

Capitolo 4

Programmazione e pianificazione del Servizio sanitario nazionale

Sommario

1. I Patti per la salute. - 2. Il Piano sanitario nazionale (PSN).
3. Il Piano sanitario nazionale vigente. - 4. I Piani sanitari regionali.
5. I Piani attuativi locali. - 6. Gli obiettivi di salute nel Piano sanitario nazionale.
7. Il programma nazionale per le linee guida.

1. I Patti per la salute

Stabilite e distribuite le competenze legislative ed attuative in materia sanitaria, occorre esaminare i «luoghi» dove i diversi attori istituzionali si incontrano per adottare decisioni relative alla spesa sanitaria e gli strumenti attraverso i quali si interviene.

È necessario premettere che il Servizio sanitario nazionale è finanziato con la fiscalità generale attraverso imposte dirette, quali l'addizionale IRPEF e l'IRAP, e indirette, ad esempio le accise sulla benzina, che vengono assegnate direttamente alle Regioni, in seguito alla soppressione dei trasferimenti erariali dallo Stato alle Regioni per finanziare i servizi sanitari, ripartendo il Fondo sanitario nazionale (D.Lgs. 56/2000, cd. decreto sul federalismo fiscale). Le Regioni in condizioni di equilibrio economico-finanziario possono anche destinare i fondi ricevuti per fini differenti da quelli assistenziali (decadenza del vincolo di indisponibilità).

Le ASL dispongono inoltre direttamente dei ricavi derivanti dalle prestazioni sanitarie in regime assistenziale (ticket) e a pagamento.

La difficoltà che si incontra nel processo di ripartizione dei fondi destinati alla spesa sanitaria regionale consiste nel rispettare in maniera equa le esigenze delle singole Regioni, ancorando i criteri di suddivisione a parametri determinati.

Con il D.L. 387/2001, viene recepita una prassi già invalsa nel corso degli anni per raggiungere obiettivi di interesse comune: l'Intesa tra soggetti istituzionali diversi.

La spesa sanitaria, così, viene definita inserendola in un programma pluriennale, con finalità di stabilizzazione, concordandola in sede di Conferenza Stato-Regioni, attraverso lo strumento di apposite intese con le quali si fissano i livelli di spesa sanitaria e i livelli delle prestazioni.

Attraverso lo strumento dei «Patti per la salute», dunque, che consistono in accordi tra Stato e Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio sanitario nazionale, si tende, dunque, a garantire l'unitarietà del sistema.

Già con il Patto per la salute 2007-2009 si erano individuati diversi elementi di criticità e fissati i livelli di finanziamento del SSN, con l'obiettivo di tenere sotto controllo la spesa sanitaria.

A) Il Patto per la salute 2010-2012

Con intesa siglata il **3 dicembre 2009**, il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno dato vita al **Patto per la salute 2010-2012**, nuovo accordo finanziario e programmatico finalizzato a sollecitare e a sostenere le azioni necessarie a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a riequilibrare la capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale, diretto ad avviare un ulteriore periodo di osservazione delle spese e delle prestazioni sanitarie.

Questi i punti essenziali del Patto per la salute 2010-2012:

- le Regioni devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza;
- i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:
 - a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
 - b) assistenza farmaceutica;
 - c) governo del personale;
 - d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
 - e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
 - f) accordi sulla mobilità interregionale;
 - g) assistenza territoriale e post acuta;
 - h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
 - i) rilancio delle attività di prevenzione;
- relativamente agli Organismi di monitoraggio è istituita, quale struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni, la **Struttura tecnica di monitoraggio paritetica**. Vengono, inoltre, confermate le funzioni del Tavolo di verifica e gli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli di assistenza;
- al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:
 - a) nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata;
 - b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero del lavoro.

La legge finanziaria per il 2010 (L. 191/2009) contiene disposizioni che sono parte integrante del Patto per la salute 2010-2012. Esse riguardano: il Fondo sanitario nazionale; l'edilizia sanitaria; i Piani di rientro.

B) Gli obiettivi programmatici dell'atto di indirizzo per il 2011

Con l'atto di indirizzo del Ministero della salute per l'anno 2011 sono definite le priorità politiche sulle quali concentrare l'impegno dell'Amministrazione, secondo i contenuti del programma di Governo e in coerenza con le linee strategiche definite a livello europeo e internazionale nonché con gli orientamenti complessivi della programmazione economico-finanziaria.

Queste le **macroaree** di intervento:

1. determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario;
2. miglioramento e potenziamento delle attività di prevenzione;
3. riorganizzazione e potenziamento delle cure primarie;
4. qualità dei servizi sanitari;
5. rilancio della ricerca sanitaria;
6. promozione della salute pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti.

Circa il primo punto di intervento, va chiarito che il livello programmato del finanziamento complessivo del Servizio sanitario nazionale costituisce il valore delle risorse che il Paese è nella condizione di assicurare per l'erogazione in condizioni di efficienza ed appropriatezza dei livelli essenziali di assistenza; esso assume pertanto il ruolo chiave di *fabbisogno sanitario standard nazionale*, nell'ambito del quale sono fissati i fabbisogni sanitari standard regionali.

I Patti per la salute

Quanto al miglioramento e al potenziamento delle attività di prevenzione va detto che, secondo l'atto di indirizzo la promozione della salute dovrà proseguire secondo gli obiettivi del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, approvato con intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010, il cui documento esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali è stato adottato con D.M. 4-8-2011 (G.U. 31-10-2011, n. 254).

In tema di **qualità dei servizi sanitari** l'azione amministrativa dovrà incentrarsi sulla prosecuzione di iniziative tese al governo della spesa sanitaria, al miglioramento della qualità in relazione alle cure primarie, alla pediatria di base, alla psichiatria, alla gestione degli anziani nel territorio e alle patologie dell'invecchiamento, alla terapia del dolore e alle cure palliative, alla creazione di percorsi preferenziali per l'oncologia e il trattamento della patologia cardiovascolare, al diabete e alle malattie metaboliche.

In tema di **ricerca sanitaria** il potenziamento della ricerca sanitaria dovrà realizzarsi con un patto nuovo, mediante il quale Stato, Regioni, Università e imprese lavorino insieme per potenziare le condizioni necessarie alla crescita degli investimenti in R&S, i cui cardini sono sintetizzabili nello snellimento delle procedure burocratiche e nel coordinamento degli interventi e concentrazione degli investimenti, anche attraverso accordi bilaterali tra Ministeri e Regioni.

Sul fronte della **sanità pubblica veterinaria** e sulla **sicurezza degli alimenti** dovranno attivarsi iniziative per il miglioramento della qualità nutrizionale

degli alimenti con particolare attenzione alle fasce più deboli della popolazione e dovrà essere assicurata un'adeguata informazione dei cittadini circa i contenuti e le proprietà degli alimenti, con particolare riguardo ai bambini, al fine di migliorare lo stato nutrizionale della popolazione, anche per contrastare l'aumento di sovrappeso ed obesità e più in generale delle patologie croniche degenerative.

Saranno valorizzate le attività volte a favorire la qualificazione e l'esportazione di prodotti italiani attraverso le certificazioni sanitarie veterinarie e gli accordi internazionali di cooperazione nei settori veterinario e della sicurezza alimentare.

2. Il Piano sanitario nazionale (PSN)

A) Il PSN quale strumento di programmazione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale

Il Piano sanitario nazionale (PSN) è il principale strumento di programmazione sanitaria, attraverso cui, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso **l'individuazione di attività e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN**. Esso rappresenta, pertanto, il primario punto di riferimento per qualsivoglia riforma od iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello locale che a livello centrale.

È attraverso il PSN che lo Stato stabilisce le *linee generali di indirizzo del SSN*, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economica-finanziaria nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo *criteri di uniformità* su tutto il territorio nazionale. Il PSN deve, inoltre, tener conto anche dei principi sulla tutela della salute, determinati a livello internazionale. I contenuti del PSN devono, pertanto, tracciare e sostenere i capisaldi essenziali di una pluralità di ulteriori adempimenti programmatori posti a carico dello Stato, delle Regioni, delle aziende sanitarie.

Il Piano sanitario nazionale, che ha **durata triennale**, è predisposto dal Governo, su proposta del Ministro della Salute, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, che si esprimono entro 30 giorni dalla trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali comunicano il loro parere entro 20 gg. Nell'ipotesi in cui il Governo intenda discostarsi dal parere espresso dalle Commissioni parlamentari deve darne adeguata motivazione. Il Governo, nell'elaborazione del PSN, deve altresì tener conto delle proposte di Piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente, con riferimento alle esigenze territoriali.

Quando il predetto *iter* è terminato, esso viene adottato d'intesa con la Conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano

precedente. Nel corso del triennio, il Piano sanitario nazionale può essere modificato seguendo lo stesso procedimento previsto per la sua adozione.

Lo scopo principale del Piano sanitario nazionale è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute, traducendole in precisi obiettivi, da correlare alla disponibilità economica e finanziaria del Paese.

Con il PSN sono **definiti i LEA: livelli essenziali ed uniformi di assistenza assicurati dal SSN** a tutti i cittadini, di cui si parlerà in maniera più specifica in relazione alle prestazioni del SSN. Per ora basti sapere che sono **essenziali** quei livelli che, essendo necessari (devono rispondere ai bisogni primari di salute), devono essere garantiti, in condizioni di **uniformità** su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività. Il Piano sanitario nazionale costituisce, dunque, uno strumento programmatico, la cui attuazione deriva da una serie di azioni concorrenti, che devono essere prevalentemente compiute da Regioni ed Aziende sanitarie, al fine di raggiungere un unico obiettivo, ossia quello di rendere una sanità sempre più efficiente.

Il Piano sanitario nazionale è stato oggetto di previsione già nella L. 833/1978 (istitutiva del SSN), ma di fatto è rimasto inattuato; ciò ha indotto il legislatore a procedere alla riforma di tale strumento programmatico, che è avvenuta con il D.Lgs. 502/1992. Tale riorganizzazione, che modificava sostanzialmente la L. 833/1978, si era resa necessaria per consentire la realizzazione di un sistema sanitario moderno, a seguito di importanti cambiamenti quali, ad esempio, la riforma delle autonomie locali, la riforma dei servizi sociali, la trasformazione regionalistica dello Stato.

Il D.Lgs. 502/1992 è stato successivamente modificato dal D.Lgs. 229/1999: con tale provvedimento sono stati focalizzati diversi livelli di cooperazione e di responsabilità tra più istituzioni: le Regioni, gli enti locali, le nuove aziende sanitarie, la dirigenza ed, infine, il volontariato.

Il Piano sanitario nazionale

B) I principali contenuti

I principali contenuti del Piano sanitario nazionale sono:

- le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
- i progetti obiettivo, adottati dal Ministro con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

- le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

3. Il Piano sanitario nazionale vigente

Con l'accordo del **25 marzo 2009** stipulato tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, avente ad oggetto lo stanziamento di fondi per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale per l'anno 2009, vengono stabilite le linee progettuali relativamente a: cure primarie, interventi in materia di biobanche di materiale umano, cure palliative e terapia del dolore, Piano nazionale della prevenzione.

Nel medesimo accordo si specifica che, non essendo, allo stato, ancora approvato il Piano sanitario nazionale 2009-2011, occorre fare riferimento al Piano sanitario nazionale 2006-2008, di cui di seguito si tracciano le linee essenziali. Il Piano sanitario nazionale vigente, contenuto nel **D.P.R. 7-4-2006** nasce come naturale *corollario del mutamento dello scenario istituzionale* verificatosi a seguito del varo della legge costituzionale 3/2001, di modifica del Titolo V della Costituzione e della individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con il D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive integrazioni. Il legislatore costituzionale ha posto in capo allo **Stato la potestà esclusiva** nella «*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*» e la definizione dei principi fondamentali in materia, da adottarsi con legge nazionale, e alle Regioni, attraverso l'esercizio della potestà legislativa concorrente, la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

La **competenza generale e residuale**, nell'attuazione delle linee statali e regionali spetta alle **Autonomie territoriali**. Alla base di questa scelta vi è il **principio di sussidiarietà costituzionale**, che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale.

Il Piano sanitario nazionale vigente, in un quadro di **federalismo sanitario**, assume quindi la necessità di definire un nuovo «*grande sistema sanitario*» nel quale non esiste più un solo atto-

re istituzionale, ma numerosi soggetti di governo, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono diverse e differenti matrici di responsabilità che vanno poste in sinergia tra loro in modo che al centro del Servizio sanitario nazionale vi sia, quale protagonista principale, il cittadino e la garanzia del suo stato di salute.

Esso tiene, altresì, conto di una necessaria impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute. Non si può più parlare, infatti, di sanità in un contesto che non contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive. Gli scenari propri di una società in continua e profonda trasformazione impongono una rivisitazione e una ricollocazione del Servizio sanitario nazionale in termini di ruolo, di compiti e di rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione.

Il Piano sanitario nazionale vigente delinea la futura evoluzione del Servizio sanitario nazionale tracciando le strategie per lo sviluppo e le strategie del sistema.

Le strategie per lo sviluppo rappresentano le cd. **scelte innovative del sistema sanitario** e sono:

- la garanzia e l'aggiornamento dei LEA;
- la sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana;
- la prevenzione sanitaria e la promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie;
- l'integrazione delle reti assistenziali;
- l'integrazione tra diversi livelli di assistenza;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura;
- la rete assistenziale per le cure palliative.

Le strategie del Piano sanitario nazionale

Le strategie del sistema sono le cd. le **strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema** e sono:

- la promozione dell'innovazione, della ricerca e dello sviluppo;
- la partecipazione del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio sanitario nazionale;
- le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN;
- la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale;
- l'aziendalizzazione e l'evoluzione del Servizio sanitario;
- le sperimentazioni gestionali;
- la politica del farmaco ed i dispositivi medici.

4. I Piani sanitari regionali

A) Generalità

Le Regioni hanno assunto, nel corso di quest'ultimi anni, un ruolo sempre più diretto e responsabile in materia sanitaria; oltre a svolgere un'attività a carat-

tere programmatico e normativo, esse hanno anche un coinvolgimento diretto sulla gestione e sul finanziamento dei servizi sanitari. Questi sono, pertanto, ristrutturati in aziende delineate come enti strumentali della Regione, che a questa devono rispondere. Le finalità che ciascuna Regione deve raggiungere in materia sanitaria sono incluse nei Piani sanitari regionali, attraverso i quali vengono individuati gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute, nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

Il Piano sanitario regionale deve essere predisposto, tenendo conto degli obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale; proprio al fine di assicurarne il coordinamento, le Regioni inviano i progetti di piano al Ministro della Salute, onde acquisirne il parere.

B) Elaborazione

Entro 150 giorni dall'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni devono adottare il proprio **Piano sanitario regionale**, la cui predisposizione è di competenza della Giunta regionale.

Un importante ruolo partecipativo è svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed, infine, dalle strutture accreditate dal SSN.

Tale collaborazione è garantita anche dalla sottoposizione del progetto del Piano sanitario regionale alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Nelle ipotesi in cui il Piano sanitario non venga adottato dalla Regione, si applicano le disposizioni contenute nel Piano sanitario nazionale (tale applicazione è assicurata da un intervento sostitutivo del Governo). La Regione che sia rimasta inadempiente entro un anno dall'entrata in vigore del PSN deve provvedere entro un termine stabilito dal Ministro della Salute, non inferiore a tre mesi. Decorso tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta dello stesso Ministro della Salute, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, adotta i provvedimenti necessari a dare attuazione al PSN nella Regione, se del caso anche mediante la nomina di un commissario *ad acta*.

C) La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale

Il D.Lgs. 229/1999, modificativo del D.Lgs. 502/1992, ha confermato, in linea generale, alla Regione tutti i suoi poteri, prevedendo, tuttavia, che il loro esercizio nella funzione programmatica si realizzi in rapporto più immediato con i Comuni. A tal fine, il D.Lgs. 229/1999 (artt. 2, 2bis, 2ter) ha previsto la costituzione, con legge regionale, di una Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale: di tale consesso si assicura il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie lo-

cali, ove istituito, per creare, in tal modo, tra Regioni e Comuni, un rapporto equivalente a quello già operante a livello nazionale tra Stato e Regioni. Fanno parte di tale Conferenza per ciascuna azienda sanitaria locale, alcuni rappresentanti delle autonomie locali: il Sindaco o il presidente della Conferenza dei Sindaci o il Presidente di circoscrizione, a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa. Ne fanno parte anche i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

La Conferenza esamina il progetto di Piano sanitario regionale; verifica i Piani attuativi metropolitani e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito.

D) Finalità

Il Piano sanitario regionale, il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, ha la finalità di definire — per l'ambito di azione regionale — gli **obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale** (coincidente con il triennio del Piano sanitario nazionale), nonché le conseguenti linee di azione da perseguire; ciò individuando sempre l'esatto equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali. Nel Piano sanitario regionale, se da un lato il percorso formativo delle decisioni strategiche è estremamente rigido, dall'altro i contenuti e le modalità attuative, affidate interamente alle leggi regionali, risultano essere molto flessibili. Naturalmente, il Piano sanitario regionale deve tener conto di diversi fattori, quali ad esempio l'analisi del fabbisogno finanziario, il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, le prestazioni e gli interventi prioritari, il monitoraggio della spesa sanitaria.

I Piani sanitari regionali

E) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

La Relazione sullo stato sanitario del Paese ha lo scopo di esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale. Oltre a tale compito primario, essa illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio, espone in merito alle risorse impiegate ed alle attività svolte dal SSN, fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

La funzione della relazione è, dunque, da un lato quella di verificare l'applicazione sul territorio nazionale degli obiettivi fissati dal PSN; dall'altro quella di illustrare i risultati raggiunti dalle singole Regioni, sui rispettivi territori regionali, in rapporto a quanto previsto dai piani sanitari regionali.

5. I Piani attuativi locali

Il D.Lgs. 229/1999 (artt. 2, comma 1 e 2quiquies) stabilisce che spetta alla legislazione regionale disciplinare il rapporto tra programmazione regionale e

programmazione attuativa locale, definendo l'*iter* procedurale di adozione del Piano attuativo locale, nonché le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati.

Occorre far presente che il D.Lgs. 229/1999 potenzia fortemente il livello locale, dunque i Comuni, sia come articolazioni organizzative delle aziende sanitarie locali, sia come istituzione, grazie alla costituzione del comitato dei Sindaci, nonché di integrazione organizzativa ed operativa per i servizi socio-sanitari.

Rilevante è, pertanto, il **Programma delle attività territoriali** (art. 3^{quater}, comma 3), documento con il quale viene organizzata la localizzazione ed il funzionamento dei servizi, per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli.

In caso di mancata attuazione del piano attuativo locale, il Sindaco, o la Conferenza dei Sindaci possono chiedere alla Regione la revoca o la non conferma del direttore generale.

Dunque, un ruolo fondamentale è svolto dal direttore generale della ASL e dal Sindaco (o dalla Conferenza dei Sindaci o dalla Conferenza dei Presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento). È il Sindaco che, per garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione, nell'ambito della programmazione regionale, provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; ne verifica l'andamento generale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore generale ed alla Regione.

Sempre alle Regioni, inoltre, è affidato il compito di costituire appositi organismi che elaborino, per le aree metropolitane, il **Piano attuativo metropolitano**. Nelle ipotesi in cui la Regione non provveda a questi adempimenti e non istituisca, con apposita legge, la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale, il Ministro della Salute, sentita la Regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un termine per provvedere. Qualora, decorso tale termine, la Regione sia ancora inadempiente, il Ministro propone al Consiglio dei Ministri di attuare un intervento sostitutivo, anche attraverso la nomina di un commissario *ad acta*. In considerazione dell'importanza attribuita alla attività di programmazione svolta a livello locale dalle Regioni, l'intervento del Governo non impedisce alle stesse di esercitare le funzioni loro attribuite fino a quando gli organi regionali non abbiano provveduto in materia.

6. Gli obiettivi di salute nel Piano sanitario nazionale

Il Piano sanitario nazionale persegue in particolare: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura, l'umanizzazione dell'ospedale e le cure palliative, la prevenzione e la presa in carico della non autosufficienza, la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza, la tutela della salute mentale e la prevenzione e presa in carico delle dipendenze, la salute delle fasce sociali marginali.

Questa, più in particolare, la declinatoria degli obiettivi:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non autosufficienza: quale concetto riferibile ad anziani e disabili;
- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita;
- il sostegno alle famiglie;
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie diffuse;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la sanità veterinaria;
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- l'ambiente e la salute.

7. Il programma nazionale per le linee guida

Si tratta di uno strumento programmatico che fa parte del Piano sanitario nazionale e nasce sotto la responsabilità dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dell'Istituto superiore di sanità. Si pone come obiettivo la stesura di linee guida che permettano al medico di avere a disposizione le migliori conoscenze scientifiche esistenti, in base alle quali fare una diagnosi o programmare un intervento in conformità ai principi dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sulla salute.

Le linee guida

Per linea guida si intende una raccomandazione che i medici utilizzano come punto di riferimento nelle loro decisioni. La correttezza e il rigore scientifico del loro contenuto sono assicurati dal fatto che le linee guida vengono elaborate a partire dalle informazioni disponibili nella letteratura medica. Sono quindi utili anche dal punto di vista educativo e formativo.

Dal punto di vista del cittadino, le linee guida hanno molte ambizioni. Prima fra tutte, quella di fornire un quadro obiettivo delle possibilità di diagnosi e di terapia, contribuendo a sfatare il mito della medicina onnipotente e a ridimensionare le aspettative dei malati. Inoltre, esse forniscono al paziente i mezzi per valutare la proposta dello specialista, diminuendo il rischio di esporsi a interventi inutili e aumentando la libertà di scegliere, in base alle proprie esigenze personali, come procedere nella ricerca del miglior stato di salute possibile.