



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI
Servizio Sanitario Nazionale – Regione Emilia-Romagna
CONFERENZA SANITARIA TERRITORIALE



AREE DI CONVERGENZA TRA PIANI DI ZONA (2002- 2003) E PRIORITA' DEL PIANO PER LA SALUTE

Il presente documento rappresenta l'aggiornamento di quello redatto nel 2002 e presentato alla Conferenza Sanitaria Territoriale in data 2/12/02.

Gruppo tecnico Inter istituzionale, a carattere temporaneo, orientato al compito.

Composizione:

Dr.ssa Alma Bertozzi,	coord.re Servizi Sociali della AUSL
Dr.ssa Daniela Manfroni	referente Provinciale per i Piani di Zona
Dott. Paolo Mussoni	referente per i Piani di Zona- Distretto Nord
Dr. Ezio Venturi	referente per i Piani di Zona- Distretto Sud
Dr.ssa Laura Zanzani	referente tecnico per il Piano per la Salute
Dr.ssa Chiara Fuscagni	supporto

La Task force

La Conferenza Sanitaria Territoriale, nel Luglio 2002, ha invitato alla evidenziazione delle sinergie tra il Piano per la Salute (di seguito PPS) ed i Piani di Zona (di seguito PdZ), allo scopo di esplicitare le convergenze esistenti tra gli ambiti definiti come prioritari da entrambi e, quindi, poter indirizzare l'azione pubblica verso la conseguente formulazione di piani attuativi, non ridondanti ma complementari.

Il mandato

Allo scopo, un gruppo di lavoro, la cui composizione è sopra riportata, ha prodotto il presente documento che contiene, sulla scorta di valutazioni tecniche, le "possibili" aree progettuali future pertinenti ai Piani di Zona che possono soddisfare contestualmente problemi posti come prioritari da entrambi i processi.

Presupposto per il confronto è stato l'esplicito riconoscimento della differenza concettuale esistente tra il livello di formulazione di politiche e quello dello sviluppo conseguente e coerente di azioni attuative; queste ultime ricomprendono, generalmente, anche le politiche dei servizi, siano essi di tipo sanitario che non, la cui formulazione e gestione è affidata solitamente a precisi settori istituzionali.

Premessa

Politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro, culturali, urbanistiche, abitative, ecc., sono politiche settoriali che possono ricomporsi, in tutto o in parte, in politiche sovrasettoriali laddove, per la natura delle complesse dinamiche legate ai determinati in gioco, le azioni settoriali non risolverebbero il problema posto.

In questa logica si muove la predisposizione del Piano per la Salute, che si pone come strumento per la formulazione e attuazione di **politiche per la salute**, intendendo quest'ultima non come mera assenza di malattia.¹

Politiche per la salute

Le politiche per la salute possono essere intese quindi come politiche sovrasettoriali messe in campo per rispondere a bisogni di primario interesse, di natura complessa, catalizzando i settori in grado di dare loro risposta. La diversità di oggetti, di competenze, di punti di vista, appartenenti ai diversi settori è condizione per la integrazione e contestuale mantenimento di un proprio e distintivo spazio di azione.

I concetti appena espressi trovano la loro applicazione anche per pianificazioni presenti in altri ambiti che possono concorrere alla attuazione di politiche di salute.

La figura che segue cerca di illustrare questo concetto.

¹ La transizione epidemiologica e lo scenario demografico degli ultimi decenni devono far riflettere sulle capacità che ha il solo sistema sanitario (inteso come sistema di cure) di incidere sulle cause determinanti della salute, essendo oggi mutati i bisogni di salute della popolazione: dalle patologie acute di tipo infettivo, a quelle croniche multifattoriali.

Il Piano per la Salute deve poter sostanziare politiche per la salute in grado di massimizzare i contributi settoriali, senza inficiare l'autonomia programmatica dei singoli settori, ma integrandola ed indirizzandone il potenziamento su priorità di salute individuate in modo partecipato e condiviso, alla cui risposta, tutta la comunità si impegna (perché può e vuole).

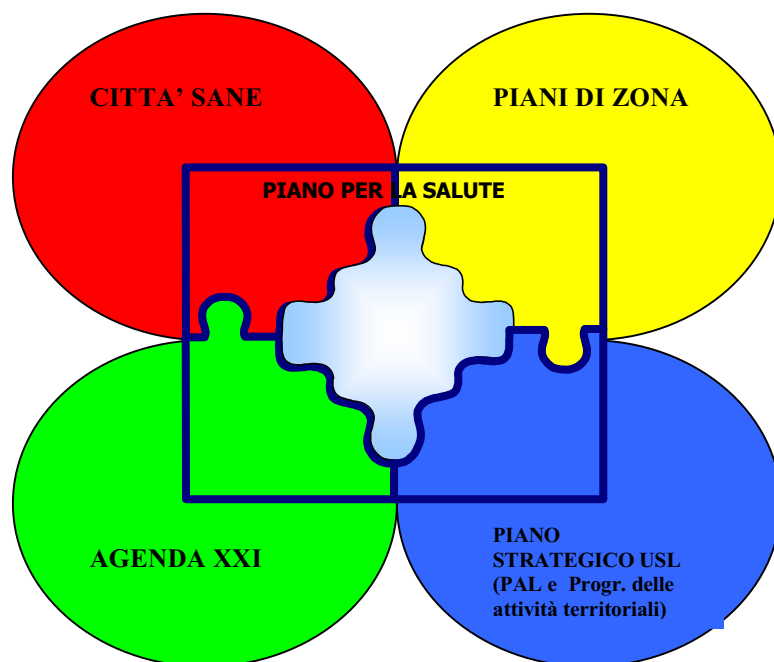
In tal senso, la figura rappresenta la "possibile" comunione tra più macro programmazioni che si dovrebbe tradurre in una azione concorrente, in grado di creare valore aggiunto in salute, superiore quindi a quello atteso come semplice sommatoria delle singole programmazioni.

Creare valore aggiunto

La promozione della salute, in particolare nelle comunità evolute, ove i suoi molteplici determinanti dispiegano le interrelazioni più complesse, è uno degli ambiti che meglio si presta allo sviluppo di programmi di comunità, cui si affida la capacità di migliorare lo stato di salute ed incidere sulle disuguaglianze.

Ecco che i PdZ "possono" essere inquadrati come parte della **risposta** (bisogni di servizi sociali) ai bisogni di salute a prevalente genesi sociale, Agenda XXI come **risposta ambientale**, la rete OMS delle Città Sane come **risposta civica**, il piano strategico della USL -da cui discendono i Piani Attuativi locali e il Programma delle Attività Territoriali- come **risposta sanitaria e socio sanitaria**, e così via.

E' evidente che tali programmazioni non esauriscono la loro sfera d'azione contribuendo a dare risposta ai bisogni di salute, questione che si ritiene soddisfatta dagli ambiti di responsabilità specifici.



I Piani di Zona (PdZ)

Rappresentano la risposta sociale ai bisogni sociali di una popolazione relativamente ad un ambito territoriale di riferimento, coincidente con i confini geografici ed amministrativi di un Distretto.

Lo sviluppo dei Piani di Zona prevede la formulazione di priorità e obiettivi strategici di respiro biennale, mentre la programmazione delle attività (programma attuativo) è formulata su base annuale.

Il Piano per la Salute (PPS)

Prevede la individuazione di bisogni prioritari di salute su ambito provinciale, bisogni che riconoscono le loro cause in svariati determinati, compresi quelli sociali intesi in senso lato; la formulazione di risposte adeguate, anche su base distrettuale, vengono tradotte in programmi attuativi, cui prende parte la comunità- istituzionale e non-, formalizzati tramite accordi attuativi di durata triennale.

I due Piani

- *riconoscono, entrambi, sia un livello strategico, con definizione di priorità, sia un livello operativo, con programmi attuativi; tali livelli si differenziano per il respiro temporale assegnato e per rilevanza della responsabilità politica e tecnica.*
- definiscono propri organismi e modalità di coordinamento ma entrambi affidano agli **EE.LL un ruolo centrale** di promozione e formulazione di politiche, anche integrate e, subito dopo, quello di Attori direttamente impegnati al presidio degli aspetti attuativi, in ordine alla competenza direttamente attribuibile su singole problematiche.
- Oltre agli EE.LL, anche AUSL, forze di volontariato, di cooperazione sociale, produttive, ecc., sono chiamate a concorrere alla formulazione ed alla attuazione dei due piani.

Scopi/utilità del confronto PPS/PdZ

Il Piano per la Salute è giunto oggi alla sua fase di elaborazione (dalle priorità agli obiettivi), preludio della fase attuativa, cioè di quella fase in cui dovranno essere predisposti i programmi integrati in grado di dare risposta ai bisogni di salute; in considerazione "dell'ampio respiro" del Piano per la Salute, questo passaggio risulta estremamente delicato e critico per i seguenti motivi:

- la numerosità degli ambiti prioritari selezionati
- la numerosità e complessità degli attori che, teoricamente, possono contribuire e con i quali stabilire relazioni
- la necessità di ottenere indirizzi concreti in tempi utili per la definizione dei bilanci degli EE.LL
- la assenza di risorse specificatamente assegnate per la attuazione del Piano medesimo; tale elemento può essere un ostacolo nella fase di implementazione del primo Piano per la Salute, pur evidenziando che la filosofia sottesa è di riorientamento delle risorse disponibili su priorità definite in modo partecipato.

**Convergenze
Azioni
Sostenibilità**

A questo proposito preme evidenziare che, relativamente allo stato di avanzamento del PPS, risulta oggi prioritario definire con gli attori istituzionali, in particolare con i Comuni, quali siano *le convergenze* tra i due piani, quali siano *le azioni* che si reputano efficaci per incidere sui determinanti socio economici della salute, quale sia *la sostenibilità* delle medesime; infatti, pur nella ricerca delle forme di sussidiarietà orizzontali possibili, rimane centrale la definizione di ciò che va assicurato prioritariamente con le risorse pubbliche, anche attraverso la sussidiarietà di tipo verticale, e sulla scorta della quale (definizione), sviluppare l'azione di concorso dei partner non istituzionali.

Il Piano per la Salute non vuole essere però soltanto un atto di indirizzo per i settori concorrenti alle politiche di salute, ma anche un momento di programmazione di interventi integrati, laddove necessari, sulle problematiche prioritarie per la salute; ecco che all'interno dello stesso PPS si ricompone, analogamente al Piano di Zona, il momento strategico con quello attuativo; quest'ultimo beneficerà del risultato delle azioni, autonomamente promosse dai diversi settori, ma che riconoscono impatto contestuale anche con le priorità del PPS, nonché del risultato di azioni promosse direttamente dal PPS (settoriali od intersettoriali) su ambiti per i quali si riconosce un livello di presidio insufficiente o inefficace.

La reciprocità

I determinanti socio-economici, emersi durante i lavori del Piano per la Salute, caratterizzano molti dei bisogni/obiettivi prioritari dei sette target popolazionali, oggetto del Piano.

L'esistenza di una pianificazione di ambito sociale (Piani di Zona) rappresenta una reciproca opportunità: quella di inscrivere la relativa attuazione in una logica ancora più ampia, quella della salute appunto, ove azioni, pur specificamente sviluppate sulla esigenza di bisogni sociali, trovano, in una logica di sistema, ulteriore motivo e ragione di attuazione.

D'altra parte la esistenza di priorità strategiche per la salute può facilitare ed orientare la selezione delle aree di intervento del Piano attuativo 2003, stante la disponibilità finita di risorse.

**Fonti
normative e
integrazione**

- **Legge n° 328/2000** "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'Art.3, comma 2 recita: "I Soggetti di cui all'articolo 1, comma 3,² provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e delle risorse del sistema integrato dei servizi sociali secondo i seguenti principi:

²Art. 1, comma 3, della L.328/2000: "La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli Enti Locali, alle Regioni, ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998 n° 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura, finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali".

a) coordinamento ed integrazione con interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento, e di reinserimento al lavoro;

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4³, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché le aziende Unità Sanitarie Locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale".

- **Il DPR 3/5/2001** "Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003" riporta:

"le politiche sociali perseguono obiettivi di ben-essere sociale. Lo strumento attraverso il quale sono realizzati è il sistema integrato di interventi e servizi. La promozione delle possibilità di sviluppo della persona umana, e non la erogazione di prestazioni e servizi, è l'obiettivo ultimo degli interventi che gli Enti Locali, le Regioni e lo Stato programmano e realizzano in coerenza con quanto disposto dalla L.328/2000.

Le politiche sociali tutelano il diritto a stare bene, a sviluppare e conservare le proprie capacità fisiche, a svolgere una soddisfacente vita di relazione, a riconoscere e coltivare le risorse personali, a essere membri attivi della società, ad affrontare positivamente le responsabilità quotidiane."

- **La Delibera di Giunta 329/2002** "Approvazione delle linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona 2002/2003 in attuazione delibera C.R 246/2001" testualmente recita:

"Già la delibera di programma, più volte citata, prevede che per gli interventi socio sanitari ad elevata integrazione socio sanitaria ci sia coincidenza tra le indicazioni del Piano di Zona e quelle del Programma delle Attività Territoriali del Distretto, e che l'accordo di programma che approva i Piani sia sottoscritto anche dal Direttore Generale dell'AUSL.

"inoltre, i Piani di Zona devono tener conto delle indicazioni e delle elaborazioni contenute nei Piani per la Salute, nonché del DPCM 29/11/20001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza", in particolare punto 5 del disposto, così come recepito dalla delibera della giunta regionale n°295/02".

³ Art. 1, comma 4, L.328/2000: "Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono ed agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali."

- **Legge Regionale n° 2 del 12/03/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".**

La norma prevede diversi punti ove si evidenzia l'integrazione come elemento rilevante; in particolare per esigenze di sintesi pare opportuno centrare l'attenzione sull'articolo 11 che testualmente recita: "**Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria**

1. La Conferenza Sanitaria Territoriale, istituita dalla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 (Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517), assume la denominazione di Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

2. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, oltre alle funzioni già esercitate, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994, promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di Zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali ed assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la Salute previsti dal Piano Sanitario Regionale. I Programmi per le attività territoriali, previsti all'articolo 3-quater, comma 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992 assumono, per gli interventi socio-sanitari, le indicazioni dei Piani di Zona.

La integrazione con il mondo sanitario, viene inoltre sottolineata ad esempio quando i Comuni, all'art. 15, comma 3, vengono individuati come soggetti che "esercitano le funzioni di programmazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in coerenza con il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e in raccordo con la programmazione sanitaria.

Alla luce di quanto sopra, la Task Force PPS/PdZ, di valenza tecnica, ha provveduto a:

- confrontare le priorità del Piano per la Salute e le priorità/obiettivi strategici biennali del Piano di Zona (vedi tabelle n° 1, 2, 3 dell'allegato n° 1), per evidenziarne i punti di sinergia
- esaminare ed evidenziare anche quanto già determinato dal Protocollo Provinciale sulla immigrazione, e dal piano triennale di azioni per l'infanzia e adolescenza, ai sensi della L. 285/97 (vedi tabelle 4,5,6 dell'allegato n° 1)
- far emergere i contributi dei Piani di Zona, attraverso la evidenziazione delle aree progettuali dai medesimi sostenute per il 2002 e 2003, alle priorità del Piano per la Salute (vedi tabelle relative alle sette aree tematiche - allegato n° 2).

CONCLUSIONI

Da quanto precedentemente esposto, nonché da quanto emerge dai contenuti più analitici, di cui agli allegati n° 1 e n° 2 del presente documento, si possono individuare alcune macro aree di convergenza tra gli obiettivi dei due Piani.

Tali macro aree, riportate di seguito in ordine non gerarchico, che potremmo definire come "focal point" di priorità comuni ai due Piani (livello strategico), rappresentano gli **ambiti appartenenti alle politiche sociali che meglio sembrano concorrere anche alle politiche di salute nel nostro territorio.**

Le macro aree si caratterizzano anche per la quasi totale trasversalità rispetto ai target popolazionali del Piano per la Salute e alle aree oggetto dei Piani di Zona.

Si sottolinea come l'ultimo punto, inerente il raccordo interistituzionale, seppure diversificato nei modi e nelle forme, è esigenza che emerge in modo significativo da entrambi i processi.

- ✓ **SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE**
 - psicosociale
 - economico
- ✓ **CASA/ABITAZIONE**
- ✓ **PREVENZIONE DELLA PERDITA DI AUTONOMIA**
- ✓ **DOMICILIARIZZAZIONE**
- ✓ **LAVORO**
- ✓ **RACCORDO INTERISTITUZIONALE**

Note per la lettura delle tabelle che seguono:

Rispetto alla versione precedente del documento, le parti sottolineate, presenti nelle tabelle di cui all'allegato n° 2, rappresentano la ulteriore esplicita programmazione 2003 dei Piani di Zona, rispetto a quanto proposto durante la fase 2002 di confronto.