

generali delle aziende sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati. L'integrazione socio sanitaria per il Psn va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. Al primo livello, quello istituzionale, va data risposta alla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse, e in particolare fra aziende sanitarie e amministrazioni comunali, che si organizzano e si raccordano con strumenti quali convenzioni e accordi di programma per perseguire comuni obiettivi di salute, in particolare a livello distrettuale.

Il Distretto è infatti la struttura operativa dell'azienda USL che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssn, dei Comuni, della solidarietà sociale). La sua autonomia gestionale è realizzata nell'ambito dei programmi approvati dall'azienda, tenendo conto dei piani di zona dei servizi, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali.

3.1.7 Con la L. 419/98 opportunità nuove per i Comuni in sanità

Questi orientamenti del Psn in tema di integrazione delle politiche e dei servizi socio sanitari richiedono, per trovare ascolto e pratica attuazione, un sistema istituzionale rinnovato, in cui i diversi attori trovino una collocazione rispetto alla sanità più adeguata al loro ruolo. E' appunto uno dei temi che la legge delega ha assunto, e cui il decreto legislativo di attuazione della delega ha cercato di dare una risposta accettabile per i diversi interlocutori in campo, che ne potesse quindi favorire la collaborazione. L'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale che il Psn sollecita e promuove, ha infatti la sua cruciale premessa nel ruolo riconosciuto al Comune nei confronti dell'azienda USL, e che il Comune è chiamato a sua volta ad effettivamente assumere e gestire. Se i rapporti fra aziende USL e Comuni sono di estraneità o addirittura di antagonismo, con un conseguente approccio reciprocamente strumentale volto solo a estrarre risorse a proprio vantaggio o a scaricare oneri, anche l'integrazione fra sociale e sanitario continuerà infatti a regredire, come è accaduto in questi ultimi anni.

Il primo tema da ridefinire è quindi proprio la posizione del Comune nel sistema sanitario. Su questo, come è noto, in sede di definizione tanto della L. 419/98 di delega, che del decreto attuativo si è sviluppata una forte dialettica fra orientamenti e posizioni diverse: quelle che intendono soprattutto tutelare la responsabilità e il potere esclusivo sulle aziende del livello regionale di governo; quelle che intendono accentuare l'autonomia delle aziende e il profilo tecnico manageriale nella loro gestione; quelle

infine che intendono promuovere una maggiore integrazione delle politiche sociali sul territorio imperniata sul sistema comunale, quale momento rappresentativo riconosciuto delle comunità locali.

Il dettato finale della L. 419/98 esprime una esigenza di valorizzazione del ruolo delle autonomie locali, anche se con alcune riduzioni rispetto ad alcune formulazioni iniziali.

L'art. 2 al punto l), pone fra gli altri principi e criteri direttivi cui il governo deve attenersi nell'esercizio della delega:

- potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello regionale, anche con la costituzione di un apposito organismo, e a livello locale;
- potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende USL e ospedaliere;
- prevedere la facoltà dei Comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione;
- mantenere comunque l'esclusione dei Comuni da responsabilità e funzioni di gestione diretta del Ssn.

Al successivo punto m) la l. 419/98 prevede la facoltà per le Regioni di creare organismi di coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane previste dall'art. 17 c. 7 della l. 412/90, aree che registrano situazioni di accentuata criticità di problemi e di sistemi sanitari, e rispetto alle quali i grandi Comuni rivendicano un loro specifico ruolo.

3.1.8 Il ruolo dei Comuni nel D.Lgs. 229/99

La legge delega, e così il successivo decreto legislativo, confermano quindi in linea generale alla Regione tutti i suoi poteri, ma prevedono che il loro esercizio nelle funzione programmatoria e in quella di verifica si svolga in più diretto rapporto con i Comuni.

A tal fine il D.Lgs. 229/99 (art. 2, c. 1, 2 bis, 2 ter) prevede la costituzione con legge regionale di una Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito, per riproporre così fra Regioni e Comuni una modalità di rapporto analoga a quella già operante a livello nazionale fra governo e Regioni.

Fanno comunque parte di tale Conferenza per ogni azienda USL il Sindaco, o il presidente della conferenza dei sindaci, o il presidente di cir-

**Conferenza
permanente per
la programmazione
sanitaria
e socio-sanitaria**

coscrizione, a seconda delle dimensioni mono, pluri o infra comunali dell'azienda stessa. Ne fanno parte anche i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

La Conferenza per la programmazione esamina il progetto di piano sanitario regionale; verifica i piani attuativi metropolitani e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito; assolve nei confronti di queste aziende e dei loro direttori generali alle funzioni che il Sindaco e la Conferenza dei sindaci svolgono nei confronti delle aziende USL (che vengono qui di seguito richiamate), coinvolgendo in tal caso il Sindaco del Comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda. La conferenza per la programmazione esprime anche parere, nel termine tassativo di dieci giorni, sui procedimenti regionali volti a dichiarare la decadenza del direttore generale.

Il D.Lgs. 229/99 (art. 2, c. 1, 2 quinquies) impegna inoltre la legislazione regionale a disciplinare il rapporto fra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati. La disciplina regionale deve comunque prevedere il parere del Sindaco o della conferenza dei sindaci sulla verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai direttori generali e per ogni altra valutazione del loro operato. In caso di manifesta inattuazione del piano attuativo locale il Sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla Regione la revoca o la non conferma del direttore generale.

L'impostazione si ripropone anche a livello locale. Il D.Lgs. 229/99 valorizza fortemente il livello distrettuale, che in Italia solo in poche realtà è riuscito realmente a consolidarsi, tanto come articolazione organizzativa fondamentale dell'azienda, con un suo budget, e nell'ambito di questo una sua autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria (art. 3, c., art. 3 quater), sue funzioni (art. 3, c. 3, art. 3 quinquies), un suo programma delle attività territoriali (art. 3, c. 3, art. 3 quater, c. 3), un suo direttore (art. 3, c. 3, art. 3 sexies), quanto come livello qualificato di rapporto istituzionale, grazie anche alla costituzione del comitato dei sindaci, e di integrazione organizzativa e operativa per i servizi socio sanitari. Il direttore di Distretto predispone il programma delle attività territoriali e, previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, lo propone al direttore generale che lo approva. Per le sole attività socio sanitarie egli deve non solo ascoltare il parere, ma ricercare una intesa con il comitato dei sindaci. Il testo originale richiedeva l'intesa per tutto il programma; la limitazione alle sole attività socio sanitarie è stata richiesta e ottenuta dalle Regioni.

La valorizzazione che il decreto fa del livello distrettuale e del rapporto

**Il D.Lgs. 229
valorizza
il livello
distrettuale**

con i Comuni, trova riscontro anche nel compito assegnato al direttore di distretto di supportare la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto (art. 3, c. 3, art. 3 sexies c. 2). La vastità delle attuali aziende USL comporta infatti il concorso di diversi ruoli e soggetti per l'attivazione e la gestione dei rapporti interistituzionali fra autonomie locali e sistema sanitario.

Tale vastità pone in parecchie Regioni anche il problema della eventuale identificazione di un livello intermedio di gestione, la zona (corrispondente alle tradizionali USL degli anni 80), e della conseguente imputazione a questa di quanto il decreto prevede per il distretto, configurando in conseguenza il distretto come mero ambito decentrato di esercizio di attività e di erogazione di prestazioni. L'alternativa è di configurare invece distretti notevolmente vasti, con forti articolazioni organizzative ed operative al loro interno. Il problema non è solo terminologico, ma anche istituzionale e organizzativo, soprattutto dove la vastità delle province tende a configurare una articolazione in sub aree (zone o distretti) a loro volta vaste, dove il rapporto con un notevole numero di enti locali diventa più complesso e difficile da gestire in modo significativo e produttivo.

3.1.9 L'integrazione socio sanitaria

La L. 419/98, al punto n), indica principi e criteri per l'esercizio della delega in tema di integrazione socio sanitaria:

- prevedere tempi, modalità, aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;
- disciplinare la partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali;
- stabilire principi e criteri per l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento che, in sostituzione del d.p.c.m. 8 agosto 1985, assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale.

Il D.Lgs. 229/99 non si spinge molto oltre, se non per una classificazione degli interventi. Esso infatti fa ampio rinvio all'atto di indirizzo e coordinamento, di cui all'art. 2 della L. 419/98, che individuerà le prestazioni da ricondurre alle tipologie indicate nel decreto (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto concerne aziende sanita-

rie e Comuni.

Per parte sua il decreto si limita a porre a carico dei Comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e a porre, a carico invece delle aziende USL e ricomprendere nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Il decreto affida infine alle Regioni il compito di disciplinare, sulla base dei criteri e principi della L. 419/98, i criteri e le modalità mediante i quali i Comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio sanitarie di rispettiva competenza.

La prima proposta governativa introduceva anche, accanto al direttore sanitario e amministrativo, la presenza di un direttore socio sanitario. Una ipotesi collocata a mezza via fra il direttore sociale, dirigente del dipartimento per le attività socio sanitarie (ASSI) della Lombardia e il direttore sociale di alcune altre Regioni, come il Veneto. Una proposta interessante, anche se avvertita come minacciosa dalle associazioni dei Comuni che paventano che essa prefiguri una loro espropriazione anche di funzioni e servizi sociali significativi, per una quasi forzosa loro integrazione nell'azienda USL. L'opposizione della gran parte delle Regioni ha spinto il governo a cancellare tale proposta nel testo conclusivo del decreto, che si limita ad affidare alle Regioni il compito di disciplinare forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria.

In tema di servizi e di integrazione socio sanitaria si delinea così dal versante sanitario un percorso che, combinandosi con la legge e i decreti Bassanini e con la attesa legge di riforma dell'assistenza (pdl Signorino) all'esame del Parlamento, potrà portare qualche elemento di chiarificazione su una questione quasi inestricabile. Da un lato infatti si vuole con norma giuridica scomporre le prestazioni per imputare distintamente funzioni e costi alla sanità e ai Comuni, dall'altro si riconosce che il percorso assistenziale per il soggetto interessato è e deve sempre più essere fortemente unitario, e richiede quindi interventi molto integrati e continuità assistenziale assicurata. Da un lato si cerca di distinguere, quindi, dall'altro si riconosce che è essenziale unire.

Riduzioni e scomposizioni amministrative e finanziarie incontreranno quindi sempre limiti e controindicazioni. Non si tratta allora di stabilire cosa è "veramente" sociale e cosa è "veramente" sanitario, perché queste qualifiche rappresentano categorie di analisi di una realtà umana unitaria, ma solo di concordare chi deve pagare che cosa, e come integrare, come assicurare cioè la convergenza e la collaborazione delle risorse, e soprattutto di quelle professionali, sul "caso assistenziale".

**Il direttore
socio-sanitario:
pro e contro**

Saranno quindi opportuni e utili criteri convenzionali e accordi che soprattutto siano di semplice applicazione, per non interferire troppo negativamente sui processi assistenziali.

Tale prospettiva potrebbe portare a una imputazione e partecipazione finanziaria dei diversi interlocutori istituzionali concordata globalmente su sistemi di servizio operativamente integrati. Accordi a livelli regionali o locali potrebbero allora già tendere ad un obiettivo del genere, riducendo così drasticamente i condizionamenti negativi che le attribuzioni di spese specifiche, sul singolo servizio, sulla singola prestazione, oggi comportano, a danno dell'integrazione socio sanitaria e della continuità assistenziale.

Gli interlocutori in campo, dopo la completa responsabilizzazione finanziaria delle Regioni sulla sanità, e quella dei Comuni sul socio assistenziale, e una volta introdotto il possibile concorso dei Comuni alla spesa sanitaria per elevare i livelli qualitativi della stessa assistenza, sono Regioni, aziende sanitarie e Comuni. Fra di essi vanno maturate prospettive e intese adeguate, con un compito di stimolo e orientamento che il governo centrale è chiamato a svolgere.

3.1.10 Comuni e livelli di assistenza aggiuntivi

I Comuni assicurano livelli di assistenza aggiuntivi

Abbiamo appena accennato al tema della partecipazione dei Comuni alla assistenza sanitaria con il conferimento di risorse proprie. La L. 419/98, come abbiamo visto, prevede (art. 2, c. 1, lett. l) per i Comuni la facoltà di assicurare livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla programmazione regionale, assegnando risorse proprie.

Questa facoltà è ripresa dal D.Lgs. 229/99 (art. 2, c. 2 sexies, punto h) solo per affidare alla disciplina delle Regioni le modalità con cui le aziende USL e ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai Comuni. Francamente una attenzione inadeguata alla novità del fatto, collegabile forse alla traduzione tendenzialmente "prudente" che il decreto ha fatto delle indicazioni offerte dalla legge delega in ordine al ruolo dei Comuni. Va in proposito richiamato che la spoliazione di ogni ruolo gestionale dei Comuni nella sanità è stata legata anche alla loro irresponsabilità economico finanziaria. Occorreva allora chiarire se ad una loro assunzione di corresponsabilità in questa dimensione potesse seguire un loro parziale coinvolgimento nella gestione. Facoltà questa che ben difficilmente le Regioni saranno portate a sancire, perché verrebbe a interferire e in parte a ridurre un loro potere quasi esclusivo.

Questo genere di partecipazione dei Comuni ha una qualche connessio-

ne anche con la facoltà ad essi riconosciuta di assegnare risorse proprie a fondi integrativi istituiti da loro regolamenti o alla cui gestione essi concorrano.

Fra le fonti istitutive dei fondi integrativi il decreto legislativo (art. 9) individua infatti anche i regolamenti di Regioni, enti pubblici ed enti locali. Dopo aver indicato l'ambito di applicazione dei fondi integrativi, lo stesso decreto afferma che essi sono autogestiti; che possono esser affidati in gestione mediante convenzione a istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o socio sanitario da almeno cinque anni; che Regioni ed enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione di questi fondi.

I Comuni, singoli o associati, potrebbero insomma creare dei fondi integrativi per tutti i loro cittadini, o per quelli che intendono parteciparvi, per assicurare loro più qualificati livelli di servizi nell'ambito di applicazione dei fondi integrativi, stipulando accordi e convenzioni con le aziende USL e ospedaliere o con altri erogatori di servizi sanitari e socio sanitari.

Potrebbe essere anche questa una via per porre in rapporto circolare le attese delle comunità locali in campo sanitario, la disponibilità a conferire risorse allo scopo, il controllo democratico sul buon uso di queste risorse. Storie e tradizioni locali, livelli di benessere, partecipazione sociale e civile, culture della salute possono condurre a scelte locali legittimamente e anche opportunamente differenziate, tali da qualificare in senso virtuoso il rapporto circolare sopra tratteggiato. Il dettato della legge delega apre forse delle prospettive in tale direzione che il decreto delegato non ha pienamente ripreso, declinato, reso operativo.

3.2. OBIETTIVI DI GOVERNO E DI PROMOZIONE NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Il modello di programmazione privilegiato: i riferimenti normativi

Valorizzazione del ruolo delle Regioni

Il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 attribuisce alla programmazione un ruolo decisivo, riconfigurando l'articolazione del processo di formazione del Piano e le sue funzioni definite dai decreti legislativi n.502/92, e 517/93. Risulta valorizzato il ruolo delle Regioni e la loro responsabilizzazione non solo a livello finanziario, l'attività di indirizzo attribuita ai Comuni, l'esigenza di un raccordo intersettoriale al fine di contrastare i determinanti economici e sociali che influenzano lo stato di salute della popolazione.

Mutano le procedure di formazione del Piano, attraverso una più organica e rigida definizione dell'articolazione dei livelli programmatori, della fase ascendente e discendente. La semplificazione e la delegificazione dell'iter di approvazione del Piano avviata con la L. 595/85, trovano ulteriore sviluppo, in particolare, con le procedure individuate dal decreto per l'approvazione dei progetti-obiettivo e con l'affidamento a successivi documenti di Piano di linee programmatiche in ambiti più circoscritti.

Il quadro normativo definisce rigidamente i processi di formazione del piano, mentre sul piano della definizione degli obiettivi specifici e delle azioni lascia ampia autonomia ai soggetti decisionali che compongono il Sistema sanitario nazionale.

Competenze del Psn

Il Piano diventa una modalità esclusiva di governo e le competenze ad esso attribuite non possono essere svolte in altra sede decisionale, le indicazioni del Piano sanitario nazionale si applicano anche alle regioni che non abbiano predisposto il Piano sanitario regionale.

La definizione organica dei processi di formazione del piano, la previsione di forti sanzioni per le inadempienze che si dovessero verificare, introducono nel sistema programmatico sanitario significative innovazioni.

Muta, ancora più radicalmente, il contesto nel quale la programmazione si afferma, la sua funzione, l'equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali.

Alla rigidità del percorso di formazione delle decisioni strategiche si accompagna una flessibilità di contenuti, di modalità attuative affidate alle leggi regionali, la valorizzazione di obiettivi e strumenti programmatori capaci di accrescere l'autonomia e la capacità decisionale dei singoli soggetti che compongono il sistema sanitario; secondo una più limitata logi-

ca conformativa.

Dal quadro normativo emerge l'esigenza di delineare documenti di piano attraverso il coinvolgimento di una pluralità di soggetti — pubblici, privati, operanti in altri ambiti settoriali ritenuti rilevanti nella cura e nella promozione della salute — compatibili con gli ambiti di autonomia che la norma legittima e incentiva e con meccanismi di allocazione delle risorse che consentono, pur regolandole con indicazioni più puntuali rispetto ai decreti legislativi modificati, modalità concorrenziali tra strutture sanitarie pubbliche e private, il riconoscimento di una pluralità di soggetti che operano per il raggiungimento degli obiettivi assunti e una chiara responsabilizzazione, anche in termini finanziari, degli enti di gestione, una più puntuale definizione dell'ambito applicativo dei DRG e dei "prezzi amministrati", la valorizzazione di risorse di disponibilità e di aiuto create autonomamente dalla società civile.

Nel sistema sanitario così configurato si delinea, pertanto, una compresenza di differenti schemi organizzativi, di modalità di allocazione e di finanziamento delle risorse, affidate:

- a dinamiche di carattere privatistico e il richiamo a principi gestionali di carattere aziendale;
- a strumenti di coordinamento e di distribuzione delle risorse attribuiti, piuttosto che alle spontanee dinamiche concorrenziali, al piano nazionale e ai piani regionali predisposti dai livelli centrali del sistema pubblico;
- a criteri e priorità, a sistemi valoriali di carattere equo e solidale nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale, nella tutela delle fasce deboli, nelle azioni di contrasto delle disuguaglianze e nel riconoscimento della rilevanza della famiglia e delle reti informali di aiuto, dell'associazionismo nella promozione e nella cura della salute;
- alla valorizzazione della capacità decisionale del singolo in quanto cittadino, più che cliente dei servizi, che responsabilmente può svolgere un ruolo attivo della sua possibilità di scelta tra differenti opzioni diagnostiche, all'estensione di momenti partecipativi, per la rilevanza attribuita alla soddisfazione e alla qualità dei servizi così come è percepita dall'utente.

**Schemi di
organizzazione,
allocazione
e finanziamento
delle risorse**

Il D.Lgs. 229/99 sposta sensibilmente l'asse della regolazione e dell'allocazione delle risorse a favore del piano, invertendo le tendenze risultate prevalenti in questi anni.

I D.Lgs. n. 502/92 e 517/93 hanno delineato, infatti, un sistema di regolazione e distribuzione delle risorse in campo sanitario che è stato cor-

rentemente definito "planned market", un sistema che non si limita a stabilire regole e vincoli per i soggetti pubblici e privati e di terzo settore, ma attribuisce ad alcuni suoi ambiti — lo Stato, le regioni, i livelli aziendali — il compito di definire, attraverso il piano, obiettivi e linee di azione per il sistema nel suo complesso o per le attività di loro specifica competenza. Malgrado le indicazioni contenute nei decreti legislativi citati, nell'esperienza attuativa il ruolo della programmazione non è stato in questi anni particolarmente rilevante.

**Programmazione
su tre livelli**

La compresenza di differenti schemi organizzativi emerge nei tre livelli nei quali si articola il sistema programmatico sanitario, determinando, comunque, una compattezza maggiore del sistema e una più ampia interrelazione fra le sue parti:

- la programmazione nazionale, che indica le aree prioritarie di intervento, i livelli essenziali di assistenza, i progetto-obiettivo, le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, gli indirizzi relativi alla formazione, le modalità per la verifica dei livelli di assistenza, il finanziamento, ricercando relazioni collaborative con il non profit, lasciando ampia autonomia decisionale ai livelli regionali e aziendali e valutando, allo stesso tempo, le loro proposte nella formulazione del Piano e nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni;
- la programmazione regionale, i cui contenuti si uniformano alle indicazioni del Piano sanitario nazionale e si esplica nei confronti della programmazione che le aziende autonomamente privilegiano e, in una logica promozionale, delle risorse informali presenti nella comunità;
- la programmazione aziendale, la cui autonomia gestionale e finanziaria si sviluppa nell'ambito degli indirizzi definiti dalla programmazione regionale e che è sollecitata a superare una logica strettamente aziendale, per una apertura e un più ampio confronto con gli enti locali e le risorse di cura e di solidarietà esterne al sistema professionale.

I nuovi indirizzi programmatori

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 si presenta come un documento profondamente innovativo rispetto a precedenti piani per la molteplicità di obiettivi che assume, per le relazioni che stabilisce tra i vari livelli programmatori e che intende promuovere tra i vari soggetti che concorrono alla tutela della salute.

Il "planned market" così come è definito dai decreti legislativi n. 502/92 e 517/93 evolve, con il Piano sanitario nazionale e il D.Lgs. 229/99, verso modelli più articolati e promozionali rispetto al complesso delle risorse profit e non profit, secondo modalità, strumenti e metodi propri della pianificazione strategica, di una pianificazione, cioè, che valorizza il coinvolgimento, ha un carattere processuale, costruisce reti di connessione e di coordinamento con i soggetti che operano nel settore, promuove relazioni sinergiche.

Il Piano assume una pluralità di obiettivi: è volto ad orientare i servizi sanitari nel loro complesso, a determinare mutamenti culturali che favoriscano comportamenti e stili di vita sani, a promuovere politiche inter-settoriali che assumano la tutela della salute come obiettivo primario. Costituiscono i principi fondamentali del Piano l'eguaglianza nell'accessibilità dei servizi, l'universalismo delle prestazioni, il solidarismo, attraverso, in particolare, modalità di contribuzione finanziaria non fondate sul rischio di malattia ma sulla capacità contributiva del cittadino.

Il complesso di queste indicazioni delinea il passaggio, per il settore sanitario, da un *welfare market* — fondato prevalentemente su relazioni competitive tra i soggetti, relazioni assimilabili alle dinamiche di mercato delineato dal D.Lgs. 502/92 — ad un compiuto *welfare mix*, nel quale all'impegno pubblico, profondamente ristrutturato nei suoi obiettivi e nei suoi strumenti di regolazione e di promozione, si affiancano una pluralità di soggetti che sono costantemente sollecitati ad assumere comportamenti collaborativi, la cui azione si ritiene possa contribuire alla tutela dell'interesse generale.

Il patto di solidarietà per la salute, che fonda il complesso delle azioni del Piano, assume che i risultati di salute non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovino radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

Un patto che, impegnando le istituzioni, i soggetti e le comunità alla tutela della salute e responsabilizzando il loro modo di operare, definisce chiaramente gli obiettivi generali e le linee di azione e di sviluppo del Piano:

- la promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dall'assunzione da parte dei cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale;
- la valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali e umane degli operatori, la crescita della loro qualificazione tecnica e l'umanizzazione della relazione medico-paziente e di tutte le situazioni d'incontro tra cittadini e Servizio sanitario nazionale qualificano la relazione terapeutica e la rendono più

Da 'welfare market'
a 'welfare mix'

Il patto
di solidarietà
per la salute

efficace;

- la salute non è il mero prodotto delle azioni del sistema sanitario, ma si persegue organicamente attraverso una strategia d'intervento condivisa da tutte le istituzioni e i settori;
- il volontariato contribuisce alla umanizzazione del servizio e dà voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati;
- i produttori profit e non profit di beni e servizi sanitari sono chiamati a concorrere alla tutela e alla promozione della salute;
- il mondo della comunicazione svolge un ruolo rilevante nel diffondere l'informazione e le conoscenze scientifiche, nel favorire l'adozione di modelli di comportamento e di stili di vita sani;
- la strategia sanitaria deve trovare connessioni e sinergie a livello internazionale, in relazione ai flussi migratori e, rispetto al Mercato comune europeo in particolare, all'attività di prevenzione e controllo sulla circolazione delle merci e dei prodotti.

**La funzione
di coordinamento
del Piano**

Per il ruolo attribuito al patto di solidarietà per la salute e per gli strumenti che privilegia, il Piano sanitario nazionale si colloca nella prospettiva delineata dai patti territoriali e dalla programmazione negoziata, modalità di promozione dello sviluppo che assume il coordinamento come risorsa decisiva. Il Piano si propone, pertanto, come strumento di coordinamento locale dei soggetti che operano a tutela della salute — le professioni sanitarie, il volontariato, i mezzi di comunicazione, i produttori profit e non profit —. In questa prospettiva il Piano è il documento di avvio di un processo di trasformazione che necessita, oltreché di processi attuativi, di ulteriori definizioni in termini programmatici degli obiettivi e delle linee di azione, di adeguamenti operativi nell'ambito di una strategia che rimane costante. Ad integrazione e completamento della prospettiva delineata dalla programmazione negoziata, inserisce compiutamente le azioni di coordinamento in un organico sistema programmatico, articolato in più livelli istituzionali e operativi, strettamente collegati tra di loro secondo modalità collaborative e percorsi decisionali formalmente definiti. Tali obiettivi e linee di azione percorrono trasversalmente il complesso delle azioni del piano e ne orientano la formulazione e l'attuazione, costituendo il quadro generale di riferimento delle azioni settoriali.

Il Piano individua nove punti qualificanti:

rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti, al fine di un esercizio consapevole del diritto alla salute e ridurre le asimmetrie informative, operando sul versante della formazione delle professioni sanitarie e su quello degli utenti;

2. promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari riducendo l'ampia variabilità nella risposta assistenziale, anche attraverso la definizione di linea guida consensuali;
3. contrastare le disuguaglianze nei confronti della salute rafforzando le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico;
4. promuovere la condivisione tra i cittadini di stili di vita sani, attraverso l'identificazione e il controllo dei fattori di rischio e dei comportamenti individuali che favoriscono l'insorgenza delle patologie;
5. contrastare le patologie più importanti attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria e il miglioramento dell'efficacia dei programmi assistenziali;
6. aiutare a convivere attivamente con la cronicità, garantendo continuità all'intervento di cura, privilegiando tutti i fattori che contribuiscono a rendere accettabile la qualità di vita a quanti, persone malate e loro familiari, vivono per lungo tempo in situazioni di difficoltà;
7. percorrere le strade dell'integrazione socio-sanitaria, formulando in via preferenziale piani unitari dei servizi sanitari e sociali a livello regionale e sub-regionale;
8. rilanciare la ricerca, finalizzata a fornire le conoscenze scientifiche su cui basare le politiche sanitarie, la programmazione degli interventi e l'organizzazione della pratica clinica e assistenziale;
9. investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema al fine di determinare profondi mutamenti dei contenuti relazionali del rapporto operatori e utenti, a partire dai fondamenti etici del lavoro di cura.

Il Piano individua cinque obiettivi di salute:

- promuovere comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi più svantaggiati;
- contrastare le principali patologie che colpiscono la popolazione italiana e provocano il maggiore carico di morte e disabilità o malattia prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria;

- migliorare il contesto ambientale in quanto ogni processo di mantenimento e di miglioramento della salute non può prescindere dalla valutazione dei determinanti ambientali privilegiando un approccio multisettoriale che investa competenze e risorse non limitate a quelle sanitarie;
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli, introducendo nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità, evitando vantaggi competitivi per chi sa meglio rappresentare i propri bisogni;
- portare la sanità italiana in Europa sviluppando attività e migliorando la qualità degli interventi in aree che dal punto di vista programmatico, organizzativo e gestionale richiedono più di altre uno sforzo di adeguamento al contesto ed al livello dell'Unione europea.

Per ciascun obiettivo sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare.

**Obiettivi
di risultato**

Il Piano sanitario nazionale privilegia obiettivi di risultato — ridurre la prevalenza di fumatori, di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 grammi/die di alcol, la mortalità derivante da malattie cerebrovascolari ecc. — mentre le azioni strumentali — quali la revisione e l'aggiornamento dei sistemi tariffari, il ridimensionamento della diagnostica strumentale — sono considerati obiettivi di mezzo, non rappresentano un fine in sé ma strumenti per il raggiungimento degli obiettivi di risultato individuati.

Per il perseguimento di tali obiettivi, il piano individua una complessa strategia di cambiamento fondata sull'aziendalizzazione e su un profondo decentramento delle responsabilità, sull'intersectorialità degli interventi a tutela della salute; su una riallocazione delle risorse: dalla cura alla prevenzione; dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio; dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

**Riallocazione
delle risorse**

La riallocazione delle risorse, attraverso l'elaborazione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e inter-aziendale, è volta, in particolare, al potenziamento dell'assistenza in regime di ricovero diurno, allo sviluppo degli interventi di riabilitazione e lungodegenza, alla diffusione dell'assistenza integrata a domicilio, allo sviluppo di screening periodici selettivi, al ridimensionamento della diagnostica strumentale, al potenziamento dell'assistenza odontoiatrica e oculistica.

**Tre livelli
di assistenza**

Il Piano sanitario individua tre livelli di assistenza da garantire in condizioni di uniformità a tutta la popolazione:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I singoli livelli sono articolati in sotto-livelli.

Il Piano sanitario indica i principi e i criteri generali che orientano la definizione dei livelli di assistenza rinviando alla elaborazione di specifiche linee di indirizzo le definizioni operative relative ai diversi settori di attività.

Il complesso dei principi enunciati dal piano, dei rapporti collaborativi promossi dal Patto di solidarietà, delle idee forza, degli obiettivi di salute, le strategie di cambiamento privilegiate, esplicitano chiaramente la prospettiva che si intende privilegiare, rafforzano la coerenza interna del documento, definiscono una trama programmatica, una rete di connessione e di orientamento per i soggetti decisionali sulla base della quale si sviluppano i processi valutativi.

Le condizioni per l'osservazione organica del Piano nazionale e dei Piani regionali

Più che una logica rigidamente attuativa il Piano enfatizza un approccio promozionale, sollecita il dinamismo complessivo del sistema orientandolo a relazioni sinergiche.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese, illustra, pertanto, i risultati conseguiti dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali rispetto a tale prospettiva, alla capacità promozionale che sviluppano, alle relazioni collaborative che attivano nell'ambito delle funzioni che il quadro normativo nel suo complesso ad essi attribuisce, alle opportunità che creano per la pluralità dei soggetti decisionali nel perseguimento dei compiti istituzionalmente loro attribuiti e degli obiettivi autonomamente individuati.

Ciò pone l'esigenza di costruire uno specifico sistema di indicatori che consenta di osservare l'evoluzione del Sistema sanitario nella direzione di tale prospettiva collaborativa.

L'individuazione di indicatori empirici potrà consentire l'osservazione dei mutamenti intervenuti nei comportamenti sanitari rispetto al complesso degli obiettivi e delle azioni avviati, indicatori che assicurino la più ampia disaggregazione — espressa in termini territoriali e sociali — resa possibile dalla disponibilità dei dati e dei flussi informativi che li alimentano.

Le modifiche apportate alle Indagini ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" in termini di contenuti informativi e con l'ampliamento del campione, per rendere significativi i risultati a livello regionale e sub-regionale anche per comportamenti sanitari e patologie a bassa prevalenza, consentirà una maggiore osservazione di alcuni fenomeni,

promuovendo modalità di monitoraggio e di valutazione del Piano sanitario nazionale e dei Piani sanitari regionali più puntuali.

Accanto ad essa è necessario promuovere rilevazioni e costruire sistemi di indicatori — che si riferiscano a più annualità — su fenomeni e trasformazioni più generali — di mercato, normative, nell'opinione pubblica — che pur non avviati dai documenti di piano determinano mutamenti dei valori degli obiettivi programmatici assunti nel periodo di riferimento considerato. Ciò al fine di stimare l'effetto *netto* del Piano nell'evoluzione del sistema sanitario e adeguare i successivi processi di programmazione in base ai risultati realmente conseguiti.

Più in generale, il Piano sanitario propone un profondo mutamento dei fabbisogni informativi e delle condizioni per l'osservazione organica dei risultati conseguiti:

- propone complessi criteri di valutazione, in termini promozionali, collaborativi, intersettoriali, di mobilitazione di una pluralità di soggetti più che di conformità; criteri, pertanto, molto differenti rispetto a quelli assunti nel precedente Piano sanitario nazionale;
- necessita, per una puntuale attività monitoraggio e di valutazione, di una maggiore finalizzazione degli attuali flussi informativi che compongono il Sistema informativo sanitario e una loro integrazione con indagini ad hoc e flussi su aspetti e dimensioni dell'intervento di cura e di promozione della salute non ancora sufficientemente osservati;
- conduce ad una valutazione fortemente integrata delle azioni avviate, pone l'esigenza che ogni singola azione sia osservata tenendo presente una pluralità di dimensioni;
- richiede — per la complessità, l'ampiezza e la pluralità degli obiettivi definiti — l'individuazione di ambiti prioritari e di valenza strategica nei quali svolgere organiche attività valutative;
- implica processi valutativi di ordine qualitativo che coinvolgano nel giudizio sull'efficienza e efficacia del piano i soggetti del patto di solidarietà per la salute.

I processi di mutamento avviati a livello regionale

La Relazione sullo stato sanitario del Paese avvia una prima analisi relativamente al grado in cui le indicazioni del Piano sono state recepite nei documenti di programmazione regionale. Per descrivere il punto di partenza — negli obiettivi, nelle linee programmatiche, nelle strategie enun-