, con questo non si intende scaricare le responsabilità, ma bensì avere un metodo di valutazione ed un'analisi più approfondita.

Durante l'Incontro ci è stato esposto anche l'esempio di quanto sia importante la comodità del servizio trasporti, i dati dicono che lo studio medico che non dispone di una fermata autobus nei pressi del suo laboratorio è sottoutilizzato dall'utenza, quindi nella riorganizzazione del servizio pubblico di trasporti si dovranno evidenziare queste esigenze.

Avrei ancora un'osservazione da esporre: il costo dei servizi che i cittadini debbono pagare in base all'ISEE, porto l'esempio dei centri estivi organizzati dalla nostra Comunità Montana; abbiamo constatato che all'interno del Comune dove è stato istituito il servizio pubblico è nata la concorrenza privata che proponeva costi inferiori, a discapito della qualità però il risultato è stato di sottoutilizzazione del nostro servizio.

Ho voluto portare questo esempio per fare una riflessione sulla politica dei prezzi in atto. Nel complesso come Comunità Montana Valdigne Mont Blanc visti i dati possiamo ritenere di avere un sistema servizi medi ma di qualità, è chiaro che tutto è migliorabile però possiamo ritenerci soddisfatti dell'esistente, i piani di zona non potranno che migliorare ulteriormente il servizio.

Noi siamo partiti negli anni '80 con la costituzione di una microcomunità (che in quegli anni credo fosse tra le prime messe a disposizione degli anziani) che ospitava un'utenza autosufficiente; nel tempo, però, questa utenza è andata sempre più peggiorando dal punto di vista della salute, quindi oggi questa microcomunità non ha più la funzione che aveva all'inizio. Noi avevamo creato questa microcomunità a livello comunale proprio per tenere la gente sul posto, però questa gente doveva essere autosufficiente, oggi invece la situazione si è capovolta. Quindi, dal punto di vista del benessere sociale, anche questo dato va preso in considerazione e magari rivisto in termini di parametri, in modo da andare a diversificare le varie strutture esistenti,

perché non possiamo dire: non va bene niente, creiamo tutto ex novo. Questo credo sia un discorso superato anche per le difficoltà economiche che riscontriamo.

Vorrei dire ancora una cosa sui Comitati di volontariato che noi avevamo. I Comitati di volontariato funzionavano estremamente bene. Probabilmente non c'era la stessa qualità del servizio, la stessa competenza del personale, ma quei Comitati funzionavano già allora, con un volontariato molto forte, che poi gestiva le micro-comunità.

LORENZO GRAZIOLA

*sindaco di Morgex; referente per le politiche sociali della Comunità montana Valdigne-Mont-Blanc*

L'ora è tarda e penso che la gente non sia più tanto disponibile a sopportarci, comunque raccolto l'invito di Riccardo perché è utile parlare anche dei nostri problemi.

Riferendomi all'ultimo intervento del dottor Maurizio, mi sembra di capire che attualmente anche la foresta che cresce fa rumore, nel senso che nel caso specifico possiamo dire di essere partiti col piede giusto. Cioè, rendere compatibili i Piani di zona con quelle che sono le necessarie indagini sul territorio per il reperimento di dati certi, di dati statistici e di stimoli per attivare i Piani di zona: questo mi sembra che sia il modo di agire e di affrontare i problemi. Rilevo, altresì, che i Piani di zona sono un contenitore, non sono un obiettivo finale, sono uno strumento che deve crescere giorno per giorno, ma che soprattutto deve modificarsi a seconda delle esigenze e dei bisogni della popolazione.

Una delle domande provocatorie che mi sembra siano state individuate e a cui qualcuno deve rispondere è: che cosa si aspettano le comunità locali dai Piani di zona? Sarebbe semplicissimo dire "il soddisfacimento dei bisogni", perché i Piani di zona penso che abbiano come caratteristica precipua quella di soddisfare dei bisogni. Il problema, però, è la soddisfazione dei bisogni anche *in fieri*. È lì che sta la nostra capacità di lavorare giorno per giorno e di cambiare giorno per giorno politiche e atteggiamenti. Mi sembra che questo sia il dato di fatto più importante che possiamo rilevare in questa giornata.

Per quanto riguarda la nostra comunità montana e il suo assetto interno, ma soprattutto la sua vocazione alla dialettica, mi sembra che siamo abbastanza avanti, come anche i miei colleghi possono confermare. Le affermazioni del dottor Allegri, come lui stesso diceva, sono più degli stimoli che non delle riflessioni articolate, nascono anche da un nostro confronto diretto, costante, continuo, con le strutture del territorio. Certamente abbiamo individuato determinati bisogni che adesso non sono soddisfatti e che dovranno esserlo.

Aggiungo solo una cosa in merito alla questione emersa nell'ambito dell'indagine per quanto riguarda le politiche giovanili e le strutture per la prima infanzia. Il quadro che ricaviamo da quell'indagine, tanto per avvalorare la tesi del cambiamento *in fieri* delle situazioni, del cambiamento quotidiano delle politiche e dei bisogni, risale a circa un anno fa ed è un quadro di riferimento sostanzialmente sufficiente, ma che attualmente non è più adeguato. Per esempio, nel caso del mio paese, Morgex, la *garderie* da quest'anno non è più sufficiente a rispondere alle esigenze di tutti coloro i quali richiedono l'apporto di questo tipo di struttura, quindi dobbiamo individuare delle possibilità alternative. Penso che La Thuile abbia più o meno gli stessi problemi. Certamente la cosa può essere risolta in vari modi, può essere risolta con l'implementazione strutturale, ma può essere risolta anche con altri sistemi.

Mi fermo qui perché penso che i miei colleghi possano dire qualcosa di più e di meglio.

MARIA VITTORIA MENEL

*assessore alle Politiche sociali del comune di La Thuile*

Io non posso che confermare quello che Lorenzo ha detto. Effettivamente la *garderie*, che è nata per scommessa un po' di anni fa come prima *garderie* di alta montagna, come prima *garderie* in Valle d'Aosta al di fuori di quelle della città di Aosta, quest'anno non riesce a supplire ai bisogni della comunità. Allora insieme dobbiamo cercare di trovare delle soluzioni. Tenete presente che soprattutto noi assessori al Sociale della Valdigne ci vediamo da circa tre anni regolarmente e regolarmente mettiamo sul tavolo i problemi della comunità intera, non soltanto del nostro paese. Quindi crediamo davvero di essere avanti rispetto a tutto quello che deve essere fatto.

Tutto qui.



FEDELE BELLEY

*sindaco di Aymavilles; responsabile del settore "politiche sociali" del C.P.E.L. e del CELVA*

Credo che diventi difficile, dopo tutte le parole che sono state dette stamattina, fare delle considerazioni.

Personalmente sono un po' di famiglia, all'Assessorato alla Sanità, in quanto mi occupo per il CELVA di diverse tematiche. Voglio dire che il dialogo è importante, lo è sempre stato e lo sarà anche in futuro, però a volte è difficile parlarsi sinceramente e con tranquillità. Con l'Assessorato alla Sanità devo dire che questo avviene tutte le volte e a noi fa molto piacere.

In futuro i temi affrontati oggi dovranno sicuramente vedere coinvolti anche gli Enti locali, perché saranno gli Enti locali che dovranno spiegare, soprattutto ai cittadini, i cambiamenti che avverranno in futuro.

Noi saremo i primi interlocutori della Regione e saremo i primi a dare il nostro supporto.

L'augurio è di buon lavoro a tutti.

IGOR RUBBO

Se non ci sono altre considerazioni, chiudiamo questo Incontro.

Ringrazio tutti per la partecipazione e per essere rimasti oltre l'orario.

Grazie e arrivederci.

Finito di stampare  
nel mese di ottobre 2007  
presso Musumeci S.p.A.  
Quart (Valle d'Aosta)

Via dei BAGNI, 15  
11013 COURMAYEUR,  
Valle d'AOSTA  
Tel. (0165) 846498 - Fax (0165) 845919  
[www.fondazionecourmayeur.it](http://www.fondazionecourmayeur.it)  
E-mail: [info@fondazionecourmayeur.it](mailto:info@fondazionecourmayeur.it)  
C. F. 91016910076

**Il volume è ANCHE disponibile su [www.fondazionecourmayeur.it](http://www.fondazionecourmayeur.it)**