

ALLEGATO 2

TABELLA RAPPRESENTATIVA DI DESCRIZIONE DEI SERVIZI (esemplificazione: il caso Rhone Alpes e il caso Pinerolese)

Allegato 2

ESEMPI di SISTEMI di INDICATORI di QUALITA' "LOCALI" RELATIVI ai SISTEMI di SERVIZI SOCIALI e SANITARI

I. LO STUDIO LOCALE RHONES-ALPES (FR)

a cura di ISARA Lyon

Les services socio-sanitaires

Nous allons maintenant analyser le fonctionnement des services socio-sanitaires en nous focalisant sur 2 types de services: ceux destinés à l'enfance et la jeunesse et ceux destinés aux personnes âgées. Par ailleurs, compte-tenu de la forte imbrication qui existe entre aspects sociaux et ludiques de ces services, nous traiterons ensemble les services sociaux et les services de loisirs.

1) Services sociaux et de loisirs en direction de l'enfance et de la jeunesse

- **1.1 Organisation générale**

Le Département tient le rôle central dans l'action socio-sanitaire (protection de l'enfance, santé publique, accueil des personnes âgées ou handicapées...). La Commune a également des compétences dans ce domaine (garderies, crèches, foyers de personnes âgées, etc.). L'Etat est quant à lui responsable des grands équipements (hôpitaux, maternités, etc.).

La plupart des structures intercommunales ont pris des compétences dans la politique en faveur de l'enfance et de la jeunesse au travers de la mise en œuvre des contrats enfance et des contrats temps libre (cas du Pays d'Urfé et du Beaufortain). Il s'agit de programmes d'aides financières aux Communes et Communautés de Communes proposés par la Caisse d'Allocations familiales (contrat enfance et loisirs pour les actions en faveur des 0-6 ans ; contrat temps libre pour les actions en faveur des 6-16 ans).

Les Communautés de Communes, en prenant des compétences dans les politiques en faveur de l'enfance et de la jeunesse apportent un soutien important aux activités de loisirs au travers notamment des centres de loisirs sans hébergement. Pour le reste, l'action publique locale en faveur de la culture et des loisirs consiste à subventionner les infrastructures d'intérêt communal ou intercommunal : écoles de musique, syndicat d'initiatives...

Dans les deux zones d'études (Pays d'Urfé et Beaufortain), une organisation spécifique entre les acteurs locaux est en place.

La Communauté de Communes du Beaufortain a entièrement délégué l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sociale à l'Association d'Animation du Beaufortain (AAB). Il s'agit à l'origine d'une association de développement locale créé en 1973 à l'initiative de la Région et des élus locaux, dans le cadre d'une action pilote. Elle visait à développer l'activité touristique et à favoriser la formation des élus du territoire (voyages d'étude, échange d'expériences, etc.). Vingt ans plus tard, en 1994, face à la demande de la

population locale, les élus mobilisent l'AAB pour développer des compétences dans l'accueil de la petite enfance. L'association est alors épaulée par la CAF pour élaborer un projet social en faveur de l'enfance et de la jeunesse, sur la base d'un diagnostic participatif auprès de la population locale. En 1995, l'AAB est agréée en tant que centre social¹, structure basée sur une gestion participative associant la population locale. Forts de cette reconnaissance, les élus locaux délèguent à l'association la gestion de la politique sociale du Beaufortain. Aujourd'hui l'AAB est entièrement consacrée à l'action sociale et propose des services en faveur de l'enfance et de la jeunesse et, dans une moindre mesure, en faveur de l'insertion professionnelle.

Au niveau du Pays d'Urfé, l'action sociale à l'échelon local est plus récente. Elle remonte à 2001 suite à la mise en œuvre d'un Contrat de Développement Social Territorial (CDST). Il s'agit d'un dispositif proposé par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), dans le cadre de la territorialisation de sa politique. Ce dispositif est relativement innovant puisqu'il ne concerne qu'une vingtaine de territoires en France et seulement 2 dans le département de la Loire, dont le Pays d'Urfé. Il vise à accompagner l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de développement social dans une logique d'animation participative auprès de la population locale. Le projet de territoire a été élaboré sur deux ans (2001-2002). Il offre une approche globale du développement social, avec des actions en faveur de l'enfance-jeunesse et des personnes âgées, mais également des thématiques plus transversales telles que la mobilité et les transports publics. Le CDST est à présent dans sa phase opérationnelle depuis 2003, pour trois ans (2003-2005). Plusieurs groupes de travail associant les habitants ont été mis en place sur chacun des thèmes du CDST. Pour la mise en œuvre des actions en faveur de l'enfance et de la jeunesse, le groupe de travail s'est constitué en association : l'association de gestion du Centre de Loisirs. Son fonctionnement est assuré par des habitants bénévoles et des salariés. La mise en œuvre du dispositif se fait en coordination avec les autres programmes en faveur de l'action social.

| SERVICE | COMPETENCE | GESTION | DONNEES |
|---------------------------|---|--|------------------------------------|
| Politique socio-sanitaire | Département (coordinateur) | | Inventaire communal Département |
| Enfance - Jeunesse | Communes Communautés de Communes (Pays d'Urfé et Beaufortain) | Pays d'Urfé : association locale pour la gestion du Centre de loisirs. Beaufortain : Association d'animation du Beaufortain. | Inventaire communal Communes |

Tableau 18 – Les compétences en matière d'action sociale en direction de la jeunesse

- **1.2 Etat actuel, initiatives locales**

Cadrage statistique général

L'analyse en termes d'indicateurs sur la santé et le social valorise notamment les résultats de « l'Atlas Social de la région Rhône-Alpes – n° 2 Les inégalités territoriales », analyse effectuée à l'échelon des 311 cantons de la région à partir des résultats de l'Inventaire Communal 1998. Celui-ci donne des informations détaillées relatives aux services et équipements des communes, dont notamment ceux concernant l'action sociale pour les personnes âgées (aide ménagère à domicile, portage de repas à domicile, soins et surveillance à domicile), pour les enfants en bas âge (crèches familiales, crèches collectives et halte-garderies) et d'autres services pour tous les habitants à l'exception des personnes âgées (aide ménagère et soins à domicile, association d'aide à la recherche d'emploi)

¹ Centre social : ce sont des lieux d'animation sociale et culturelle ouverts à tous les habitants et pouvant proposer des activités et des services dans les domaines les plus variés (insertion, loisirs, logement, garde d'enfants, etc.). L'agrément délivré par la CAF repose sur l'un un principe phare : la population locale doit être associée au fonctionnement du centre social, dans l'élaboration des projets et dans la gestion de la structure. Ainsi Chaque Centre social est géré par un conseil d'administration dont la majorité des membres, hommes ou femmes, sont de simples habitants du quartier.

L'étude se focalise sur les services les moins bien répartis et donc les plus discriminants (crèches collectives et familiales, halte-garderies et association d'aide à la recherche d'emploi)². Par ailleurs l'étude fournit, toujours à l'échelle du canton, un indicateur synthétique sur « l'accès aux premiers soins et aux services sociaux », qui est une synthèse de 13 indicateurs dont les 1à précédents et le nombre de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux et d'officines pharmaceutiques. Les cantons sont ainsi répartis en 3 catégories :

- en difficultés (13% des cantons), en situation favorable (49% des cantons), en situation intermédiaire (38% des cantons)

L'étude va nous permettre de mettre en évidence les éventuelles spécificités des zones de montagne :

Dans le Roannais :

| Indicateurs | Cantons entièrement en montagne (3) | Cantons majoritairement en montagne (4) | Total cantons montagne (7) | Cantons de plaine (4) | Total (11) |
|--|--|--|---|---|--|
| Absence de crèches collectives | 2/3 | 4/4 | 6/7 | 1/4 | 7/11 R. Alpes = 50% |
| Absence de crèches familiales | 2/3 | 3/4 | 5/7 | 2/4 | 7/11 R.A = 39% |
| Absence de halte-garderies | 2/3 | 3/4 | 5/7 | 0/4 | 5/11 R.A = 25% |
| Absence d'aide à la recherche d'emploi | 2/3 | 1/4 | 3/7 | 1/4 | 4/11 R.A = 25% |
| Accès aux services sociaux et aux premiers soins | 1 canton en situation difficile (Belmont) 2 cantons en situation intermédiaire (St Just en C., St Symphorien de L.) | 1 canton en situation difficile (St Germain Laval) 2 en situation intermédiaire (La Pacaudière, St Haon) 1 en situation facile (Néronde) | 2/7 cantons en situation difficile 4/7 en situation intermédiaire 1/7 en situation facile | 0 canton en situation difficile 2 en situation intermédiaire (Roanne Nord et Sud) 2 en situation facile (Charlieu, Perreux) | 2/11 cantons en situation difficile 6/11 en situation intermédiaire 3/11 en situation facile |

Tableau 17 – Indicateurs sur la santé et le social dans le Roannais

Les 11 cantons du département peuvent ainsi être répartis en 3 catégories :

- 3 sont situés entièrement en zone de montagne (Belmont, St Just en Chevalet, St Symphorien de Lay)
- 4 sont situés majoritairement en zone de montagne ((St Germain Laval, la Pacaudière, St Haon, Néronde)
- 4 sont situés entièrement en zone de plaine (Roanne Nord et sud, Charlieu, Perreux)

Globalement la situation de la zone de montagne roannaise apparaît donc plus critique pour tous les indicateurs relatifs aux modes de garde des enfants qui sont majoritairement absents dans les cantons totalement ou partiellement en zone de montagne (5 ou 6 fois sur 7), mais majoritairement présents dans les cantons de plaine (entre 2 et 4 fois sur 4)³. Par contre le ratio est assez proche entre montagne et plaine en ce

² Ce qui signifie notamment que les indicateurs relatifs aux équipements et services concernant les personnes âgées ont été écartés de l'analyse, car insuffisamment statistiquement discriminants.

³ Le canton de St Just en Chevalet est dépourvu (en 1998) de 3 des 4 services analysés (crèche collective, halte-garderie, aide à la recherche d'emploi)

qui concerne l'indicateur « absence d'aide à la recherche d'emploi »

Si on s'intéresse à l'indicateur synthétique « accès aux services sociaux et aux premiers soins », on peut noter que les 2 cantons du Roannais en situation difficile sont tous deux situés totalement ou majoritairement en zone de montagne. A l'inverse, les cantons en situation « facile » sont situés en zone de plaine ou partiellement en montagne ⁴

Dans le pays d'Albertville

Il n'est pas possible de conduire ici le même type d'analyse, dans la mesure où les 5 cantons (Albertville Nord et Sud, Ugine, Beaufort et Grésy/Isère) concernés sont tous situés totalement ou majoritairement en zone de montagne.

| Indicateur | Nombre de cantons | Rhône-Alpes |
|--|---|------------------|
| Absence de crèches collectives | 5/5 | 50% |
| Absence de crèches familiales | 2/5 | 39% |
| Absence de halte-garderies | 4/5 | 25% |
| Absence d'aide à la recherche d'emploi | 1/5 | 25% |
| Accès aux services sociaux et aux premiers soins | 2 situations difficiles (Albertville Nord et Sud), 2 intermédiaires (Beaufort et Grésy), 1 facile (Ugine) | 13%, 38% et 49 % |

Tableau 17 – Indicateurs sur la santé et le social dans le pays d'Albertville

Globalement les indicateurs ne sont pas très favorables, en particulier dans le domaine des crèches collectives et des halte-garderies. On notera toutefois que les situations les plus difficiles se rencontrent surtout en milieu péri-urbain et que la zone du Beaufortain n'apparaît pas comme une zone en situation particulièrement difficile.

| | Crèches | Halte-Garderie | Multi-accueil | Assistants maternelles | RAM | CLSH |
|-----------------------|---------|-------------------|---------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Roannais | | | | 560 | 4 | |
| Monts de la Madeleine | 0 | 0 | 0 (1 projet) | NR | 1 | 3 |
| Pays d'Urfé | 0 | 0 | 0 | 33 | 0 | 1 |
| Pays d'Albertville | 1 | 4 | 0 | 560 | 4 | 8 |
| Beaufortain | 0 | 1 (intercommunal) | 0 | 60 | 1 (intercommunal) | 1 (intercommunal) |

Tableau 19 - les solutions d'accueil des enfants

Définitions

Crèche : accueil collectif et régulier des enfants âgés de 3 mois à 3 ans dont les parents travaillent.

Halte-garderie : accueil collectif et occasionnel ou à temps partiel des enfants âgés de 3 mois à 6 ans dont les parents travaillent ou non.

Multi-accueil : structure qui associe à la fois l'accueil en crèche et en halte-garderie.

Assistante maternelle : personne qualifiée et agréée par la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS) pour garder à domicile de 1 à 3 enfants de la naissance à 6 ans.

Relais assistantes maternelles (RAM) : structures subventionnées par les caisses d'allocations familiales. Les RAM ont 3 rôles essentiels : 1/ recensement et diffusion de l'offre d'accueil des assistantes maternelles, 2/ professionnalisation du

⁴ Le canton de St Just en Chevalet est classé en « situation intermédiaire »

métier par la formation (ex. : gestes de premiers secours) 3/ organisation d'activités collectives à l'attention des enfants ou des parents (activités d'éveil, visites, fêtes, conférences).

Centre de loisirs sans hébergement (CLSH) : structure habilitée à accueillir les enfants hors période scolaire (généralement lors des congés scolaires et des mercredis). Chaque CLSH développe un projet à thèmes afin de proposer aux enfants des actions culturelles et sportives sous forme de jeux.

➤ La garde collective des enfants : un déficit de solutions

Les deux zones d'étude souffrent d'un déficit de solutions de garde collective de type crèches, halte-garderie ou multi-accueil.

Sur les Monts de la Madeleine, ces structures sont inexistantes. Plus globalement, ce déficit est un problème partagé par l'ensemble des territoires ruraux du Roannais. En conséquence, la création de solutions de multi-accueil est une action prioritaire du contrat d'objectif du Pays Roannais (2005-2010) et un projet de création sur les Monts de la Madeleine s'inscrit dans ce cadre.

Sur le Beaufortain, seule une halte-garderie existe. Il s'agit d'un service intercommunal co-financé par la CAF dans le cadre d'un contrat enfance et loisirs. Cette structure fonctionne bien avec un taux moyen de remplissage de 67 % de sa capacité d'accueil (12 enfants). La localisation géographique de la halte-garderie (Beaufort) est toutefois un frein à la participation des enfants de deux des quatre communes du territoire.

| Expérience | Initiateur / financeur | Gestion | Début | Bénéficiaire / territoire | Spécificité montagne |
|---|------------------------|---|-------|--|---------------------------|
| Halte-Garderie (12 enfants ouverture 3 j/semaine de 9h à 17h30) | CC Beaufortain CAF | Privée (association d'animation du Beaufortain) | 2001 | enfants âgés de 3 mois à 6 ans dont les parents travaillent ou non Territoire de la CC du Beaufortain | Territoire 100 % montagne |

Tableau 20 – Expérience de halte-garderie en Beaufortain

➤ La garde des enfants par les assistantes maternelles : une problématique différenciée sur les deux territoires d'étude

En l'absence de crèches ou halte-garderies, l'accueil à domicile chez les assistantes maternelles constitue le mode de garde privilégié en milieu rural.

Sur le territoire du Beaufortain, cette solution est fortement soumise à la saisonnalité, les assistantes maternelles ayant généralement une double activité liée au tourisme hivernal (du 15 décembre au 15 avril). L'entraide familiale joue donc encore un rôle essentiel pour palier à ce manque. Une relais assistantes maternelles a toutefois été créé pour structurer l'offre d'accueil. Si ce RAM n'a pas amélioré la continuité de l'accueil pendant l'année, il a permis d'organiser des services intéressants pour le territoire : sur la commune de Queige par exemple, ce sont les assistantes maternelles qui assurent la restauration scolaire à leur domicile.

Sur le Pays d'Urfé, l'accueil à domicile chez les assistantes maternelles n'est pas soumis à la saisonnalité mais souffre d'un manque de structuration de l'offre. Aucun RAM en effet n'existe sur le territoire. Cependant, le CDST engagé par la MSA a permis récemment une première mise en réseau des assistantes maternelles du territoire (12 sur 33) autour d'activités de promotion du métier (plaquette distribuée aux parents) et de formation aux gestes de premiers secours (1 session en octobre 2004). Si ce réseau fonctionne pour l'instant de manière informelle et montre sa volonté d'organiser de nouvelles actions de formation à

destination des assistantes maternelles, la structuration en RAM sera à l'avenir nécessaire pour pérenniser ses sources de financement.

| Expérience | Initiateur / financeur | Gestion | <i>Début</i> | Bénéficiaire / territoire | Spécificité montagne |
|--|-------------------------------|---|--------------|--|-----------------------------|
| RAM | CC Beaufortain CAF | Privée (association d'animation du Beaufortain) | 1999 | Assistants maternelles Territoire de la CC du Beaufortain | Territoire 100 % montagne |
| Groupe assistantes maternelles (pas agréé RAM) | MSA | informel | 2004 | Assistants maternelles Territoire de la CC du Pays d'Urfé | Territoire 100 % montagne |

Tableau 21 – Expériences autour des assistantes maternelles dans les 2 territoires d'étude

➤ Un investissement local important dans l'offre d'accueil et de loisirs péri-scolaires

L'accueil péri-scolaire (c'est à dire en dehors des périodes scolaires) dans les centres de loisirs est un maillon essentiel de l'offre en services d'accueil et de loisirs en direction de l'enfance et de la jeunesse.

Aujourd'hui les deux territoires bénéficient d'une bonne capacité d'accueil sur ce type de structure.

Sur le territoire du Pays d'Urfé, la création d'un CLSH intercommunal a été la priorité du CDST. Lorsqu'il a été créé en 2003, deux centres de loisirs communaux existaient mais leur pérennité était remise en cause par l'échéance de certains financements (contrats emplois jeunes). Dans le cadre du CDST, la population locale s'est alors constituée en association pour reprendre la gestion de ces CLSH et créer un 3^{ème} lieu d'accueil sur le territoire du Pays d'Urfé. Le CLSH est aujourd'hui un service intercommunal. La capacité d'accueil répond à la demande du territoire et on note une participation importante de l'ensemble des familles du territoire. Plusieurs solutions assurent une bonne accessibilité du service : l'organisation d'un service de ramassage et l'existence de 3 points d'accueil décentralisés sur le territoire.

La Communauté de Communes du Beaufortain est dotée d'un centre de loisirs depuis plus longtemps que celle du Pays d'Urfé. Ce service a connu plusieurs évolutions pour s'adapter à la demande des familles : modification des horaires d'accueil, création d'un service de ramassage, etc.

| Expérience | Initiateur / financeur | Gestion | <i>Début</i> | Bénéficiaire / territoire | Spécificité montagne |
|-------------------|-------------------------------|----------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
|-------------------|-------------------------------|----------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|

| | | | | | |
|------|------------------------|--|------|---|---------------------------|
| CLSH | CC Beaufortain CAF | Privée (association d'animation du Beaufortain) | 1998 | Enfants en vacances scolaires Territoire de la CC du Beaufortain | Territoire 100 % montagne |
| CLSH | CC Pays d'Urfé MSA CAF | Privée (association de gestion du centre de loisirs) | 2003 | Enfants en vacances scolaires Territoire de la CC du Pays d'Urfé | Territoire 100 % montagne |

Tableau 22 – L'accueil périscolaire dans les 2 territoires d'étude

➤ **Une politique à renforcer en direction des adolescents (13-18 ans)**

Sur les deux territoires d'études les associations locales gèrent la politique en faveur de l'enfance mais également des adolescents. Là encore, le territoire du Beaufortain bénéficie d'une expérience plus ancienne que le Pays d'Urfé.

Les actions s'articulent autour du soutien de projets collectifs ou individuels portés par les jeunes, de l'organisation d'activités dans le cadre du centre de loisirs, d'évènements (ex. : forum jeunes sur l'emploi, la formation...), d'activités culturelles (théâtre...).

Dans un souci de responsabilisation et d'ancrage local des jeunes, la Communauté de Communes du Pays d'Urfé souhaite à l'avenir suivre l'exemple pilote d'un autre territoire des Monts de la Madeleine qui a créé un conseil intercommunal de la jeunesse, relayé dans chaque commune par un club de jeunes.

• **1.3 Synthèse**

➤ **Proximité-accessibilité**

Les deux territoires d'étude connaissent un fort déficit des solutions de garde d'enfants de type crèches, halte-garderies et multi-accueil.

Par ailleurs, l'accueil chez les assistantes maternelles est soumis à la saisonnalité dans le Beaufortain et peu structuré sur le Pays d'Urfé.

En revanche, la capacité d'accueil dans les Centres de Loisirs Sans Hébergement (CLSH) est satisfaisante et bénéficie d'une bonne accessibilité grâce au développement de points d'accueil décentralisés et de services de ramassage.

➤ **Territorialité-Niveau d'intégration**

L'implication de l'échelon local dans la politique en faveur de l'enfance et de la jeunesse est forte avec une prise de compétence importante de la part des Communautés de Communes (contrat enfance et loisirs et contrats temps libre).

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces politiques est assurée par des associations constituées et gérées par la population locale (Association de gestion du Centre de Loisirs et Association d'Animation du Beaufortain).

➤ **Coût-efficacité**

Nous n'avons pas pu collecter d'éléments sur les « surcoûts montagne ». On souligne simplement un déficit d'équipements de loisirs d'envergure (base de loisirs, cinéma...) en milieu rural qui implique des déplacements plus importants pour les activités organisées par les CLSH.

Par ailleurs, afin d'assurer l'accessibilité des centres de loisirs à l'ensemble de leur territoire, les Communautés de Communes doivent prévoir des lieux d'accueil décentralisés et / ou des services de ramassage. Seules, elles ne peuvent pas assumer les coûts de fonctionnement de l'ensemble et comptent largement sur les financements des Caisses d'Allocations Familiales.

➤ **Continuité, durabilité**

Compte tenu de la forte implication de la population locale dans la gestion des services et de la pérennité a priori des financements de la CAF pour les haltes-garderies, les CLSH et les RAM, la durabilité des services actuels est assurée.

Toutefois, le réseau des assistantes maternelles du Pays d'Urfé devra être structuré en RAM pour voir renouveler le financement de son fonctionnement. Aujourd'hui, aucune orientation en ce sens.

➤ **Degré d'innovation**

Les actions en faveur de l'enfance et de la jeunesse engagées sur les deux territoires sont innovantes à plusieurs niveaux :

- social : elles se fondent sur un fonctionnement participatif associant la population locale dans l'élaboration des projets et la gestion des actions. Les habitants sont d'ailleurs structurés en association chargées de la mise en œuvre de la politique enfance-jeunesse.
- technique : elles s'intègrent dans une approche globale du développement social du territoire conjointement à d'autres thématiques telles que les services aux personnes âgées et la mobilité sur le Pays d'Urfé ou la recherche d'emploi sur le Beaufortain. Sur ce plan, Chacun sur son territoire de référence (Roannais et Pays d'Albertville) fait figure de pilote.

| Macro-indicateur | Roannais | |
|--|--|----------|
| | Synthèse par mots clefs | Notation |
| 1 Proximité-accessibilité | -Absence de solutions de garde d'enfants hors assistantes maternelles. -Réseau des assistantes maternelles peu structuré. -Bonne capacité d'accueil et accessibilité pour le CLSH. | 1 |
| 2 Territorialité-Niveau d'intégration | -Prise de compétences importante de l'échelon local (Communauté de Communes) dans la politique enfance-jeunesse. -Gestion des actions par 1 association locale d'habitants. | 2 |
| 3 Coût-efficacité | Peu d'éléments : -Surcoûts liés aux déplacements pour bénéficier d'équipements de loisirs d'envergure absents des zones rurales. -Surcoûts liés à l'amélioration de l'accessibilité des CLSH (centres d'accueil décentralisés, ramassage). | ? |
| 4 Continuité, durabilité | -Durabilité assurée pour le CLSH. Par contre, réseau assistantes maternelles à structurer en RAM. | 1 |
| 5 Degré | -Fonctionnement participatif et approche globale du développement | 2 |

| | | |
|---------------------|-----------------------|--|
| d'innovation | social du territoire. | |
|---------------------|-----------------------|--|

Tableau 23 – Synthèse par macro-indicateurs – Services sociaux et de loisirs en direction de la jeunesse - Roannais

| Macro-indicateur | Pays d'Albertville | |
|--|--|----------|
| | Synthèse par mots clefs | Notation |
| 1 Proximité-accessibilité | -Déficit de solutions de garde d'enfants et forte saisonnalité de l'accueil chez les assistantes maternelles. -Faible accessibilité de la halte-garderie de Beaufort pour certaines communes. -Bonne capacité d'accueil et accessibilité pour le CLSH. | 1 |
| 2 Territorialité-Niveau d'intégration | -Prise de compétences importante de l'échelon local (Communauté de Communes) dans la politique enfance-jeunesse. -Gestion des actions par 1 association locale d'habitants. | 2 |
| 3 Coût-efficacité | Peu d'éléments : -Surcoûts liés aux déplacements pour bénéficier d'équipements de loisirs d'envergure absents des zones rurales. -Surcoûts liés à l'amélioration de l'accessibilité des CLSH (services de ramassage). | ? |
| 4 Continuité, durabilité | -Durabilité assurée pour la halte-garderie, le CLSH et le RAM. | 2 |
| 5 Degré d'innovation | -Fonctionnement participatif et approche globale du développement social du territoire. -Agrément de l'association d'animation du Beaufortain en Centre social. | 2 |

Tableau 24 – Synthèse par macro-indicateurs – Services sociaux et de loisir en direction de la jeunesse – Pays d'Albertville

2) Services socio-sanitaires et de loisirs en direction des personnes âgées

2.1 Organisation générale

C'est donc le Département qui reste le principal coordinateur de cette politique, l'action étant assurée localement par le milieu associatif et par les communes ou les centres sociaux d'action sociale. L'objectif des Départements de la Savoie et de la Loire est de favoriser une coordination des services en gériatrie à l'échelon local (Communauté de Communes ou Pays).

Cet objectif est également relayé par les Pays, mais la prise de compétences n'est pas pour l'instant effective. Le Pays Roannais l'a simplement inscrite comme priorité de son contrat d'objectifs pour la période 2005-2010. Le Pays d'Albertville de son côté avait été plus loin en créant et en prenant la charge d'un CLIC⁵ en 2002 ; il en a finalement transféré la compétence au Département en 2004, la gestion devenant trop lourde à assumer.

⁵ **CLIC** : Centres locaux d'information et de coordination des services aux personnes âgées, principalement orientés vers le soutien à domicile. Nés d'une initiative du gouvernement face à l'émiettement des acteurs et des financements dans le domaine de la gérontologie. Le CLIC assure un accueil personnalisé et gratuit quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière. Après la désignation de 25 sites expérimentaux sur toute la France en 2000 (dont le CLIC de Roanne), 140 nouveaux CLIC sont labellisés ou en cours de labellisation d'ici la fin 2001. Un millier sont prévus d'ici à 2005.

Sur les deux territoires d'étude, à l'inverse de la politique enfance et jeunesse, celle des services aux personnes âgées reste encore peu investie par l'échelon local et notamment par les Communautés de communes. Des évolutions sont toutefois en-cours, impulsées dans le cadre de la politique de développement social en œuvre sur ces territoires :

-Sur le Pays d'Urfé, dans le cadre du CDST, un groupe de travail a été créé depuis 2003 pour élaborer des actions contre l'isolement des personnes âgées,

-Sur le Beaufortain, l'Association d'Animation du Beaufortain a intégré le développement des services aux personnes âgées dans son nouveau projet social pour la période 2005-2008. Une commission a été spécialement créée au sein de l'association pour assurer cette mission.

2.2 Etat actuel et initiatives locales

| | Capacité d'accueil | Réseau gérontologique | SSIAD | Service de portage de repas à domicile |
|-----------------------|---|--|-------------------------|--|
| Roannais | 30 maisons de retraite + 24 foyers résidences | | | |
| Monts de la Madeleine | 5 maisons de retraite + 1 foyer résidence | 1 (pas agréé CLIC, couvre CC Pacaudière, Ouest Roannais et Côte Roannaise) | 1 par canton | NR |
| Pays d'Urfé | 2 maisons de retraite + 1 foyer résidence | 0 | 1 | 33 |
| Pays d'Albertville | 10 maisons de retraite | 1 (agréé CLIC, couvre tout le territoire) | 1 (ville d'Albertville) | 4 |
| Beaufortain | 1 maison de retraite | 1 | 0 (1 projet) | 0 |

Tableau 25 – Initiatives locales en direction des personnes âgées

➤ **Rapprocher et diversifier l'offre d'accueil**

Dans le Roannais, si la capacité d'accueil est globalement satisfaisante, on constate une répartition inégale sur le territoire avec une carence localisée à l'ouest, sur les Monts de la Madeleine. Pourtant l'analyse démographique indique qu'ils regroupent les communes parmi les plus « âgées » où les plus de 60 ans représentent plus d'un quart de la population (29.7 % pour La Communauté de Communes de la Pacaudière et 32.2 % pour celle du Pays d'Urfé, 23.4 % pour la Loire – source RP 1999).

Globalement sur les deux zones, les diagnostics locaux pointent le déficit de places en structures médicalisées et en accueil de jour.

Les Communautés de Communes du Pays d'Urfé ou du Beaufortain n'ont pour l'instant pas inscrit d'actions pour palier à ces déficits sur leurs territoires.

➤ **Renforcer et coordonner l'offre de services à domicile**

En matière d'aide à domicile, le diagnostic sur les territoires d'étude souligne :

-Pays d'Urfé : l'absence d'un réseau gérontologique structuré, le rayonnement limité du service de portage de repas à domicile, la création récente (2005) d'un SSIAD suite à la pression réalisée dans le cadre du CDST auprès des autorités départementales ;

-Beaufortain : le CLIC couvrant le territoire d’Pays d’Albertville est en déficit de personnel (démissions) et n’est plus à même d’assurer un suivi et des permanences sur le Beaufortain d’où une mauvaise coordination des acteurs du réseau gérontologique ; l’absence de SSIAD et de service de portage de repas à domicile.

Au niveau du Pays d’Urfé, les actions menées par le groupe de travail « personnes âgées » du CDST ont essentiellement concerné le lobbying pour l’ouverture du SSIAD, l’élaboration d’un projet de transports à la demande qui n’a pas abouti l’organisation d’activités de loisirs. Aucune réflexion n’est en-cours pour l’instant sur la coordination des services et le portage de repas à domicile.

Sur le Beaufortain, les objectifs de l’Association d’Animation du Beaufortain sont d’assurer la coordination du réseau gérontologique à l’échelon intercommunal et de participer au développement des services manquant mais également de développer une offre de culture et loisirs en favorisant les échanges intergénération. Par ailleurs, une étude commanditée par Pays d’Albertville est en-cours pour évaluer la possibilité d’étendre le service de portage de repas à domicile de la Ville d’Albertville à l’ensemble du territoire d’Pays d’Albertville.

2.3 Synthèse

➤ Proximité-accessibilité

Les zones de montagne étudiées souffrent d’un déficit de certains services à domicile (portage de repas, SSIAD) amplifié par l’absence de coordination locale des services gérontologiques.

Par ailleurs, les deux zones souffrent d’un déficit de lits médicalisés et de solutions d’accueil de jour.

➤ Territorialité-Niveau d’intégration

L’implication de l’échelon local dans les services aux personnes âgées est très récente dans les deux territoires (2004 pour le Pays d’Urfé et 2005 pour le Beaufortain). Il ne s’agit pour l’instant que d’une mobilisation de la population locale pour élaborer un diagnostic et des actions dans ce domaine mais aucune compétence n’a encore été prise par les Communautés de Communes.

➤ Continuité, durabilité

Des actions sont en projet et il est difficile de conclure sur leur pérennité.

| Macro-indicateur | Roannais | |
|--|---|----------|
| | Synthèse par mots clefs | Notation |
| 1 Proximité-accessibilité | -Déficit de lits médicalisés et d’accueil de jour -Pas de coordination des services d’aide à domicile -Déficit de l’offre de repas à domicile | 0 |
| 2 Territorialité-Niveau d’intégration | -Pas de prises de compétences au niveau local par la Communauté de Communes mais un groupe de travail mobilisé dans le cadre du CDST | 1 |
| 3 Coût-efficacité | Peu d’éléments. | ? |
| 4 Continuité, durabilité | Peu d’actions actuellement, des initiatives récentes. | 0 |
| 5 Degré d’innovation | Création d’un groupe de travail « personnes âgées » dans le cadre du CDST qui s’est mobilisé pour la création d’un SSIAD. | 1 |

Tableau 26 – Synthèse par macro-indicateurs – Services sociaux et de loisirs en direction des personnes âgées - Roannais

| Macro-indicateur | Pays d'Albertville | |
|--|---|----------|
| | Synthèse par mots clefs | Notation |
| 1 Proximité-accessibilité | - Déficit de lits médicalisés et d'accueil de jour -Pas de suivi du CLIC sur le Beaufortain -Pas d'offre de repas à domicile et absence de SSIAD | 0 |
| 2 Territorialité-Niveau d'intégration | -Pas de prises de compétences au niveau local par la Communauté de Communes mais un groupe de travail mobilisé dans le cadre de l'Association d'Animation du Beaufortain. | 0 |
| 3 Coût-efficacité | Peu d'éléments. | ? |
| 4 Continuité, durabilité | Pour l'instant simplement des projets | 0 |
| 5 Degré d'innovation | Idem | 0 |

Tableau 27 – Synthèse par macro-indicateurs – Services sociaux et de loisirs en direction des personnes âgées – Pays d'Albertville

II. LO STUDIO LOCALE AREA PINEROLESE – PROVINCIA di TORINO.

a cura del Consorzio Pracatinat.

I SERVIZI SOCIALI E SANITARI

1. PREMESSA DI CONTESTO

Il sistema dei SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI e SANITARI è distinto in due sottosistemi:

1. SOTTOSISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE
2. SOTTOSISTEMA SANITARIO

1. SOTTOSISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

La titolarità dei servizi socio-assistenziali è propria del SINDACO di ogni comune. Di solito i comuni per la gestione dei servizi si consorziano. La gestione può essere pubblica, privata o mista pubblico-privato (in convenzione).

Nella zona di osservazione – il pinerolese – la gestione pubblica dei servizi socio-assistenziali è affidata a:

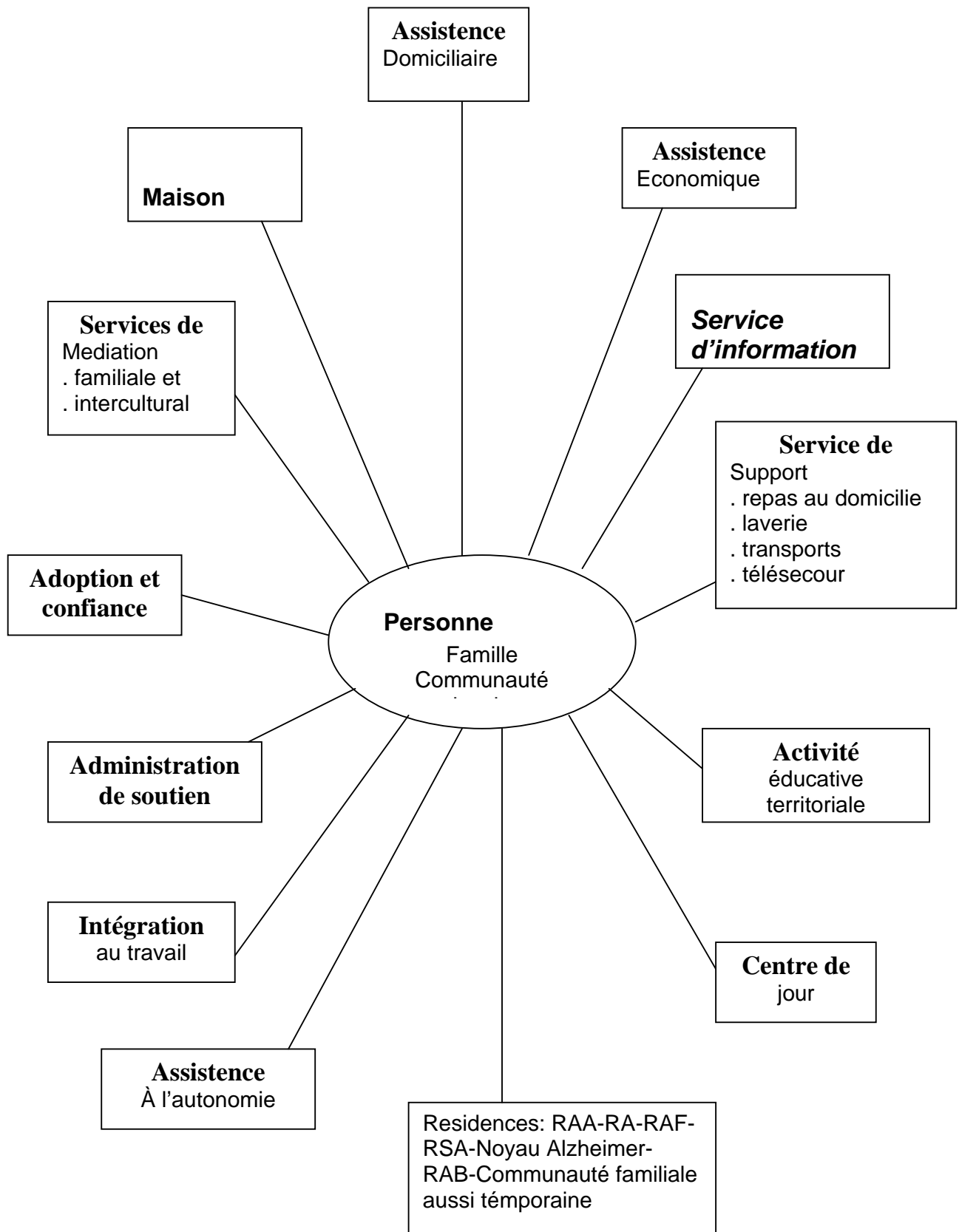
- Comunità Montana Val Pellice (consorzio obbligatorio dei comuni della valle);
- Comunità Montana Val Chisone e Germanasca (consorzio obbligatorio dei comuni della valle);
- C.I.S.S. (Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali) per i comuni della Comunità Montana Pinerolese pedemontano e per i comuni della pianura pinerolese
- ASL 10 (Azienda Sanitaria Locale) per un comune

Nell'area di osservazione, nella gestione di alcuni servizi socio-assistenziali (case di riposo per anziani, comunità alloggio per minori, assistenza a domicilio ad anziani, comunità alloggio per disabili) intervengono anche privati (enti, chiese, associazioni o singoli), in convenzione con l'ente gestore.

I principali servizi dell'ambito socio-assistenziale a cui possono accedere gli abitanti della zona di osservazione:

1.1 Servizi a sostegno della domiciliarità
per domiciliarità si intende il diritto della persona a rimanere, quando lo vuole, nel proprio contesto di vita.

I servizi disponibili a sostegno della domiciliarità sono:



- L'assistenza domiciliare a sostegno delle persone anziane, handicappate, delle famiglie con gravi problemi, in particolare con figli minori. Il servizio pubblico è gratuito, alle volte con una piccola contribuzione)
- L'assistenza economica, tra cui l'assegno di cura, a famiglie e persone sole, prive di risorse
- Pasti a domicilio, lavanderia, trasporti, telesoccorso per anziani soli
- L'attività educativa territoriale per bambini e ragazzi handicappati o con famiglie deboli o problematiche
- I servizi di affidamento temporaneo, anche solo diurno, a famiglie disponibili, di minori provenienti da famiglie problematiche, di adulti con problemi psicologici, di persone anziane
- Amministrazione di sostegno per le persone (adulti e anziani) non in grado di gestire totalmente la propria pensione
- I Centri diurni per persone handicappate o anziane non autosufficienti. I Centri diurni sono servizi pubblici o privati in convezione

1.2 Servizi di informazione e segretariato sociale per tutta la popolazione del territorio

1.3 Servizi di mediazione familiare per persone con problemi di ménage

1.4 Servizi di mediazione interculturale per persone immigrate

1.5 Servizi per l'adozione di minori

1.6 Servizi per l'integrazione al lavoro per persone handicappate e con problemi di salute mentale

1.7 Residenze per anziani con diverse tipologie, a seconda dei problemi e delle esigenze degli ospiti (RAA – RA – RAF – RSA – Noyau Alzheimer – casa famiglia) Il servizio è gestito per lo più da privati, talvolta in convenzione con l'ente gestore dei servizi socio-assistenziali e/o con l'ASL, per i problemi più gravi soprattutto di carattere sanitario

1.8 Residenze per handicappati (comunità alloggio e gruppi di appartamento)

1.9 Casa. Le politiche per la casa sono gestite direttamente dai comuni

1.10 Sostegno alla famiglia e ai care-giver, sostegno alla genitorialità e gruppi di auto-mutuo-aiuto

2. SOTTOSISTEMA DEI SERVIZI SANITARI

Anche la titolarità dei servizi sanitari è del sindaco, ma la scala di programmazione è più articolata: il governo centrale detta gli indirizzi generali; la programmazione e la gestione delle risorse, i programmi e le direttive di intervento sono di competenza del governo regionale che, attraverso le ASL (Aziende Sanitarie Locali) gestisce i servizi sanitari.

Alcuni servizi sanitari sono gestiti da privati in convenzione con il servizio sanitario pubblico o in regime di libera concorrenza.

Nella zona di osservazione i servizi sanitari sono gestiti dall'ASL n° 10 del Piemonte e si articolano in:

2.1 **SERVIZI TERRITORIALI** (assistenza sanitaria di base e assistenza integrativa di base), che comprende: assistenza del medico di base, cure domiciliari (ADI: assistenza domiciliare integrata; SID: servizio infermieristico domiciliare; Adp: assistenza domiciliare programmata; dimissioni protette dall'ospedale; ambulatorio infermieristico). Continuità assistenziale (assistenza del servizio di medicina generale anche a domicilio, nei giorni festivi e di notte). Assistenza ai cittadini italiani all'estero e dei cittadini stranieri in Italia. Assistenza integrativa (fornitura ai presidi e ausili, materiali di cura a domicilio, materiale per medicazioni, autorizzazioni per l'uso di servizi e cure, rimborsi).

Il servizio sanitario territoriale è organizzato su tre distretti:

- Val Pellice
- Valli Chisone e Germanasca
- Pinerolo

con il coordinamento del Dipartimento dei servizi territoriali.

Il servizio è a gestione pubblica. Il servizio è pressoché gratuito per tutta la popolazione.

2.2 OSPEDALI

Un ospedale con tre sedi:

- Pinerolo: sede centrale
- Torre Pellice (in Val Pellice)
- Pomaretto (in Val Germanasca)

Il servizio è pressoché gratuito per tutta la popolazione. Presso la sede di Pinerolo funziona il Pronto soccorso e il servizio per l'urgenza sanitaria (118)

2.3 Servizio di Assistenza sanitaria specialistica

Il servizio è pressoché gratuito per tutta la popolazione

2.4 Servizio di sanità pubblica

È rivolto a tutta la popolazione

2.5 Servizio veterinario

È rivolto a tutta la popolazione

2.6 Servizio di medicina legale

È rivolto a tutta la popolazione del territorio

2.7 Servizio di Neuropsichiatria infantile

È rivolto a tutta la popolazione da 0 a 18 anni

2.8 Servizio di salute mentale

È rivolto a tutta la popolazione oltre i 18 anni di età

I servizi di cui ai p. 2.4 – 2.5 – 2.6 – 2.7 – 2.8 hanno sedi decentrate a Torre Pellice, Pomaretto, Pinerolo.

2.9 Servizio di riabilitazione funzionale

È rivolto a tutti coloro che ne hanno bisogno. È attivato presso gli ospedali di Pinerolo, Torre Pellice e Pomaretto, presso cinque ambulatori presso una RSA e a domicilio

2.10 Servizio di Assistenza ambulatoriale

- per le dipendenze patologiche
- per l'educazione alla salute

Presso l'ASL 10 è attivo un URP (bureau pour les relations avec le public)

Nella zona di osservazione sono inoltre attivi :

- AMBULATORI medici e infermieristici gestiti da privati a pagamento
- La CROCE ROSSA ITALIANA gestita da un comitato di volontari che fornisce un servizio di emergenza verso tutta la popolazione. È convenzionato con la Regione Piemonte per il servizio di emergenza 118. Svolge a pagamento un servizio di trasporto di persone malate o incidentate. È attrezzato per le zone di montagna.
- La CROCE VERDE (idem c.s.)

- L'ASSISTENZA dell'ammalato in ospedale, nelle residenze per anziani, al domicilio. Tale servizio è svolto gratuitamente da Associazioni di volontariato e da volontari singoli e, a pagamento, da privati.

Per approfondire l'analisi e condurre una valutazione più puntuale sono stati individuati alcuni servizi ritenuti molto significativi per la qualità della vita delle popolazioni delle zone di montagna:

1. I servizi socio-assistenziali e sanitari territoriali al domicilio delle persone perché sostengono e rendono attuabile il diritto alla domiciliarità, un diritto molto sentito dalle popolazioni di montagna perché richiedono una forte integrazione tra il sottosistema dei servizi socio-assistenziali, il sottosistema dei servizi sanitari e le altre risorse della comunità locale
2. Ospedali e farmacie; laboratori di analisi e Pronto soccorso e i servizi di monitoraggio della salute pubblica per la loro rilevanza come presidi per la salute della popolazione

2. INDICATORI

1. OSPEDALI (1)

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|-------------------|--|--------------------------------|---|-----------------|
| C.1.1 | Ospedali | <i>Numero e localizzazione reparti, laboratori, ecc.</i> | <i>Documentazione ASL n°10</i> | <p><i>N° 1 ospedale con tre sedi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>PINEROLO</u> <i>367 letti di ricovero ordinario, 27 di day hospital e 12 di day surgery; reparti e ambulatori di analisi per tutte le aree terapeutiche. Qui è concentrata l'attività di acuzie</i> • <u>TORRE PELLICE</u> <i>42 letti</i> Reparti: lungodegenza e riabilitazione funzionale, ambulatori specialistici, diagnostica di laboratorio e radiologia • <u>POMARETTO</u> <i>53 letti</i> Reparti: lungodegenza e riabilitazione funzionale, ambulatori specialistici, diagnostica di laboratorio e radiologia | 2/3 |

ARGOMENTAZIONE:

L'assistenza ospedaliera è ora soprattutto concentrata a Pinerolo. I presidi sanitari di Torre Pellice e Pomaretto, un tempo veri e propri ospedali di montagna, molto radicati sul territorio, già di proprietà della Chiesa Valdese ma aperti a tutta la popolazione e con una gestione partecipata, ora svolgono solo più un'attività di post-acuzie.

Si sono rilevati alcuni servizi di eccellenza (es. servizio di diabetologia).

2. OSPEDALI (2)

| <i>domande</i> | <i>indicaori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|------------------|--|--|---|-----------------|
| C.3.3 | Ospedali | <i>Lista di attesa in rapporto ai costi d'erogazione delle prestazioni</i> | <i>Documentazione ASL 10, indagini giornalistiche, contatti diretti.</i> | <p>La Regione Piemonte per i tempi di attesa ha stabilito 3 classi:</p> <p>CLASSE 1 – Prestazioni da erogare entro 48 ore</p> <p>CLASSE 2 – Prestazioni da erogare entro 15 giorni</p> <p>CLASSE 3 – Prestazioni programmabili e comunque entro 6 gg.</p> <p>Dai dati reperiti presso l'ASL si rilevano lunghi tempi di attesa, in particolare nei reparti e negli ambulatori di cardiologia, oculistica, dermatologia, ortopedia, nefrologia. Non si rileva un rapporto diretto fra tempi di attesa e costi di erogazione della prestazione.</p> | 2 |

ARGOMENTAZIONE:

I tempi di attesa sono una criticità ormai «storica» e diffusa. In realtà analoghe si riscontrano gli stessi problemi come pure non si rilevano rapporti diretti tra tempi di attesa e costo di erogazione.

Piuttosto i tempi di attesa sembrano dipendere da una concomitanza di più fattori: inappropriately della domanda, offerta insufficiente, strumenti messi in campo, professionalità non disponibili, organizzazione non adeguata.

Quando si è intervenuto su questi fattori (es. nell'ambito delle ecografie) i risultati si sono verificati

3. OSPEDALI (3)

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>giudizio</i> |
|----------------|-------------------|--|---|--|-----------------|
| C.4.5 | Ospedali | <p>a) Sistemi di prenotazione a distanza o elettronici</p> <p>b) Servizi di libero accesso (laboratori di analisi senza prenotazione)</p> <p>c) Liste di attesa, in rapporto alla popolazione</p> <p>d) Distanza</p> | <i>Documentazione ASL 10, ACI, indagini giornalistiche (Stampa, L'Eco del Chisone).</i> | <p>a) Non è prevista la richiesta di ricovero (prenotazione) a distanza o elettronica</p> <p>b) Nelle situazioni di emergenza è previsto il libero accesso tramite DEA (pronto Soccorso)</p> <p>c) Le liste di attesa e quindi i tempi di attesa variano di mese in mese (punte massime nei mesi di aprile-maggio; minime nei mesi di dicembre-gennaio) e da reparto a reparto (punte massime cardiologia, oculistica, ortopedia, reumatologia). Presso ogni servizio è possibile conoscere i tempi di attesa.</p> <p>d) Le distanze massime dagli ospedali di</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pinerolo (in cui è concentrata l'attività di acuzie) 46 Km. - Torre Pellice (per il distretto della Val Pellice) 11 Km. - Pomaretto (per il distretto delle Valli | 2-3 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | Chisone e Germanasca) 34 Km. La distanza massima da percorrere è di 46 Km. In 40' – 50' (a seconda dello stato delle strade) se si utilizzano le ambulanze del 118; i tempi possono aumentare anche del 30% - 40% se si utilizzano mezzi di trasporto privati. | |
|--|--|--|--|---|--|

ARGOMENTAZIONE:

Nonostante i tempi di attesa l'accessibilità agli ospedali del Pinerolese risulta buona se paragonata ad altre aree analoghe piemontesi, ma scarsa in rapporto alle esigenze.

4. DOMICILIARITÀ (1)

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|----------------------|---|--|---|-----------------|
| C.1.2 C.1.3 | Domiciliarità | <p>a) <i>Descrizione (SS)</i></p> <p>b) <i>Descrizione (SAS)</i></p> <p>c) <i>Rapporto tra AD dei servizi sanitari e AD dei servizi sociali</i></p> | <p><i>Documentazione ASL, documentazione Comunità Montana Val Pellice, documentazione Comunità Montana Valli Chisone e Germanasca, Focus Group con responsabili servizio socio-assistenziale e servizio sanitario territoriale</i></p> | <p>a) <i>Il servizio di AST garantisce le cure domiciliari attraverso forme differenziate di assistenza domiciliare integrata, in particolare ADI (assistenza domiciliare integrata), ADP (assistenza domiciliare protetta), SID (servizio infermieristico domiciliare per situazioni e prestazioni complesse)</i></p> <p>b) <i>Le attività e i servizi per il sostegno della domiciliarità sono diverse e coinvolgono molti operatori e molte risorse (cfr premessa). L'AD svolta da tre diversi gestori si presenta in modo non omogeneo sul territorio sia rispetto al numero di persone assistite, sia rispetto alla quantità di risorse investite</i></p> <p>c) <i>Elevato livello di integrazione per tutela salute mentale, lotta contro le dipendenze, persone non autosufficienti.</i></p> | 2/3 |

ARGOMENTAZIONE:

Nell'area di osservazione la scelta della «domiciliarità» come diritto e modalità elettiva della persona informa lo specifico organizzativo e gestionale dei servizi alla persona.

Ciò comporta una effettiva ricerca di integrazione interistituzionale e la valorizzazione della massima sinergia tra le risorse interagenti nella «rete» territoriale.

Si sono rilevati elementi di eccellenza.

5. DOMICILIARITÀ (2)

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>Dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|----------------------|---|--|---|-----------------|
| C.3.2 | Domiciliarità | a) Numero di interventi all'anno per operatori, numero di casi all'anno per operatore b) Distanze dal centro organizzativo | Documentazione degli Enti gestori, Focus Group | a) Si registrano mediamente 61.400 interventi all'anno, sono impiegati mediamente 64 operatori e mediamente 960 interventi per operatore; i casi seguiti nell'anno sono mediamente 640, mediamente 10 per ogni operatore b) La distanza massima dal centro di organizzazione dei servizi domiciliari è di 27 Km. Con un tempo di percorrenza che varia da 30 minuti a 1 ora; la distanza media è di 6 Km. Con un tempod i percorrenza che varia da 10 a 20 minuti. Non si dispone del numero totale delle persone che avrebbero bisogno di un intervento di assistenza domiciliare. | 2 |

ARGOMENTAZIONE:

Se si paragona l'area di osservazione con altre realtà analoghe per caratteristiche fisiche, economiche e istituzionali, si rileva nel Pinerolese un'offerta di servizi a domicilio anche in termini di tempo e di frequenza maggiori.

6. DOMICILIARITÀ (3)

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>giudizio</i> |
|----------------|----------------------|--|---|--|-----------------|
| C.4.4 | Domiciliarità | a) Numero di operatori/abitanti b) Accessibilità al servizio (chi? con quale tipo di criteri di selezione?) c) Garanzia del servizio d) Distanza dal centro organizzativo | Documentazione ASL 10, Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, Focus Group. | a) N° 1 operatore / 2100 abitanti b) Possono richiedere il servizio i cittadini disabili, nuclei famigliari con problemi sociali e/o sanitari, persone anziane non autosufficienti (anche parzialmente), cittadini che per ragioni cliniche non possono recarsi nelle sedi ambulatoriali. Per i servizi domiciliari sanitari i criteri sono definiti dal medico di famiglia (MMG) o, in ogni caso, richiesti dallo stesso. Per i servizi socio-assistenziali la selezione avviene sulla base del regolamento del servizio. c) Il servizio è garantito solo ai nuclei con bambini disabili o dove esiste un provvedimento del Tribunale dei Minori, alle persone con gravi disabilità o gravemente ammalate. d) La distanza massima dal centro | 2-3 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | di organizzazione dei servizi domiciliari è di 27 Km. Con un tempo di percorrenza che varia da 30 minuti a 1 ora; la distanza media è di 6 Km. Con un tempod i percorrenza che varia da 10 a 20 minuti. | |
|--|--|--|--|---|--|

ARGOMENTAZIONE:

Il servizio è mediamente accessibile in paragone a realtà analoghe, anche se si registrano alcune realtà in cui il rapporto numero di operatori/abitanti è inferiore. Si registra negli ultimi 3 anni un incremento del numero degli utenti; anche se rimane un limite il fatto che per quanto riguarda l'AD dei servizi socio-assistenziali e l'ADP e il SID dei servizi sanitari il servizio non è garantito nei giorni festivi.

Limita il disagio dovuto alla distanza tra luogo di residenza e centro organizzativo del servizio il fatto che in ogni comune hanno sede ambulatori dei medici di famiglia e in ogni comune una «sede territoriale» per i servizi socio-assistenziali.

7. SISTEMI DI MONITORAGGIO DELLA SANITA' PUBBLICA.

| <i>Domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>Dati</i> | <i>giudizio</i> |
|----------------|--|---|---|--|-----------------|
| 1.4 | Sistemi di monitoraggio della sanità pubblica | Tipologia <i>Importanza delle attività dei distretti in rapporto al costo/budget e a budget/bisogni</i> | <i>Documentazione ASL 10, Focus Group</i> | <p><i>Il sistema di monitoraggio è garantito da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>servizio di igiene e sanità pubblica con attività di bonifica profilassi e tutela</i> • <i>servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione con attività di vigilanza, ispezione e formazione</i> • <i>servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, con attività di indagine – intervento – valutazione – controllo – ricezione notifiche</i> • <i>servizio veterinario sanità animale con attività di sorveglianza – igiene urbana – gestione dell'anagrafe zootecnica</i> • <i>servizio veterinario igiene degli alimenti di origine animale con attività di sorveglianza – ispezione - e vigilanza su depositi, stabilimenti e punti vendita</i> • <i>servizio veterinario igiene allevamenti e delle produzioni zootecniche, con attività di controllo su smaltimento sottoprodotti, benessere animale e vigilanza sulle filiere</i> <p><i>Il sistema di monitoraggio è presente nei 3 distretti di Pinerolo, Val Pellice,</i></p> | 3 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Valli Chisone e Germanasca. Sul territorio del distretto di Pinerolo vi sono 6 ambulatori per le vaccinazioni nella prima infanzia, in quello della Val Pellice 3 e in quello delle Valli Chisone e Germanasca 3. Il budget è adeguato ai costi. Gli operatori lamentano un budget insufficiente rispetto alle esigenze. | |
|--|--|--|--|--|--|

ARGOMENTAZIONE

Il sistema di monitoraggio della sanità pubblica è ben ancorato sul territorio. I servizi, fatta eccezione per il servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, sono decentrati nei 3 distretti e molto utilizzati dalla popolazione. Svolgono una efficace attività di prevenzione.

8. CONTINUITÀ DELLE CURE

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>Dati</i> | <i>giudizio</i> |
|----------------|---------------------------|--|-----------------------|---|-----------------|
| C.2.1 | Continuità di cura | Presenza nello stesso tempo dei servizi di medicina di base, ospedale, strutture intermedie (malattie croniche, riabilitazione, ecc., copertura del territorio | Documentazione ASL 10 | In tutti e tre i Distretti del Pinerolese si rileva la presenza di medicina di base, strutture intermedie, e di riabilitazione. Per i casi di "acuzie" bisogna recarsi all'ospedale di Pinerolo. La continuità di cura è anche assicurata dai servizi di continuità assistenziale. Tutti i comuni del territorio sono coperti dai servizi di continuità di cura.. | 3 |

ARGOMENTAZIONE :

Anche a confronto con altre realtà analoghe nel Pinerolese la continuità delle cure è un servizio che dà risposte adeguate alle esigenze della popolazione. Il progetto DIMISSIONI PROTETTE permette, con modalità analoghe all'ADI, la dimissione precoce dall'ospedale.

9. INTERAZIONE TRA SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>Dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|---|---|--|---|-----------------|
| C.2.2 | Interazione tra servizi socio-assistenziali e sanitari | a) numero di progetti o attività che coinvolgono operatori ASL, servizi | Documentazione ASL 10, relazioni a consuntivo e programmatiche enti gestori dei servizi socio-assistenziali, Focus Group | a) Sono attualmente in atto 36 progetti o attività che coinvolgono operatori dei servizi sanitari e/o operatori dei servizi socio-assistenziali e/o volontari. Molti di questi sono regolati da convenzioni, altri da accordi sul progetto b) I tavoli politici sono costituiti da amministratori locali, membri del | 3 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | sociali Comunità montane e volontaria to b) composizione tavoli del Piano di Zona | | c.d.a. dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali, direttore dell'ASL. I tavoli tecnici sono costituiti da operatori dei servizi socio-assistenziali, operatori dei servizi sanitari, rappresentanti dei medici di medicina generale, dei pediatri, delle scuole, delle famiglie, delle associazioni di volontariato. | |
|--|--|--|--|--|--|

ARGOMENTAZIONE:

L'interazione e in alcuni casi l'integrazione tra servizi socio-assistenziali e sanitari è soddisfacente. In parte dipende dai progetti e dalle attività concordate, in parte dalla disponibilità e dalla «cultura dell'integrazione» degli operatori, che, quando viene meno, determina carenze.

Altro ostacolo è dovuto alla scarsità delle risorse umane e materiali.

Si segnalano situazioni di eccellenza rispetto al p. a) nei settori inerenti la salute mentale, la lotta contro le dipendenze e la tutela materno-infantile; rispetto al p. b) in Val Pellice la realizzazione partecipata dei Piani di Zona.

10. TASSI DI RICOVERO

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>Descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|--------------------------|--|---|---|-----------------|
| 2.3 | Tassi di ricovero | a) Ricoveri in strutture residenziali per anziani b) Tassi di ospedalizzazione : numero ricoveri/fratto popolazione residente ASL per 1000, un rapporto a medie ASL e tetti regionali | Documentazione Enti gestori servizi socio-assistenziali, documentazione AS 10L, dati Regione Piemonte | a) Negli ultimi 8 anni il numero dei ricoveri in strutture residenziali è diminuito del 50% per quanto riguarda anziani e disabili; è diminuito dell'80% per quanto riguarda i minori b) 160/1000 (ultimi dati) 163/1000; n° ricoveri/anno 16000/128000 abitanti x 1000 = 1,24; il tasso di ospedalizzazione dell'ASL 10 è tra i più bassi tra le ASL del Piemonte e più basso della media nazionale | 3 |

ARGOMENTAZIONE:

La diminuzione dei ricoveri è in gran parte dovuta a un diverso atteggiamento delle famiglie sia per quanto riguarda gli anziani, sia per quanto riguarda i minori. È però indubbio che su tale diminuzione ha inciso in modo determinante la rete di servizi e di attività integrate a sostegno della domiciliarità.

11. POLITICHE D'INTERVENTO SUI « SOVRACOSTI » DEI SERVIZI NELLE ZONE DI MONTAGNA.

| <i>questions</i> | <i>indicateurs</i> | <i>decripteurs</i> | <i>sources</i> | <i>donnees</i> | <i>Juement</i> |
|------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|---|----------------|
| C.3.1 | Politiche d'intervento | a) Rapporto impiego/costo | Documentazione ASL e Enti | a) si dispone di tutti i dati relativi al rapporto impiego/costo. Es: | 1 |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| sui sovracosti dei servizi nelle zone di montagna | b) Politiche pubbliche di sostegno (finanziario e organizzativo) ai sovracosti locali c) Differenze tra azioni ad hoc e sostegno alla gestione ordinaria d) Sperimentazione di soluzioni innovative e specifiche che richiedono costi minori | gestori dei servizi socio-assistenziali, Focus Group | Assistenza disabili distretto Val Pellice Totale spesa annua € 660.000 incidenza % su spesa complessiva 31% disabili in carico 49 Spesa media procapite € 13.481. Ma non sono comparabili. b) Non politiche pubbliche di sostegno c) Il finanziamento dei servizi e attività sia sanitarie sia socio-assistenziali è distinto in finanziamento delle attività ordinarie e finanziamento di progetti d) Introduzione di elementi di telemedicina (satuziometro) Esiste un progetto dei distretti montani potenziati – mai, però, avviato. | |
|---|--|--|--|--|

ARGOMENTAZIONE:

A parere di tutti i responsabili dei servizi territoriali sia sanitari sia socio-assistenziali il rapporto costo/impiego non è comparabile né all'interno della zona di osservazione, né tra zona del pinerolese e altre zone.

Si rilevano però alcune costanti: ad esempio il rapporto n° operatori / n° assistiti e quindi il costo medio. La mancanza di politiche di sostegno dei sovracosti incide sia sulla disponibilità sia sull'accessibilità di servizi essenziali sia sulla qualità dei servizi.

La necessità di rispondere, comunque, alle esigenze è stata di stimolo sia per utilizzare soluzioni innovative tecnologiche (telemedicina) e non (visitatore domiciliare), sia per attivare le risorse del volontariato.

Pur non conoscendo la dimensione esatta del bisogno, a parere degli operatori, le risposte date sono molto inferiori rispetto alle esigenze.

12. FARMACIE

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>giudizio</i> |
|----------------|-------------------|--|---|--|-----------------|
| C.4.1 | Farmacie | a) Distanza in termini di tempo, calcolata come il rapporto comparativo tra il massimo e il minimo delle distanze registrate b) Esistenza e/o frequenza | Documentazione ASL 10, dati ACI, orari ufficiali Trenitalia, Cavourese SpA, SAPAV Autolinee (ditte di trasporto in concessione) | Nella zona di osservazione funzionano 45 farmacie per una popolazione di circa 128.000 abitanti. Di queste sono locate: 14 – in pianura 12 – in Pinerolo città 19 – in aree montane ossia 1 / 2850 abitanti a) La distanza massima da percorrere durante il dì nei giorni feriali è di 14 Km. In 20' – 30'; durante la notte è di 34 Km. In 40' – 60'; nei giorni festivi è di 46 Km. In 60' – 70' I tempi medi di percorrenza dipendono | 3-1 |

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| | | <i>dei trasporti pubblici</i> | | <p>dallo stato delle strade, dalle precipitazioni, etc.</p> <p>Le distanze sono calcolate dalla sede comunale, dalle abitazioni in borgate o case sparse. Le distanze possono talvolta aumentare anche di 8-10 Km. Con un conseguente aumento dei tempi di percorrenza</p> <p>b) Tutti i comuni sono collegati da servizi di trasporto pubblico con le località dove funzionano le farmacie; ma non tutti (circa 10 su 32) siti in zone montane sono serviti in modo adeguato (poche corse e in orari poco utilizzabili)</p> | |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|

ARGOMENTAZIONE:

Come dislocazione e funzionamento (anche a confronto con aree analoghe) il servizio nel Pinerolese presenta una buona accessibilità; ma solo durante il dì e nei giorni feriali; nelle ore notturne e soprattutto nei giorni festivi l'accessibilità si riduce in modo drastico, quasi sempre senza poter raggiungere la farmacia di turno con mezzi pubblici e con difficoltà anche con mezzi privati.

13. PRONTO SOCCORSO

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>giudizio</i> |
|----------------|------------------------|--|---|--|-----------------|
| C.4.2 | Pronto soccorso | <p>a) <i>Distanze in termini di tempo di trasferimento calcolato come il rapporto comparativo tra il massimo e il minimo delle distanze registrate</i></p> <p>b) <i>Esistenza e/o frequenza dei trasporti pubblici</i></p> | <p><i>Documentazione ASL 10, dati ACI, orari ufficiali Trenitalia, Cavourese SpA, SAPAV Autolinee (ditte di trasporto in concessione), contatti diretti</i></p> | <p>a) Il Pronto soccorso funziona presso l'ospedale di Pinerolo ed è in funzione 24 ore su 24. La distanza massima da percorrere è di 46 Km. In 40' – 50' (a seconda dello stato delle strade) se si utilizzano le ambulanze del 118; i tempi possono aumentare anche del 30% - 40% se si utilizzano mezzi di trasporto privati. Le distanze sono calcolate dalla sede comunale, dalle abitazioni in borgate o case sparse. Le distanze possono talvolta aumentare anche di 8-10 Km. Con un conseguente aumento dei tempi di percorrenza.</p> <p>b) Tutti i comuni sono collegati da servizi di trasporto pubblico, ma non tutti (circa 10 su 32) siti in zone montane sono serviti in modo adeguato (poche corse e in orari poco utilizzabili).</p> | 2 |

ARGOMENTAZIONE:

Anche a confronto con realtà analoghe il DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) comunemente chiamato Pronto Soccorso dà un servizio soddisfacente. Rimangono due criticità rispetto al macro indicatore dell'accessibilità:

- Nonostante le procedure di triade e l'attribuzione di un codice per le diverse gravità i tempi di intervento rimangono ancora troppo lunghi
- I criteri di accesso (anche alle informazioni) per i parenti dei ricoverati sono ostacoli più che regolamentazioni.

14. LABORATORI DI ANALISI

| <i>domande</i> | <i>Indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>Dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|------------------------------|--|---|--|-----------------|
| C.4.3 | Laboratori di analisi | <p>a) Distanze in termini di tempo di trasferimento calcolato come il rapporto comparativo tra il massimo e il minimo delle distanze registrate</p> <p>b) Esistenza e/o frequenza dei trasporti pubblici</p> <p>c) Sistemi di prenotazione a distanza o elettronici</p> <p>d) Servizi di libero accesso (laboratori di analisi senza prenotazione)</p> | <p>Documentazione ASL 10, dati ACI, orari ufficiali</p> <p>Trenitalia, Cavourese SpA, SAPAV</p> <p>Autolinee (ditte di trasporto in</p> | <p>a) La distanza massima da percorrere per la maggior parte delle analisi di laboratorio è di 27 Km. In 35' – 45' (a seconda dello stato delle strade) e se si utilizzano mezzi di trasporto privati. Le distanze sono calcolate dalla sede comunale, dalle abitazioni in borgate o case sparse. Le distanze possono talvolta aumentare anche di 8-10 Km. Con un conseguente aumento dei tempi di percorrenza.</p> <p>b) Tutti i comuni sono collegati da servizi di trasporto pubblico, ma non tutti (circa 10 su 32) siti in zone montane sono serviti in modo adeguato (poche corse e in orari poco utilizzabili).</p> <p>c) Non è possibile la prenotazione telefonica per esami ematochimici; non è prevista la prenotazione elettronica. Ma sul sito web dell'Asl 10 è riportato l'elenco delle prestazioni prenotabili telefonicamente.</p> <p>d) Presso i distretti montani Val Pellice e Valli Chisone e Germanasca è possibile l'accesso diretto, senza prenotazione per esami ematochimici, esame urine e urocultura, coprocultura, esami chimici in gravidanza. Gli stessi esami (ad esclusione degli esami ematochimici) si possono effettuare senza prenotazione presso l'ospedale di Pinerolo.</p> | 2-3 |

ARGOMENTAZIONE:

L'accesso agli esami di laboratorio presenta alcune criticità (tempi di attesa per l'accesso e per la consegna dei referti) in via di soluzione e altre di tipo strutturale dovute ai problemi di trasporto, soprattutto per le persone anziane e i disabili.

15. CONTINUITA' NELLA QUALITA' DEL SERVIZIO

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|-------------------|--------------------|----------------|--|-----------------|
| C.5.1 | Continuità | a) Tempi | Documentazione | a) Tutti gli operatori sia dei servizi | 2-3 |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|---|--|
| | nella qualità del servizio | <i>dedicati alla riflessione sul lavoro, risorse per la supervisione</i> <i>b) Rapporto con esperti, formazione (valutazione nei termini di tempo lavoro)</i> | <i>ASL 10, Enti gestori servizi socio-assistenziali, Focus Group.</i> | <p>sanitari, sia dei servizi socio-assistenziali possono accedere alla formazione in servizio, ma non a tutti è consentito un tempo per riflettere sul lavoro o utilizzare la risorsa della supervisione</p> <p>b) Gli operatori dei servizi socio-assistenziali possono accedere ad iniziative di formazione promosse dall'Ente gestore (2-3 ogni anno, ma non per tutti gli operatori) o esterne con accesso gratuito se finanziate da Provincia o Regione (6-7 ogni anno, ma non per tutti gli operatori). In tal modo entrano con esterni. La partecipazione alle iniziative di formazione avviene in orario di lavoro, ma non è stabilita la percentuale del tempo/lavoro da dedicare alla formazione. Per gli operatori dei servizi sanitari (ad eccezione degli OSS) il sistema E.C.M. precisa i «crediti formativi» da acquisire ogni anno.</p> | |
|--|-----------------------------------|--|---|---|--|

ARGOMENTAZIONE:

La formazione è considerata attività strategica in tutto il sistema dei servizi socio-assistenziali e sanitari. Le criticità più rilevanti riguardano l'esclusione dagli E.C.M. degli OSS e il sistema di scelta delle iniziative di formazione lasciate alle preferenze di singoli operatori. Fanno positiva eccezione le attività di formazione realizzate per l'avvio o il consolidamento di particolari progetti (es. formazione e ricerca – azione promossa dall'ASL sulle cure domiciliari).

16. ESISTENZA DI UNA PROGRAMMAZIONE DUREVOLE DEL SERVIZIO

| <i>domande</i> | <i>indicatori</i> | <i>descrittori</i> | <i>fonti</i> | <i>dati</i> | <i>Giudizio</i> |
|----------------|--|--|--|---|-----------------|
| C.5.2 | Esistenza di una programmazione durevole del servizio | <i>a) Programmazione e pluriennale (almeno triennale) che fa capo a una legge</i> <i>b) Sistemi di valutazione e monitoraggio</i> | <i>Relazione previsionale e programmatica degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, documentazione ASL 10, Focus Group</i> | a) Gli Enti gestori secondo quanto stabilito dalla normativa (Dlgs 267/2000; DPR 3 agosto 1998 n° 326) sono tenuti ad utilizzare strumenti di programmazione pluriennale di durata pari a quello della regione di appartenenza. I 3 Enti gestori del Pinerolese adottano perciò strumenti di programmazione | 2 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>triennale. La programmazione dell'ASL dipende dalla programmazione regionale, che dovrebbe essere triennale ma da più anni, per inadempienze del governo regionale si procede solo alla programmazione anno per anno. Anche le convenzioni ASL 10 - Enti gestori dei servizi socio-assistenziali sono ora di durata triennale.</p> <p>b) Il monitoraggio e la valutazione dei progetti si realizza in sede di consuntivo delle attività e di confronto tra previsione e attuazione con riferimenti al triennio precedente. Il sistema di monitoraggio e valutazione coinvolge gli organi politici, il responsabile del servizio, i responsabili di area. L'ASL svolge un costante monitoraggio per rispettare gli standard regionali. Il monitoraggio e la valutazione si svolge anche sui centri di costo. Stimoli al monitoraggio ed elementi di valutazione vengono ricavati dall'ascolto diretto degli utenti - anche tramite l'URP</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | - per recepire disagi, reclami e sollecitazioni. |
|--|--|--|--|--|--|

ARGOMENTAZIONE:

Le risorse economiche dell'ASL provengono totalmente o quasi dalla Regione e quelle degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali provengono dai comuni consorziati, da Regione, Provincia e dall'ASL e, in parte marginale, dagli utenti e dallo Stato. Regione e Provincia non erogano risorse differenziate, specifiche per le zone di montagna. 'erogazione dei servizi in montagna è più costosa, ma il maggior costo non viene compensato.

L'ASL n° 10 ha realizzato le procedure per la certificazione della qualità, e utilizza sistemi consolidati di monitoraggio dei servizi.

17. SISTEMI DI E-GOVERNEMENT.

| <i>questions</i> | <i>indicateurs</i> | <i>decripteurs</i> | <i>Sources</i> | <i>donnees</i> | <i>jujement</i> |
|------------------|---------------------------------|--|---|--|-----------------|
| C.6.1 | Sistemi di e-governement | <i>Diffusione, numero dei punti di accesso, numero dei servizi offerti</i> | <i>Documentazione ASL e Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, Focus Group</i> | Sia l'ASL sia gli Enti gestori dispongono di un sito Internet. L'e-governement non viene al momento utilizzato dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali. L'ASL usa la rete Internet per dialogare con Regione e Provincia, con Comune di Pinerolo (scambio dati anagrafici) e per il monitoraggio dei servizi e delle prestazioni (oltre 600 prestazioni). È possibile la prenotazione telefonica di analisi, ma non on-line. Dal sito web dell'ASL sono scaricabili: elenco completo delle prestazioni, elenco concorsi e avvisi pubblici in corso di attività, moduli per l'accesso ai documenti. URP e Gruppo per l'educazione alla salute godono di un indirizzo e-mail. È in fase di prima sperimentazione l'uso del saturimetro (telemedicina). | 1-3 |

ARGOMENTAZIONE:

A paragone di altre realtà analoghe sembra si dia poca attenzione alle potenzialità dell'e-governement per quanto riguarda i servizi socio-assistenziali; mentre è ormai diffuso nei servizi sanitari.

Interessante la sperimentazione di telemedicina da parte dell'ASL, ma limiti evidenti nella gestione del sito web.

3. ANALISI DEL SISTEMA

In estrema sintesi si può affermare che il sistema dei servizi sanitari e socio-assistenziali del pinerolese offre servizi di buona qualità.

Esistono criticità, alcune gravi:

- lunghi tempi di attesa per accedere a visite specialistiche e ricoveri specialmente in alcuni servizi ospedalieri (cardiologia, oculistica, ortopedia) e per alcune prestazioni (ecocardiogramma, ecografia addome, ecografia parti molli, visita odontoiatrica, visita otorino)
- continuità dell'assistenza domiciliare ADP e SID nei giorni festivi e pre-festivi
- copertura del territorio e delle esigenze da parte dell' AD socio-assistenziale (carenza di operatori e di risorse)
- servizio festivo delle farmacie di difficile accesso (1-2 farmacie per 128.000 abitanti)
- tempi lunghi di intervento, nonostante le nuove procedure, al DEA
- difficoltà di accesso, in particolare alle informazioni da parte dei parenti dei ricoverati al DEA
- scarsa attenzione alle potenzialità dell' e-governement nei servizi socio-assistenziali
- politiche di intervento distratte sui sovracosti dei servizi in zone di montagna e conseguente mancanza di risorse sufficienti

A fronte si registrano alcuni significativi punti di forza:

- la qualità dei servizi a sostegno del diritto alla domiciliarità
- la conseguente riduzione dei tassi di ricovero in strutture residenziali
- l'interazione e l'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali, specie in alcuni ambiti, interazione sancita anche da convenzioni di durata triennale
- il sistema di monitoraggio della salute pubblica
- l'accessibilità agli ospedali, l'eccellenza di alcuni servizi (diabetologia, dialisi)
- l'accesso diretto agli esami di laboratorio

4. APPUNTI PER RACCOMANDAZIONI

- Sostegno alla sperimentazione di ospedali di comunità (ospedali di montagna)
- Sostegno a progetti di assistenza domiciliare e, in genere, a servizi a sostegno della domiciliarità
- Monitoraggio della salute delle persone che vivono in località isolate, specialmente anziani (individuazione di strumenti; es: visitatore domiciliare)
- Sostegno a progetti innovativi che migliorano contestualmente qualità della vita, efficacia ed efficienza (es. telemedicina)
- Politiche di sostegno dei sovracosti dei servizi in zone di montagna.

SINTESI
SISTEMA di INDICATORI di QUALITA'
dei SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI e SANITARI.

Studio locale valli del pinerolese.

1. OSPEDALI

1. *Numero e localizzazione reparti, laboratori, ecc.*
2. *Liste-tempi di attesa per accedere ai servizi ospedalieri (in rapporto ai costi d'erogazione delle prestazioni) specificata per reparti ed ambulatori. Confronto medie zone montane in regione, con medie regionali e nazionali.*
3. *Liste-tempi di attesa per accedere ai servizi ospedalieri, specificate per reparto, in rapporto alla popolazione confronto con medie regionali e nazionali*
4. *Sistemi di prenotazione a distanza o elettronici* SI/NO
5. *Servizi di libero accesso (laboratori di analisi senza prenotazione)* SI/NO
6. *Distanza max. dal presidio ospedaliero e tempi di percorrenza – confronto con medie regionali e nazionali*

2. DOMICILIARITÀ

7. *SS: [tipi di servizio; caratteristiche standard degli stessi; presenza/assenza; n° persone servite; n° interventi; copertura territoriale]*
8. *SAS [tipi di servizio; caratteristiche standard degli stessi; presenza/assenza; n° persone servite; n° interventi; copertura territoriale]*
9. *Integrazione tra AD dei servizi sanitari e AD dei servizi sociali.*
10. *Numero di interventi all'anno per operatori, numero di casi all'anno per operatore*
11. *Distanze dal centro organizzativo*
12. *Numero di operatori/abitanti*
13. *Accessibilità al servizio (chi può accedere ? con quale tipo di criteri di selezione ?)*
14. *Garanzia del servizio*

3. SISTEMI DI MONITORAGGIO DELLA SANITA' PUBBLICA.

15. *Tipologia delle attività di monitoraggio svolte dai Distretti* SI/NO
16. *Decentramento delle attività* SI/NO

17. *Utilizzo dei laboratori confrontato alle medie regionali e nazionali*

18. *Adeguatezza del budget rispetto ai costi*

19. *Adeguatezza del budget rispetto esigenze/richieste.*

4. CONTINUITÀ DELLE CURE

20. *Presenza contrestuale dei servizi di medicina di base, ospedale, strutture intermedie (malattie croniche, riabilitazione, ...), servizi di continuità assistenziale, ecc.,*

21. *Copertura del territorio.*

5. INTERAZIONE TRA SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI

22. *numero di progetti o attività che coinvolgono operatori ASL, servizi sociali Comunità montane e volontariato*

23. *composizione tavoli del Piano di Zona e partecipazione effettiva dei diversi membri (giornate presenza; fanno pervenire contributi quando richiesto, presentano di propria iniziativa contributi, ...).*

6. TASSI DI RICOVERO

24. *N° Ricoveri in strutture residenziali per anziani*

25. *Tassi di ospedalizzazione: numero ricoveri fratto popolazione residente ASL per 1000, in rapporto a medie ASL e tetti regionali.*

7. POLITICHE D'INTERVENTO SUI « SOVRACOSTI » DEI SERVIZI NELLE ZONE DI MONTAGNA.

26. *Rapporto impiego/costo (spesa per un servizio su totale della spesa; n° utenti in carico; spesa media pro capite) confrontato con medie regionali e nazionali.*

27. *Politiche pubbliche di sostegno (finanziario e organizzativo) ai sovracosti locali SI/NO di che tipo, percentuale di copertura*

28. *Finanziamenti ad hoc, una tantum, su progetto, e sostegno alla gestione ordinaria, negli ultimi tre anni e incidenza su costi del singolo servizio e su spesa complessiva.*

29. *Sperimentazione di soluzioni innovative e specifiche che richiedono costi minori (iltimi tre anni) SI/NO*

8. FARMACIE

30. *Distanza in termini di tempo (rapporto comparativo tra il massimo e il minimo delle distanze registrate)*

31. *Esistenza e/o frequenza dei trasporti pubblici.*

9. PRONTO SOCCORSO

32. *Distanze in termini di tempo di trasferimento calcolato come il rapporto comparativo tra il massimo e il minimo delle distanze registrate*

33. *Esistenza e frequenza dei trasporti pubblici*

10. LABORATORI DI ANALISI

34. *Distanze in termini di tempo di trasferimento calcolato come il rapporto comparativo tra il massimo e il minimo delle distanze registrate*

35. *Esistenza e frequenza dei trasporti pubblici*

36. *Sistemi di prenotazione a distanza o elettronici*

37. *Servizi di libero accesso (laboratori di analisi senza prenotazione)*

11. CONTINUITA' NELLA QUALITA' DEL SERVIZIO

38. *Tempi dedicati alla riflessione sul lavoro, risorse per la supervisione*

39. *Formazione: chi vi accede (tipologia di operatori); n° operator/ anno impegnati in attività formative, distinte per durata nel corso dell'anno e per monte ore e distinti per tipologia di operatore.*

40. *Tempo lavoro dedicato ai processi di valutazione*

12. ESISTENZA DI UNA PROGRAMMAZIONE DUREVOLE DEL SERVIZIO

41. *Programmazione pluriennale (almeno triennale) che fa capo a una legge*

42. *Sistemi di valutazione e monitoraggio della programmazione annuale e pluriennale SI/NO - modalità (partecipata; specialistica; ex-ante, in itinere, ex-post; a breve e a lungo termine; ...).*

13. SISTEMI DI E-GOVERNEMENT.

43. *Diffusione, numero dei punti di accesso, numero dei servizi offerti.*