

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE  
Erik LAVEVAZ

IL DIRIGENTE ROGANTE  
Massimo BALESTRA



---

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente atto è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal \_\_\_\_\_ per quindici giorni consecutivi, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 23 luglio 2010, n. 25.

Aosta, lì \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE  
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 26 luglio 2021

In Aosta, il giorno ventisei (26) del mese di luglio dell'anno duemilaventuno con inizio alle ore otto e quattro minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

**LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA**

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

**Il Presidente Erik LAVEVAZ**

e gli Assessori

**Luigi BERTSCHY - Vice-Presidente**

**Roberto BARMASSE**

**Luciano CAVERI**

**Jean-Pierre GUICHARDAZ**

**Carlo MARZI**

**Davide SAPINET**

Si fa menzione che le funzioni di Assessore all'ambiente, trasporti e mobilità sostenibile sono state assunte "ad interim" dal Presidente della Regione.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Struttura provvedimenti amministrativi,  
Sig. Massimo BALESTRA \_\_\_\_\_

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **928** OGGETTO :

SOSTITUZIONE DELL'ALLEGATO A DELLA DGR 52/2019 RECANTE LE MODALITÀ DI PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025 A SEGUITO DEL PERMANERE DEL RISCHIO EPIDEMIOLOGICO DA COVID 19.

## LA GIUNTA REGIONALE

richiamato il Piano sanitario nazionale (PSN) per il triennio 2006-2008;

richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione);

richiamata la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 (Approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013);

richiamata la legge regionale 22 dicembre 2017, n. 23 (Disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale per il triennio 2018 - 2020) e, in particolare, l'articolo 19, comma 5 che stabilisce che "Il piano socio-sanitario regionale ha durata almeno triennale, con possibilità di aggiornamento annuale, ed è approvato dal Consiglio regionale, con propria deliberazione, su proposta della Giunta regionale e previo parere del Consiglio permanente degli enti locali";

riconosciuta nell'attività di programmazione una delle funzioni strategiche di una pubblica amministrazione e del sistema pubblico dei servizi alla persona, siano essi di salute o di benessere sociale, poiché definisce, attraverso lo strumento di un piano regionale dedicato, priorità e obiettivi strategici, azioni da mettere in campo, risorse da allocare, processi e procedure di attuazione da parte degli attori istituzionali e di rappresentanti della società civile e dei cittadini, indicatori di valutazione;

ritenuto che è attraverso la programmazione partecipata che si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e gli attori, pubblici e privati, e che spetta ancora alla programmazione allocare risorse e intercettare nuovi o rinnovati bisogni derivanti dai mutamenti sociali, economici, normativi, culturali ed epidemiologici individuando per essi interventi e risposte adeguate;

premesso che il Piano regionale per la salute e il benessere sociale definisce gli obiettivi di salute e di benessere sociale da realizzare da parte del sistema Regione-Azienda USL-Enti locali nell'ambito dei programmi concordati e condivisi previsti dalla normativa vigente;

considerate le modalità di partecipazione in quattro fasi al percorso per la predisposizione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale già definite dalla deliberazione della Giunta regionale n. 52 del 21 gennaio 2019, sospese a causa del diffondersi della pandemia da Covid 19 anche in Valle d'Aosta;

preso atto dalla Struttura regionale competente in materia di programmazione socio sanitaria del completamento della fase 1 e parzialmente della fase 2 di cui alla deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019, riguardante la predisposizione della prima bozza di documento di programmazione e la prima consultazione attraverso l'apertura agli addetti ai lavori, prioritariamente Azienda USL della Valle d'Aosta e Consiglio permanente degli enti locali;

ritenuto importante coinvolgere anche gli altri soggetti previsti dalla fase 2, identificati dalla deliberazione della Giunta regionale n. 52 del 21 gennaio 2019 come "tutti i soggetti rappresentativi di servizi che si occupano di salute e di sociale";

confermata, parimenti, la volontà di procedere nel più breve tempo possibile alla fase 3 di consultazione e partecipazione alla stesura del documento di programmazione sanitaria e sociale più ampia attraverso l'apertura della bozza di documento di programmazione ai cittadini e ai portatori di interesse che, al momento dell'approvazione della deliberazione della

Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019, prevedeva sedi pubbliche di incontro con la popolazione per la presentazione dei contenuti del documento di programmazione sanitaria e sociale;

stante la sospensione di tutte le attività in presenza a rischio di assembramento disposte dalla normativa nazionale a seguito della pandemia da Covid 19 a partire dal mese di marzo 2020, che hanno causato un ritardo non preventivabile nel progredire delle fasi previste dalla deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019 secondo modalità partecipative da parte della popolazione, dei soggetti a vario titolo interessati e coinvolti e dei portatori di interesse;

ritenuto pertanto non più procrastinabile il percorso di condivisione e di partecipazione al principale documento di programmazione sanitaria e sociale da parte di tutti i soggetti interessati, ma contemporaneamente dovendo mantenere tutte le regole di tutela e di salvaguardia della salute contro il rischio epidemiologico da Covid 19 ancora presente;

stante l'impossibilità di formulare una previsione certa del livello di rischio epidemiologico da contagio nei mesi futuri e fino al termine dei lavori di completamento dell'iter di approvazione del documento di programmazione nonostante il progredire della campagna vaccinale, ma permanendo l'incertezza sulla diffusione delle varianti del virus Sars Cov 2;

considerata l'avvenuta realizzazione della Piattaforma democratica on line, prevista dalla fase 3 della deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019 e originariamente individuata quale strumento aggiuntivo alla partecipazione agli incontri in presenza, ma che, allo stato attuale della situazione epidemiologica, si configura quale strumento preferenziale per garantire a tutti i soggetti interessati la più ampia partecipazione alla predisposizione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025 in condizioni di sicurezza e di tutela dal rischio di un eventuale contagio;

ritenendo pertanto non più rinviabile la conclusione, entro il presente anno, dell'iter di approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025, principale documento di programmazione in materia di sanità, salute e politiche sociali, ancora più necessario nelle sue disposizioni dopo gli effetti prodotti dalla pandemia sulla collettività e a garanzia per tutti i cittadini e gli operatori dei servizi per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta, anche in previsioni di eventuali ulteriori emergenze sanitarie;

ritenuto opportuno, come rappresentato dai competenti uffici, sostituire interamente l'allegato A della deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019, precisando tuttavia che sono stati modificati parzialmente i contenuti dei punti 2 (Metodologia di elaborazione del Piano) e 3 (Caratteristiche dei contenuti e scelta editoriale del Piano), mantenendo il punto 1 (Premessa, storia e fondamenti del Piano) conforme all'originale;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1404 in data 30 dicembre 2020, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2021/2023 e delle connesse disposizioni applicative;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal Dirigente della Struttura programmazione socio sanitaria e assistenza

ospedaliera dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute, politiche sociali Roberto Alessandro Barmasse;

ad unanimità di voti favorevoli

### **DELIBERA**

1. di sostituire l'Allegato A della DGR 52/2019, recante le modalità di programmazione partecipata per la predisposizione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025, con l'Allegato A che è parte integrante della presente deliberazione, a seguito del permanere del rischio epidemiologico da Covid 19;
2. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
3. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul sito internet della Regione autonoma Valle d'Aosta [www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it).



Assessorat de la Santé, du Bien-être, des Politiques sociales  
Assessorato Sanità, Salute, Politiche sociali

---

PREDISPOSIZIONE  
DEL NUOVO PIANO REGIONALE  
PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE  
2020-2025

---

METODOLOGIA DI ELABORAZIONE  
SECONDO UN PERCORSO  
DI  
PROGRAMMAZIONE LOCALE PARTECIPATA

luglio 2021

---

Documento coordinato dall'Assessorato Sanità, Salute, Politiche sociali  
della Regione Autonoma Valle d'Aosta

## 1. PREMESSA, STORIA e FONDAMENTI DEL PIANO

Il piano regionale per la salute e il benessere sociale è il principale documento di programmazione pluriennale e di azione politica che la Giunta con il supporto del Dipartimento sanità, salute, politiche sociali sottopone all'approvazione nel corso della legislatura. Solitamente è riferito a un periodo minimo pari a un triennio poiché questo è l'arco temporale della legge regionale di bilancio destinata a finanziarne le azioni in esso contenute ma, trattandosi di un documento a elevata vocazione politica, molte Regioni ne hanno già svincolato il riferimento puntuale alle leggi del bilancio regionale per delegificarlo e trasformarlo in un documento politico programmatico di intenti quinquennale - o persino decennale - che, individuando le macro aree (o direttrici) strategiche e spesso trasversali a più ambiti, può, in questo modo, adeguarne, nel corso del periodo di validità, le azioni che da queste derivano, e ciò anche a fronte del monitoraggio costante e della modificata sostenibilità finanziaria e operativa conseguente.

Questa è stata anche la modalità che la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha riconosciuto come di interesse pubblico comune pertanto, con le disposizioni collegate alla recente legge di stabilità regionale per il triennio 2018-2020 (legge regionale n.23/2017, art.19), ha assunto la decisione di delegificare il documento di Piano per poterlo approvare, al termine di un iter condiviso in tutte le sedi qualificate e preposte, con un atto del Consiglio regionale (deliberazione) per renderlo più flessibile e performante rispetto alla capacità di adattamento della risposta istituzionale ai bisogni emergenti e alla capacità finanziaria e organizzativa del complessivo sistema di welfare regionale preposto a rispondervi.

Il piano regionale per la salute e il benessere sociale è un progetto condiviso per lo sviluppo e la qualificazione del servizio sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo della Regione Autonoma Valle d'Aosta ed è, allo stesso tempo, un progetto per la promozione dell'intero sistema regionale per la salute e il benessere sociale dei valdostani. Il piano è pertanto un documento a elevato contenuto politico strategico per l'assunzione di decisioni, tra scelte concorrenti, finalizzate al raggiungimento di determinati obiettivi di salute e di benessere sociale.

A lungo, nella storia delle politiche di programmazione sanitaria, i piani sanitari regionali sono derivati in conseguenza dal piano sanitario nazionale (PSN) che ha rappresentato, sui temi della salute, il documento che stabiliva le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale in tutte le Regioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza sanitaria, da applicare, secondo criteri di uniformità, su tutto il

territorio nazionale. Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, sancita dal decreto del Presidente della Repubblica (DPR) del 23 maggio 2003 è stato approvato un unico PSN (2006-2008) che ha rappresentato il primo punto di equilibrio di un “patto federale” tra lo Stato e le Regioni in materia di sanità, preceduto da una proposta di “auto coordinamento” delle Regioni che delineava le linee generali, ma teneva conto del nuovo ruolo di autogoverno assegnato alle stesse specialmente in materia di modelli organizzativi e assistenziali. La successiva bozza di PSN (2011-2013) non riuscì mai a completare l’iter di approvazione e l’ultimo piano sanitario nazionale vigente, così come l’attività fino a quel momento conosciuta di programmazione sanitaria nazionale, termina con il documento programmatico riferito al triennio 2006 - 2008.

La Regione Autonoma Valle d’Aosta, rinunciando alla quota spettante del fondo sanitario nazionale (FSN) già dal 1994 (legge 23 dicembre 1994, n. 724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” finanziaria per l’anno 1995 e, successivamente, legge 23 dicembre 1996, n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”), dei contenuti dei documenti di programmazione sanitaria nazionale (PSN), ha recepito, da sempre, i soli principi e i valori costitutivi di riferimento, autodeterminando, per la popolazione del proprio territorio - e prima ancora del riformato Titolo V- una sanità regionale realmente federale, garantita unicamente dalle risorse del proprio bilancio regionale. Tuttavia, anche in assenza di un piano sanitario nazionale, il Governo centrale ha, nel tempo e, in modo particolare negli ultimi anni, agito ugualmente nel contesto della programmazione sanitaria con una successione di strumenti cosiddetti “pattizi” assurti al ruolo di strumenti sussidiari e, a volte principali, di programmazione, per i quali la Conferenza Unificata Stato Regioni ha rappresentato la sola sede di garanzia. Da questa nuova modalità programmatica in ambito sanitario, che per altro ha comunque permesso di risolvere numerose questioni giuridiche legate all’esercizio della potestà parlamentare, sono scaturiti i vari Accordi, Intese e Patti per la salute, fino ai recenti decreti che, oramai, prescindendo dal finanziamento (nazionale o regionale) impongono regole, standard e criteri (fatta salva talvolta la clausola di salvaguardia per le Regioni a statuto speciale), finalizzati a stabilire un (condivisibile) Sistema nazionale di garanzia sanitaria privo, però, della fonte programmatica principale, quale è stato il piano sanitario nazionale. Ciò si è verificato specialmente riguardo a nodi strategici del Sistema sanitario come l’effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il rispetto dell’appropriatezza delle prestazioni e dei tempi di attesa, oppure la metodologia da adottare per una valutazione comune di processo e di esito in ambito ospedaliero. Questioni solo

parzialmente risolte con l'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 - di revisione dei LEA approvati nel 2011 con medesimo decreto - e che solo in parte potrà risolvere il decreto interministeriale sul "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" che stabilisce come, indipendentemente dal soggetto istituzionale finanziatore del servizio sanitario, tutte le regioni (quindi anche quelle a Statuto speciale) siano chiamate a garantire prestazioni e percorsi diagnostico terapeutici sicuri ed efficaci, valutati sulla base di indicatori riconosciuti dalle comunità scientifiche di riferimento.

In materia di politiche sociali, l'unica legge quadro "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (legge 8 novembre 2000, n.328), nonostante il riconoscimento del merito di avere rappresentato la prima legge organica nazionale in materia di politiche sociali attraverso la definizione di beneficiari, erogatori, del ruolo regionale, degli enti locali e del terzo settore, non ha di fatto mai determinato il contenuto effettivo delle prestazioni stesse da riconoscere, contravvenendo così all'esigenza di garantire un diritto all'assistenza sociale, uniforme su tutto il territorio nazionale, in conformità al principio di uguaglianza rispetto a un comune bisogno. Recentemente, l'esigenza di conoscere quali livelli prestazionali siano oggi garantiti nelle diverse regioni, è stato assegnato dal Ministero competente (Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 16 dicembre 2014, n. 206 "Regolamento recante modalità attuative del Casellario dell'assistenza, a norma dell'articolo 13 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122") all'INPS, nel 2014, con l'istituzione del Casellario unico dell'assistenza, il compito di rilevare i dati delle singole prestazioni individuali su base regionale attribuendo così, a questo istituto previdenziale, il compito di affiancare e supportare il ministero competente, detenendo una banca dati utile a orientare la programmazione futura attraverso i primi flussi informativi del nuovo sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) istituito con decreto legislativo 15 settembre 2017, n.147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" che determina un debito informativo per tutte le Regioni in materia di prestazioni sociali. I livelli "essenziali" in ambito sociale, denominati in passato livelli essenziali delle prestazioni (LEP) o livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) differiscono, in realtà, a livello nazionale e non sempre corrispondono a dei livelli "garantiti" ovunque.

Occorre infatti distinguere tra "nucleo essenziale del diritto" e "livello essenziale delle prestazioni" in quanto essi non sono sinonimi nonostante la concomitanza dell'aggettivo.

Nel settore dei servizi sociali il "nucleo essenziale" può essere considerato sinonimo di quel "livello minimo" di prestazioni al di sotto del quale viene meno la garanzia

costituzionale e che, pertanto, risulta essere un “livello irrinunciabile” nel momento in cui si progetta una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Di conseguenza, il livello essenziale della prestazione risulta essere qualcosa in più rispetto al livello minimo (o irrinunciabile) del diritto. Si rende necessario quindi definire le prestazioni rese a livello regionale che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali - assumendo la caratteristica di diritti soggettivi - distinguendo le ulteriori prestazioni che possono entrare nella programmazione dei servizi, per diventare esigibili secondo criteri di gradualità, in relazione anche alle risorse disponibili. A questo fine cui si renderà necessario, per valutarne l’equità e l’utilità sociale, un confronto ragionato sia a livello nazionale sia a livello regionale, tra l’uso alternativo delle risorse disponibili tra i vari bisogni soggettivi per rendere massima l’utilità globale del sistema sociale rispetto a bisogni.

L’obiettivo deve essere quello di garantire a tutti pari diritto e/o opportunità di accesso o assistenza rispetto ad un medesimo bisogno.

In questo contesto di frammentazione degli strumenti e dei documenti di indirizzo programmatico nazionale, la Regione Autonoma Valle d’Aosta si appresta a predisporre il piano regionale per la salute e il benessere sociale orientato al periodo 2020-2025. Un piano che si vuole sia il più partecipato possibile, in modo esperto e informato, perché partecipare e condividere significa, in questo caso, responsabilizzare tutti gli attori del sistema, e significa, allo stesso tempo, creare delle premesse più solide e stabili per il conseguimento degli obiettivi delle singole macro aree (o direttrici) strategiche, individuati in modo condiviso.

Il piano avvierà i suoi lavori responsabilmente anche sotto il profilo della sostenibilità, che implica garanzia e certezza di finanziamento, affinché esso non resti limitato a una enunciazione di principi e valori, seppure condivisi, alla base delle macro aree (o direttrici) strategiche, ma privi di fattibilità concreta per le azioni che devono conseguire. La sostenibilità del rapporto tra risorse e attività è fondata sulla semplice proporzione in base alla quale: “i bisogni stanno alle risorse, come la domanda sta all’offerta di prestazioni”. Conoscere i bisogni non comporta, tuttavia, inseguirne automaticamente la natura e la dimensione attraverso la quale si manifestano per dare loro risposta - seppure sia evidente che i bisogni trovino risposta solo in relazione alle risorse disponibili. Significa, anche, analizzare quanta parte della risposta data a un bisogno determini un’utilità generale per la collettività, un’utilità cosiddetta “di sistema”, che non limitandosi a offrire una soluzione puntuale a un problema, generi sviluppo e progresso. Quando infatti l’area dei bisogni supera quella delle risorse è segno di risposte insoddisfatte o carenti, ma quando, viceversa, le risorse

(complessivamente intese) riescono a essere maggiori persino dell'area del bisogno, automaticamente, la loro forza è in grado di diminuire il bisogno stesso per lasciare un margine allo sviluppo e all'investimento e, quindi, al progresso, di un'intera comunità. Qui con il termine risorse non vanno solo intese quelle economico-finanziarie, seppure prevalenti, ma vanno considerate anche quelle umane e sociali che la collettività è capace di mettere in campo solidalmente per prevenire e contrastare le criticità e portare a soluzione i problemi di ineguaglianza.

Le ultime considerazioni di questa premessa riguardano due assunti irrinunciabili che guideranno la stesura e saranno alla base di tutto il lavoro del piano:

➤ La salute, da tempo, non è più definita in termini di sola “assenza di malattia”, ma di pieno benessere psicologico, fisico e sociale (OMS 1946). Non consiste quindi in una dimensione statica bensì è il risultato, in divenire, di un'interazione dinamica e continua tra fattori diversi a livello individuale (età, genere, profili genetici ma anche livello di istruzione e stili di vita, ad esempio), sociale (famiglia, servizi, casa e lavoro, reti di comunità, ecc.), economico (reddituale, patrimoniale) e ambientale. Sono tutti fattori da considerare come dei determinanti della salute stessa per cui, per conservarla e migliorarla, è necessario attribuire efficacia non solo alle politiche specifiche e “prossimali”, ma anche a quelle apparentemente distanti dall'ambito di riferimento, quelle da cui poi originano i singoli determinanti sociali.

➤ La salute, per le ragioni appena esposte, nonostante sia certo che determini un costo per la politica e le istituzioni in ragione delle complesse azioni preposte a conservarla e migliorarla deve, a livello di governo regionale, assumere sempre più le caratteristiche di un investimento, certamente tra i più qualificanti e strategici per l'intera comunità valdostana.

## 2. LA METODOLOGIA DI ELABORAZIONE DEL PIANO

Il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025 è predisposto secondo una metodologia partecipata in 4 fasi che, laddove è stata applicata, ha già ottenuto il riconoscimento di “buona prassi” dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in quanto conforme ai dettati della Carta di Tallin (2008) sulla partecipazione democratica.

Delle 4 Fasi, già delineate nella deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019, la 1° Fase, interna al Dipartimento Sanità, Salute, Politiche sociali, ha già trovato pieno completamento mentre, per il conseguimento delle successive 3 fasi, previste dalla deliberazione della Giunta regionale n.52 del 21 gennaio 2019, sono richieste delle

modifiche alle modalità di programmazione partecipata secondo il nuovo schema che segue, ciò al fine di portare a compimento l'iter di approvazione del documento di programmazione sanitaria e sociale stante il permanere del rischio epidemiologico da contagio del virus Sars Cov 2.

<p><b>1° Fase</b></p>	<p>Viene istituito un gruppo di lavoro ristretto, interno al dipartimento e composto dai dirigenti regionali competenti, al quale viene assegnato il mandato di predisporre un documento di analisi del contesto relativo all'impianto normativo vigente, alla sostenibilità economico finanziaria in essere, ai bisogni e all'offerta attuale dei servizi e interventi, e di un ulteriore documento conseguente di programmazione strategica, pluriennale, che costituisca la proposta iniziale del Piano regionale per la salute e il benessere sociale valevole per il periodo 2020 - 2025.</p> <p>Tale compito viene eseguito in coerenza sia con gli obiettivi strategici del programma di legislatura, sia con due assunti fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la salute non consiste solo nell'assenza di malattia, ma nella condizione di pieno benessere sociale generale;</li> <li>- sulla salute, come esito individuale e collettivo, agiscono politiche anche esterne e lontane a quelle prossimali di riferimento, per cui su di essa intervengono anche tutti gli altri settori della società e del governo regionale nel suo insieme (istruzione, lavoro, casa, integrazione sociale..)</li> </ul> <p>Il mandato di lavoro al gruppo deve contenere anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lo scopo condiviso del piano sulla popolazione e sul sistema integrato dei servizi;</li> <li>- gli obiettivi finali di salute e benessere che si intendono raggiungere.</li> </ul> <p>Dalla confluenza degli assunti esplicitati dalla committenza politica - lo scopo condiviso del piano e gli obiettivi finali - il gruppo di lavoro deve riuscire a individuare alcune macro aree strategiche e possibilmente trasversali, che siano coerenti con queste indicazioni generali.</p>
<p><b>2° Fase</b></p>	<p>Questo primo documento è quindi sottoposto e, pertanto, "aperto" alla prima consultazione pubblica, quella con gli esperti e gli addetti ai lavori: gli operatori dell'Azienda USL e degli Enti locali ma anche ad altri soggetti rappresentativi dei servizi che si occupano di salute e di sociale, per riceverne contributi e arricchimenti all'interno di una discussione politica e non solo tecnica.</p> <p>La consultazione con gli addetti ai lavori, in particolare quelli riguardanti l'Azienda USL e i rappresentanti degli Enti locali, si realizza secondo le consuete modalità di conduzione degli incontri periodici in presenza già in essere nelle relazioni istituzionali, al pari degli incontri periodici in presenza e già in essere con i rappresentanti sindacali e con il Terzo settore.</p> <p>Questa fase si conclude con una rielaborazione tecnica della prima bozza di documento di Piano da parte del gruppo di lavoro intra assessorile, che procede declinando le macro aree strategiche in obiettivi di salute e benessere sociale.</p>
<p><b>3° Fase</b></p>	<p>La terza Fase avvia la consultazione pubblica e il percorso di programmazione locale partecipata più ampio che coinvolge i cittadini, i portatori di interesse e chiunque desideri fornire un contributo alla stesura del documento attraverso l'accesso alla PIATTAFORMA DEMOCRATICA ON LINE la cui apertura al pubblico, per un periodo non inferiore a 30 giorni, è oggetto di comunicazione</p>

	<p>pubblica da parte dell'Assessorato competente attraverso tutti i mezzi di comunicazione.</p> <p>Per favorire la partecipazione l'Assessorato competente avvia specifiche azioni di comunicazione dedicata sugli obiettivi e sui contenuti del documento di programmazione, come ad esempio dei brevi video, in cui, per ciascuna macro area di interesse del Piano, sono fornite informazioni di interesse specifico, oltre che motivazioni politiche relative alla rilevanza dell'area strategica individuata per il periodo 2022-2025 in Valle d'Aosta. Ciò al fine di veicolare correttamente e in modo il più competente possibile i contenuti del Piano e favorire così una partecipazione consapevole, rappresentativa e reale da parte di tutti i cittadini, Con questa seconda apertura pubblica tramite PIATTAFORMA DEMOCRATICA ON LINE si chiude la consultazione pubblica.</p>
<p><b>4° Fase</b></p>	<p>L'ultima fase impegna nuovamente il gruppo di lavoro intra assessorile che discernendo i contenuti pervenuti sulla base della loro rilevanza e fattibilità, selezionerà, recependoli, quelli che saranno stati valutati come ricevibili e, quindi, integrabili nel documento di piano</p> <p>Del recepimento sarà data restituzione pubblica attraverso lo strumento della PIATTAFORMA DEMOCRATICA ON LINE.</p> <p>Si conclude quindi il percorso partecipativo con la rielaborazione tecnica e la stesura finale del documento formalizzato con atto della Giunta e inviato al Consiglio regionale per l'approvazione.</p>

### 3. CARATTERISTICHE DEI CONTENUTI E SCELTA EDITORIALE DEL DOCUMENTO

Editorialmente il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025 che la Giunta delibererà sottoponendone l'approvazione al Consiglio regionale si compone di:

- una sezione tecnica, recante l'analisi del contesto e i principali riferimenti normativi e di metodo adottati per la predisposizione del documento programmatico pluriennale;
- una sezione politica recante le macro aree ritenute rilevanti e strategiche per il periodo considerato, unitamente agli obiettivi di salute e di benessere sociale che da esse conseguono.

Successivamente all'approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025 da parte del Consiglio regionale, sarà demandata a successivi atti della Giunta regionale l'approvazione delle azioni specifiche che ogni anno dovranno essere perseguite per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di benessere sociale e ciò in coerenza con la programmazione economica finanziaria. Le azioni specifiche di sviluppo degli obiettivi previsti dal Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025 saranno descritte attraverso la predisposizione di schede operative di dettaglio, con schema di presentazione

uniforme, indipendentemente dalla Macro area alla quale l'azione si riferisce, al fine di facilitarne la valutazione e il monitoraggio specifico.