Piani per la salute:

approvazione Linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 [1]

Introduzione

Definizione concettuale e operativa

Definizione dei soggetti che partecipano e modalità di elaborazione del Piano per la salute

Relazioni tra i livelli programmatori

Allegati

A. Esempi di politiche pubbliche con forte impatto sulla salute dei cittadini

B. Esempi di Patto di solidarietà per la salute

C. Esempi di obiettivi di servizi e obiettivi di salute

D. Criteri di qualità di un Piano per la salute

E. Elementi necessari a rendere operativi gli obiettivi di salute

F. Struttura del Piano per la salute

---

[1] Tratto da: *Bollettino Ufficiale* – Regione Emilia-Romagna n. 77, 2 maggio 2000
Piano sanitario regionale 1999-2001 - Primi provvedimenti di attuazione
http://www.regione.emilia-romagna.it/web_gest/link/deliberepiano/docsan.htm

Allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 321/2000

Documento elaborato dal gruppo regionale di lavoro "Piani per la salute" per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001

Componenti del Gruppo:

Angelo Stefanini (*coordinatore*)	Stefano Liverani
Giuseppe Balicchi	Alessandro Martignani
Marco Biocca	Carlo Naldoni
Gabriele Cavazza	Giovanni Paganelli
Barbara Curcio Rubertini	Franco Riboldi
Alba Carola Finarelli	Marcello Tonini
Paolo Lauriola	Paolo Tori

Introduzione

Lo scopo di un Piano per la salute (PPS), come delineato nel Piano sanitario regionale 1999-2001 (PSR), è quello di fungere da strumento e luogo centrale dove vengono elaborati programmi di miglioramento della salute e della assistenza sanitaria.

Nonostante nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 (PSN) e nel PSR non venga data una esplicita definizione della salute, appare chiaro dalla loro impostazione concettuale che esiste una varietà di fattori che la condizionano. Su alcuni di essi è possibile intervenire più o meno efficacemente, come condizioni socioeconomiche, stili di vita, condizioni ambientali e disponibilità di servizi (compresi il SSN, servizi sociali e scuola) mentre altri non sono modificabili, come sesso, età e patrimonio genetico.

Tabella 1. Categorie di determinanti della salute

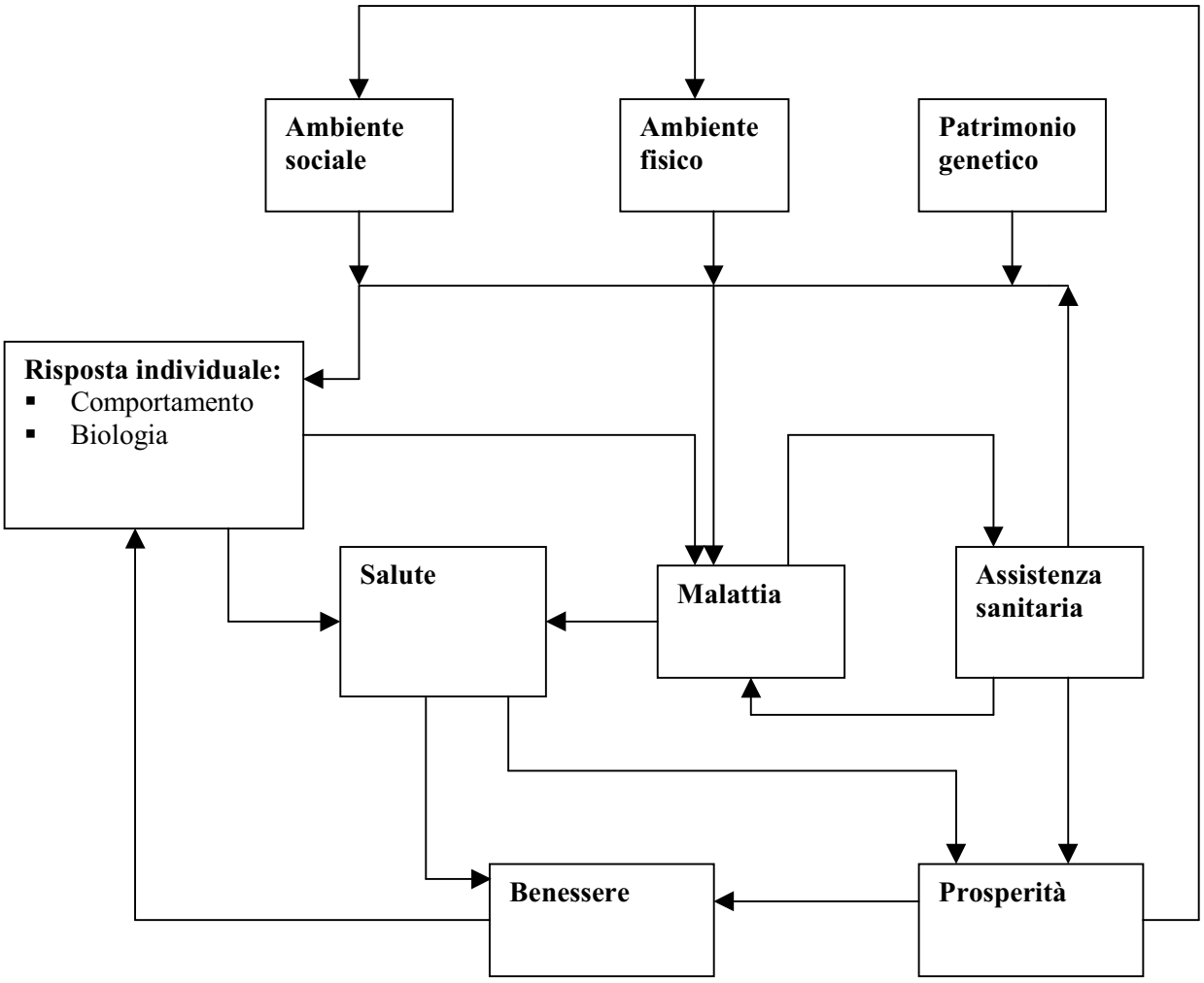
Non modificabili	Socio-economici	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai servizi
- Genetica - Sesso - Età	- Povertà - Occupazione - Esclusione sociale	- Aria - Acqua e alimenti - Abitato - Ambiente sociale e culturale	- Alimentazione - Attività fisica - Fumo - Alcol - Attività sessuale - Farmaci	- Istruzione - Tipo di sistema sanitario - Servizi sociali - Trasporti - Attività ricreative

Ciò che una classificazione come quella sopra presentata non indica è la natura e il senso dell'interazione tra i diversi fattori e categorie di determinanti e il momento della loro comparsa nell'arco della vita che può essere veramente cruciale per la salute dei singoli individui e delle popolazioni (si veda *Figura 1*). Politiche pubbliche per la salute possono nascere soltanto all'interno di un contesto ed in una cornice concettuale che riconoscano la natura dinamica del sistema e l'interazione tra i vari elementi.

Un approccio "politica per la salute" riconosce che le attività di molte istituzioni (particolarmente gli Enti locali - EELL) e gruppi organizzati, oltre al sistema sanitario, hanno un potenziale importante impatto sulla salute della comunità (si veda *Allegato A*). Di conseguenza assume che ogni azione che voglia essere efficace a migliorare la salute deve vedere agire queste organizzazioni e gruppi in un sistema di alleanze. Pertanto, in ogni occasione in cui vengono assunte decisioni potenzialmente in grado di incidere sulla salute della popolazione, gli EELL potranno utilizzare strumenti e competenze finalizzati a fornire indicazioni tecniche provate, ove disponibili, o, in assenza di conoscenze teoriche, pareri informati che tengano conto del comune concetto di "qualità della vita" presente in quella cittadinanza.

È inoltre necessario tenere in dovuto conto la crescente quantità di prove che dimostrano come una proporzione non irrilevante di attività sanitarie siano inefficaci, inefficienti o semplicemente non sufficientemente valutate e che, a seguito dei sostanziali miglioramenti della salute verificatisi lungo l'ultimo secolo, i problemi di malattia, disabilità, e morti premature che permangono sono sempre meno sensibili ad una ulteriore espansione della assistenza sanitaria. Questa presa di coscienza è supportata dal fatto che non esiste una correlazione diretta effettuabile tra variazioni della stato di salute e variazioni della spesa per l'assistenza sanitaria. È quindi auspicabile una maggiore attenzione al potenziale di produzione di salute insito nelle politiche pubbliche ed una loro costante e rigorosa valutazione in funzione del perseguimento dell'obiettivo della salute, come esemplificato nell'Allegato B.

Figura 1. Esempio di interazione dinamica tra i vari determinanti di salute (Modello di Evans e Stoddard)



Definizione concettuale e operativa

Un Piano per la salute (PPS) può essere definito come "un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria". Esso richiede quindi il coinvolgimento più vasto possibile, il rafforzamento delle alleanze esistenti e la creazione di nuove. Il PPS costituisce il Patto locale di solidarietà per la salute.

Il PPS, di durata triennale, viene elaborato, coerentemente agli indirizzi e alle strategie definiti dalle politiche di salute, sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale e identifica obiettivi di salute da raggiungere in uno specifico ambito territoriale.

Il PPS deve diventare uno dei processi chiave di pianificazione multisettoriale e interdisciplinare a livello territoriale. È guidato dagli EELL con il supporto tecnico delle competenze epidemiologiche della AUSL e coinvolge altre organizzazioni, gruppi di popolazione e singoli individui dentro e fuori dal SSN. Essenziale è inoltre il ruolo del governo regionale nell'indicare priorità, assicurare competenze tecniche di supporto e garantire una adeguata uniformità di applicazione sull'intero territorio regionale pur nel rispetto delle specificità locali (si veda *Allegato C*).

Così si intende realizzare l'approccio della cosiddetta Nuova sanità pubblica, combinando in sé strategie di promozione della salute, di prevenzione della malattia e di miglioramento della efficacia, efficienza ed equità dei servizi. Il tutto in uno scenario di cooperazione intersettoriale che opera su quella combinazione di fattori, il più spesso non strettamente

legati al settore sanitario, che conducono al maggior guadagno in salute in una popolazione. In questo modo la salute e il benessere della comunità diventano l'esito finale a cui ogni politica pubblica (e non soltanto quella sanitaria) deve tendere e con cui deve confrontarsi. La Nuova sanità pubblica ribadisce che le diverse politiche dovrebbero facilitare al cittadino, sia come singolo individuo che organizzato in gruppi, le scelte sane e rendere più difficili (e onerose) quelle dannose alla salute. In questa ottica, dovrebbe essere rafforzata l'attività di valutazione dell'impatto che le varie politiche hanno sulla salute dei cittadini.

Che cosa contiene il PPS?

Il PPS individua:

- i più importanti bisogni di salute della popolazione locale e le risposte in termini di promozione della salute e prevenzione della malattia che l'AUSL, gli EELL e le altre organizzazioni coinvolte si impegnano a dare su di un vasto fronte intersettoriale, interdisciplinare ed interprofessionale. Il PPS si rivolge alle priorità di rilevanza regionale identificate nel PSR nonché a quelle a specifica rilevanza locale;
- i principali bisogni di assistenza sanitaria e sociale della popolazione locale e le modalità di risposta in termini di offerta di servizi da parte di Aziende sanitarie, EELL, terzo settore e privato accreditato;
- la natura degli impegni nei vari settori ed attività, compreso il settore sanitario, necessari a rispondere ai bisogni della popolazione locale sopra identificati;
- le modalità di interconnessione fra le azioni di competenza dei vari enti e organizzazioni con indicate risorse e tempi;
- le modalità di verifica, in corso d'opera e finale, del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Ciò presuppone l'esistenza di:

- mappatura delle risorse che condivida informazioni di base e proiezioni nel futuro, inclusa le risorse umane;
- definizione delle priorità locali di intervento che integrino quelle già identificate dal PSR. Ciò dovrebbe condurre allo:
    - sviluppo di strategie per il cambiamento coerenti al PSR, con chiari obiettivi quantificabili e indicatori di miglioramento misurabili;
    - formale impegno dei vari attori, supportato da piani di spesa comuni, con particolare riguardo all'interfaccia tra sociale e sanitario.

Ciascun PPS ha validità triennale con adeguamento periodico sulla base delle evidenze e degli stati di avanzamento. Trattandosi dell'avvio di un nuovo approccio è ragionevole prevedere una strategia di sviluppo graduale. Il primo PPS dovrà comunque:

- tenere conto dei piani e delle attività locali già esistenti;
- iniziare a delineare una cornice strategica di azione su priorità locali, regionali e nazionali e una bozza di programma di sviluppo finale triennale del PPS. Questo dovrà contenere le aree di priorità indicate nel PSR e un'azione sul problema delle disuguaglianze in salute. Su alcuni problemi esiste già probabilmente una strategia locale concordata su vasti fronti; su altri potrà essere necessario prevedere studi e approfondimenti;
- definire, in termini generali, una politica allocativa che definisca come le risorse vadano distribuite per rispondere sia alle priorità regionali che a quelle locali;
- identificare i vari attori coinvolti nella preparazione del PPS, le risorse impegnate e il tipo di coinvolgimento futuro.

Esistono due obiettivi per il processo di consultazione sul primo PPS:

- Assicurare l'impegno dei partner chiave (oltre a Comuni, AUSL, anche grandi organizzazioni sociali, il settore della educazione, dei trasporti, ecc.) alla stesura del primo documento e iniziare l'identificazione del contributo futuro dei *partner* al processo di elaborazione del PPS.

- Informare il pubblico delle finalità e del contenuto del primo PPS e dei mezzi e strumenti con i quali esso può influenzare il suo futuro sviluppo.

Il PPS e il processo che lo condurrà avranno quindi una funzione di cornice di riferimento per la pianificazione di medio (tre anni) e breve termine (un anno).

Definizione dei soggetti che partecipano e modalità di elaborazione del PPS

La LR 21/4/1999, n. 3, "Riforma del sistema regionale e locale" (art 81) attribuisce alla Conferenza sanitaria territoriale, che riunisce rappresentanti dei Comuni, della Provincia e, dove presente, della Università, una funzione di programmazione locale e di indirizzo generale e valorizza il ruolo degli EELL rispetto sia alla programmazione che alla verifica e al controllo delle attività delle Aziende sanitarie.

Il PSR 1999-2001 stabilisce che gli Enti locali, attraverso la Conferenza sanitaria territoriale, di concerto con le Aziende sanitarie, con la collaborazione delle organizzazioni della comunità sociale, e in coerenza con gli indirizzi regionali, intervengono nella elaborazione e realizzazione dei PPS oltre che nella identificazione delle Zone di azione per la salute.
(Si veda oltre)

La Conferenza sanitaria territoriale rappresenta il soggetto e la sede del coordinamento intersettoriale che si traduce in strategie condivise per obiettivi comuni tra:

- le istituzioni che esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione;
- il volontariato, che contribuisce alla umanizzazione del servizio e alla trasmissione delle istanze etiche e a dar voce ai bisogni degli svantaggiati;
- i produttori che concorrono alla salute del cittadino con prestazioni qualificate e servizi tempestivi;
- le grandi organizzazioni sociali.

I possibili *partner* che, oltre a EELL e AUSL, vengono ad interagire nella elaborazione di un PPS sono.

Il capitale pubblico

- Il corpo professionale, inclusi i medici di medicina generale (MMG)
- Aziende pubbliche ospedaliere e loro amministratori
- Aziende sanitarie pubbliche
- Enti e organismi istituzionali come i Comitati consultivi misti, ecc.
- Uffici periferici e organismi istituzionali di riferimento (INAIL, INPS, Provveditorato agli studi, distretti scolastici, Ufficio del lavoro, centri di formazione professionale, ecc.)
- Costellazione di enti a rilevanza sanitaria (ARPA, sistema di protezione sociale, organizzazioni assistenziali)

Il capitale di mercato

- Costellazione dei servizi sanitari privati locali (case di cura, cliniche, laboratori, studi, ecc.)
- Enti a rilevanza assicurativa (mutue assistenza, ecc.)

Il capitale sociale

- Organizzazioni *non profit* (cooperative sociali, onlus, ecc.)
- Reti di impegno civico:
    - associazionismo strutturato (organizzazioni di rappresentanza e tutela, organizzazioni di volontariato sociale)
    - fondazioni, enti, club a vocazione sociale
- Gruppi di interesse (comitati, movimenti di opinione, assemblee)
- Organizzazioni sindacali

Soggetti a rilevanza sociale

- Persone fisiche (*testimonial*)
- Persone giuridicamente rappresentate (società professionali e scientifiche, confederazioni industriali, organizzazioni sindacali, organizzazioni di categorie, ad es. artigiani e altri)

Il PPS rappresenta la traduzione concreta della principale funzione di programmazione sanitaria devoluta al livello decentrato delle autorità locali, in primo luogo ai Comuni, e assicura che la programmazione strategica venga indirizzata a partire dalle prospettive locali e dalle conoscenze e competenze apportate da tutti gli attori. In questo modo realizza lo stile di programmazione negoziata introdotto dal PSR conducendo a un Patto locale di solidarietà per la salute.

Il Processo di coinvolgimento e responsabilizzazione

Il modello di programmazione adottata presuppone modalità di partecipazione che consentano in primo luogo la collaborazione non subordinata e la valorizzazione di tutti gli attori sociali e, in secondo luogo, stimolino un coinvolgimento "concreto" di chi attualmente resta in una posizione di passività. In questo processo si possono distinguere schematicamente cinque fasi:

1. *Fase della ricognizione/rilevazione dei bisogni e problemi*

   Rappresenta il momento iniziale del percorso, quello nel quale si ribadisce l'importanza di partire dal basso e di dare "voce" a tutte le istanze, singole o associate, della intera popolazione di riferimento. La raccolta dell'insieme dei problemi e dei bisogni di quella collettività è l'obiettivo di questa fase; la molteplicità, variabilità, specificità ed anche ridondanza delle proposte ne rappresentano la ricchezza. Il quadro completo dovrà emergere dal confronto tra i dati obiettivi socio-sanitari di rilevazione epidemiologica e i problemi percepiti dalla popolazione. Si ritiene che gli ambiti in cui dare ascolto alle proposte dei cittadini debbano essere quelli istituzionalmente a questo deputati: i Consigli comunali aperti e, nelle città più grandi, i *forum*/Consigli di circoscrizione/quartiere. Il valore aggiunto della proposta sta nell'indicare la necessità, da parte delle istituzioni, di recuperare sensibilità e dialogo sui temi della salute e pertanto poter esprimere contenuto e continuità in merito al ruolo di indirizzo e di controllo che viene genericamente assegnato dalla normativa.

2. *Fase della selezione delle priorità*

   È il momento nel quale si analizzano le varie proposte che emergono dalla consultazione descritta in precedenza e dove si fissano le scelte sugli oggetti e gli ambiti di intervento prioritario. Si ritiene di dover sottolineare il contenuto di responsabilità politica delle scelte e indicare nella Conferenza sanitaria territoriale il momento istituzionale più adatto in quanto rappresentativo della dimensione territoriale interessata (di norma quella provinciale). Sarà necessario che la Conferenza possa avvalersi, in fase istruttoria, di soggetti che a vario titolo (tecnici ed epidemiologi, Comitati consultivi misti, Giurie di cittadini sul modello inglese e altri) possano contribuire a rendere espliciti e concreti i criteri di selezione delle priorità.

3. *Fase di elaborazione del PPS*

   È il momento nel quale il PPS prende concretamente forma, indicando obiettivi e indicatori, e viene affidato ad un gruppo di lavoro sulla base delle linee di indirizzo e delle priorità scaturite dalle fasi precedenti. Si vuole qui indicare che tale fase non sia appannaggio esclusivo di un gruppo di tecnici ma di prevedere come necessaria la partecipazione attiva di una rappresentanza politica evitando il rischio di deresponsabilizzazione tipico delle fasi attuative. Rafforzando il concetto si ritiene che al gruppo tecnico-politico non sia affidata la sola elaborazione del PPS ma l'intera supervisione, assicurando i necessari meccanismi di consultazione periodica ma costante nel corso della elaborazione del PPS con gli organi politico-istituzionali e i cittadini.

4. *Fase attuativa del PPS*

   È la fase operativa vera e propria nella quale le proposte contenute nel PPS devono essere articolate e gestite attraverso accordi attuativi fra le varie istanze politico-sociali e aziendali interessate. In questi accordi si identificano tutti gli attori coinvolti e per ognuno di essi il contributo in azioni e responsabilità, andando nel

contempo a recuperare il ruolo di partecipazione attiva e a configurare l'idea di patto locale di solidarietà per la salute.

5. *Fase di monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli obiettivi*

   È il momento in cui viene compiuto un accertamento, sia *in itinere* che al termine del processo, del grado di congruità delle attività programmate e attuate e di raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il processo connesso con questa fase permette anche di adattare e riaggiustare sia le attività programmate che gli obiettivi prefissati in funzione di nuove esigenze e situazioni verificatesi nel frattempo.

Per quanto riguarda la responsabilizzazione, essa dovrà essere mirata alla esplicitazione, in ogni fase del processo, dei ruoli dei soggetti coinvolti e alla definizione delle responsabilità complessive della comunità basate su:

- la consapevolezza generale della titolarità del progetto da parte della comunità, sì da consentire il recupero di potenzialità innovative, il coinvolgimento delle reti sociali, lo sviluppo del ruolo educativo dei professionisti, la formazione degli attori e delle reti;
- la documentazione dei processi, il confronto fra alternative, la socializzazione dei risultati.

Rapporti tra Zone di azione per la salute (ZAS) e PPS

Le Zone di azione per la salute (ZAS) rappresentano ambiti territoriali non definiti da confini amministrativi bensì dalla distribuzione di un problema di salute e dalla relazione di alleanze strette tra soggetti pubblici e privati, anche appartenenti ad aree geografiche diverse, per attuare programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie particolarmente rilevanti. Esse sono giustificate dal fatto che la distribuzione dei problemi di salute raramente combacia con i confini amministrativi. Il PSR precisa che per il triennio 1999-2001 le ZAS saranno prioritariamente attivate in riferimento alle tematiche della alimentazione, incidenti stradali, città anziane, città giovani, zone socialmente degradate. La loro individuazione e selezione per l'ottenimento di eventuali fondi finalizzati da parte della Regione avverrà sulla base di programmi (scaturiti dalla collaborazione dei soggetti interessati, istituzionali e non) che evidenzino la rilevanza del problema, l'adeguatezza degli obiettivi di salute, le modalità e gli strumenti di intervento, l'intersettorialità delle collaborazioni previste, le forme di coordinamento e l'assetto delle responsabilità, la struttura economica della proposta e i risultati attesi.

È possibile quindi intravedere le interconnessioni e gli ambiti di possibile e auspicabile collaborazione che ZAS e PPS presentano sia per quanto concerne il processo che il loro contenuto. In particolare, le ZAS potranno dare luogo ad una più precisa determinazione del finanziamento alle Aziende utilizzato dalla Regione: il problema di salute individuato in una determinata zona diviene così un ulteriore fattore per orientare la distribuzione geografica delle risorse.

È fin dalle prime fasi della elaborazione del PPS, in modo particolare al momento della rilevazione dei bisogni, che EELL/Aziende dovranno tenere in dovuta considerazione il contesto circostante e confrontarsi con EELL/Aziende limitrofe cercando alleanze per identificare problemi comuni tra cui scegliere quello attorno al quale verrà identificata la ZAS. Il coordinamento e il supporto da parte della Regione in questo particolare momento della programmazione locale dovranno necessariamente essere tali da facilitare questo delicato processo.

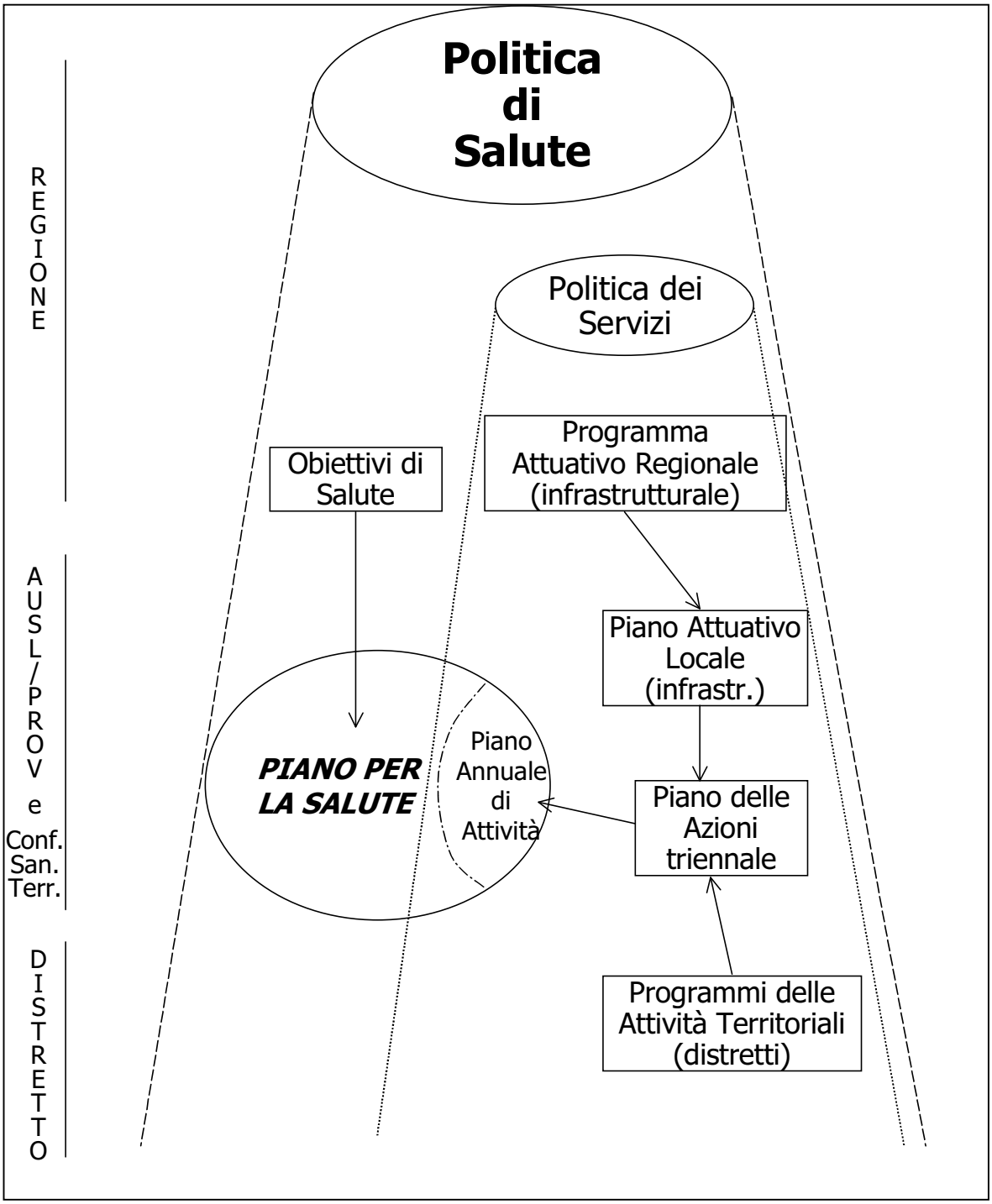
Definizione delle relazioni tra i livelli programmatori (*Figura 2*)

Il PSR rappresenta il documento di riferimento programmatico di medio periodo con cui il governo regionale enuncia, coerentemente ai principi e agli indirizzi generali del PSN, le scelte strategiche alle quali fare riferimento nella elaborazione della politica sanitaria o, meglio, di salute e della politica dei servizi. La politica di salute definisce le scelte strategiche relative ai problemi prioritari da affrontare e le linee di intervento intersettoriali con cui perseguire determinati traguardi di salute della popolazione regionale. La politica dei servizi definisce le scelte strategiche relative al modello di organizzazione dei servizi e alle relazioni tra i diversi livelli di programmazione previsti nel sistema regionale e locale e i diversi livelli di governo o gestione del sistema dei servizi sanitari e sociali. Ciò allo scopo di

orientare l'offerta alla configurazione meglio capace di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. (Si veda *Allegato D*).

Per l'implementazione dei contenuti strategici del PSR vengono seguiti due percorsi paralleli continuamente integrati tra loro. Il primo definisce la politica di salute e coinvolge la responsabilità primaria dei diversi livelli di governo e programmazione regionale e locale. In tale percorso il settore sanitario contribuisce al pari di altri settori che con il loro impegno concorrono a migliorare la salute della popolazione e assicura il supporto tecnico necessario alla scelta delle priorità. Il secondo esplicita la politica dei servizi con cui il sistema sanitario regionale intende dare attuazione agli impegni per la politica per la salute attraverso la produzione di prestazioni e servizi di natura preventiva, curativa e riabilitativa. Il primo processo contiene il secondo, rappresentandone il presupposto e lo scopo.

Figura 2. Livelli di programmazione



La politica di salute viene programmaticamente perseguita con:

- gli obiettivi di salute con cui il livello regionale definisce i risultati attesi in settori prioritari di intervento secondo definite strategie di azioni intersettoriali;
- i Piani per la salute, con cui vengono localmente specificati e resi operativi gli obiettivi di salute (*Allegato E*).

La politica dei servizi sostanzia e realizza l'impegno del settore sanitario nei suoi diversi livelli di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi di salute. La politica dei servizi si realizza con i Piani attuativi e il Piano delle azioni.

Il Programma attuativo regionale, adottato con Delibera della Giunta, è lo strumento con cui l'Assessorato alla sanità dà traduzione programmatica alle scelte strategiche del PSR nella parte relativa alla organizzazione dei servizi sanitari (es.h*ub & spoke*) con cui contribuire agli obiettivi di salute.

Il Piano attuativo locale (a carattere infrastrutturale) è la specificazione territoriale della configurazione organizzativa dei servizi con cui il settore sanitario si impegna localmente a contribuire al raggiungimento degli obiettivi definiti nel PPS. Esso sostanzia il contributo delle Aziende sanitarie alle azioni per la salute ed è da esse elaborato secondo le indicazioni del Programma attuativo regionale e con un processo che garantisca la partecipazione competente dei professionisti e degli operatori. Ha validità triennale.

Il Piano delle azioni rappresenta lo strumento di programmazione operativa con cui le Aziende sanitarie si impegnano ad assicurare determinati standard di servizio (tipo, volume, distribuzione, qualità) al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi del PPS, definiscono i *partner* con i quali assicurare prestazioni e servizi di qualità nell'ambito di una sussidiarietà orizzontale definita da precisi contratti di fornitura. Il Piano delle azioni sostanzia la funzione di committenza e l'impegno a garantire i livelli essenziali di assistenza nonché il rispetto dei vincoli economici. Esso

- è elaborato dall'Azienda a partire da una descrizione delle caratteristiche sanitarie, sociali e demografiche della popolazione di riferimento, del grado di adeguatezza e livello di qualità dei servizi dell'Azienda, e dello stato di raggiungimento degli obiettivi fissati per il breve e medio periodo;
- ricomprende e integra i programmi delle attività territoriali con cui, per ogni Distretto dell'Azienda e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto;
- assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie;
- prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta;
- determina, tramite concertazione con i Comuni, le risorse per l'integrazione socio-sanitaria, la ripartizione del loro finanziamento e la loro distribuzione territoriale;
- è approvato dal Direttore generale previo parere della Conferenza sanitaria territoriale e, limitatamente alle attività socio sanitarie, del Comitato dei Sindaci di Distretto;
- è trasmesso per parere all'Assessorato regionale alla sanità che ne verifica la coerenza con gli obiettivi della programmazione di breve e medio periodo e, in tal senso, formula osservazioni, indicazioni e prescrizioni;
- ha validità triennale con adeguamento da realizzare per ogni anno di esercizio nel Piano annuale di attività in funzione del grado di raggiungimento degli obiettivi necessari a soddisfare i bisogni della popolazione, delle evidenze di funzionalità e di qualità dei servizi, e della sostenibilità economica.

PPS: obiettivi di salute e loro aspetti operativi

Nello sviluppare il PPS sarà raramente possibile avere un gruppo di persone (per quanto competenti e impegnate) che elaborano programmi per ciascun ambito specifico di salute e di assistenza sanitaria. Sarà quindi necessario scomporre l'intero PPS in progetti operativi rivolti ai singoli specifici problemi di salute identificati come prioritari.

Questi progetti monotematici (vedi *Allegato E*), vengono elaborati tenendo conto degli obiettivi e delle strategie di salute indicati dal PSR e in seguito definiti ed elaborati da appositi gruppi di lavoro intersettoriali ed interdisciplinari per l'intero territorio regionale. Tali gruppi di lavoro sono suddivisi secondo differenti criteri e modalità che comprendono:

- tipo di malattia, come malattie cardiovascolari, neoplasie ecc.;
- gruppi di età e di utilizzatori dei servizi, come anziani, bambini, donne, ecc.;
- temi a valenza trasversale: alimentazione, informazione-educazione-comunicazione (IEC).

Il prodotto di questi gruppi di lavoro basato sulle priorità identificate dal governo centrale e regionale assisterà, con i necessari adattamenti e integrazioni in funzione dei bisogni locali, la scelta dei temi e delle priorità caratterizzanti il

PPS. Alla luce delle attuali moderne conoscenze sui determinanti di salute, sarà importante assicurare che, nel rendere operativi gli obiettivi di salute e le strategie per perseguirli, venga mantenuta una visione d'insieme, dall'azione di prevenzione (per es. attraverso le modificazioni delle condizioni socioeconomiche e ambientali) alla diagnosi, cura e riabilitazione. Inevitabile sarà il rischio della duplicazione e sovrapposizione di temi e programmi come, per esempio, il problema del fumo affrontato nella prevenzione sia del cancro del polmone che delle malattie cardiovascolari. Occorreranno quindi meccanismi o strutture (ad es. di coordinamento, condivisione di dati, momenti comuni di incontro, ecc.) per ovviare a tali problemi. I progetti che verranno sviluppati dovranno tenere conto dei seguenti punti:

- dati sull'attuale stato di salute e benessere della popolazione locale,
- documentazione sulle prove di efficacia degli interventi proposti,
- informazioni sulla situazione finanziaria delle organizzazioni coinvolte.

Sarà quindi importante che questi tipi di informazioni siano disponibili.

Da ultimo, sarà essenziale identificare delle chiare priorità in modo da evitare la stesura di irrealistiche "liste della spesa". La capacità di fissare queste priorità sarà uno dei fattori chiave che determineranno il successo o il fallimento del PPS. Sarà necessario iniziare con l'accordarsi su di una serie di valori di fondo riguardo a ciò che va o non va finanziato come priorità, valori che dovrebbero essere condizionati dalla popolazione stessa e da coloro che forniscono il servizio oltre che dai *manager* e dai tecnici che concorrono alla stesura del PPS.

L'esplicitazione degli impegni della Azienda sanitaria e di ciascun attore: il Piano delle azioni e il Piano annuale di attività

Il suddetto aspetto del processo di elaborazione del PPS contiene una serie di sotto-elementi. I più importanti di questi, almeno dal punto di vista finanziario, sono probabilmente il Piano delle azioni (triennale) e la sua esplicitazione a breve termine nel Piano annuale di attività comprendenti le attività e le relative risorse programmate delle Aziende.

Gli altri sottoelementi del PPS sono costituiti dai Piani annuali di attività degli altri *partner* chiave (EELL, privato sociale, privato accreditato, ecc.) che concorrono agli sviluppi concordati nel PPS triennale. Così per esempio il progetto per la prevenzione degli incidenti contenuto in un PPS potrà produrre una serie di conseguenze finanziarie per organizzazioni esterne al sistema sanitario (per es. gli EELL o anche privati). Tali conseguenze dovranno essere incluse nei Piani annuali di attività di quelle organizzazioni. La natura annuale di questa attività, inevitabilmente influenzata dalle decisioni finanziarie annuali e dalle variazioni dei costi, la renderà molto diversa dalla funzione di pianificazione triennale. Nondimeno sarà importante assicurare che i legami tra le due funzioni vengano mantenuti e rafforzati.

È inoltre assolutamente necessario che questo processo, che è essenzialmente quello di decidere le priorità da finanziare, sia esplicito, partecipato, sistematico, equo.

Il PPS rappresenta quindi la sede e lo strumento di incentivazione delle collaborazioni istituzionali necessarie alla integrazione territoriale pur nella distinzione di filoni di finanziamento diversi per i rispettivi ambiti di attività.

Di fronte a tale apparente molteplicità di piani e programmi, è necessario sottolineare che la programmazione delle Aziende sanitarie deve tenere conto e integrare le diverse esigenze temporali e di contenuto. È importante che tale azione di governo trovi anche una forma sistematica e unitaria di rappresentazione, attraverso la elaborazione del Piano annuale di attività che dovrà comprendere sia le azioni previste dalla normale programmazione aziendale che quelle coerenti con gli impegni assunti per la realizzazione del PPS e dei programmi regionali.

Allegato A. (Del. GR 321/2000) Esempi di politiche pubbliche con forte impatto sulla salute dei cittadini

Politiche dei trasporti	Una politica che tenga in considerazione la salute dei cittadini incentiva un'equa accessibilità ai trasporti pubblici, adozione di misure di sicurezza, riduzione di stress e inquinamento, aumento delle opportunità per l'attività fisica, rimozione delle barriere architettoniche per portatori di handicap. Una società che dia valore alla salute avrà una politica dei trasporti che distribuisce la possibilità di viaggiare in modo equo, che include regole come limiti alla velocità e richiede l'uso di strumenti di sicurezza (casco, cinture di sicurezza), che elimina uso di benzina al piombo, incentiva uso di mezzi meno inquinanti e più efficienti nell'uso della energia. Le opportunità per l'uso della bici è un buon *test* per giudicare una politica dei trasporti che dia valore alla salute.
Politiche energetiche	Equa distribuzione della energia disponibile, bassa frequenza incidenti, basso inquinamento, alto livello di conservazione/ risparmio, ricerca di nuove fonti di energia rinnovabile.
Politiche agricole	Consumo di frutta, vegetali, cereali e riduzione grassi. Contrasta le resistenze opposte da interessi commerciali/industriali. Disponibilità di alimenti in adeguata quantità e di documentata sicurezza.
Politiche del lavoro	Dare valore alla salute implica considerare molto importante la condizione psicologica e sociale dei singoli individui. La disoccupazione rappresenta una importante e dimostrata causa di danno psicologico e di accresciuta morbosità e mortalità. È necessaria una riconsiderazione della etica del lavoro. Promuovere crescita della occupazione e opportunità di formazione a tutte le età. Promuovere la sicurezza sul lavoro
Politiche industriali e produttive	Una politica di attenzione alla sicurezza e alla qualità della produzione e al suo impatto sull'ambiente di vita e di lavoro (valutazione dell'impatto ambientale, riciclaggio, smaltimento, tossicità).

Allegato B. (Del. GR 321/2000) Esempi di Patto di solidarietà per la salute

Un patto su: ***Tumori***

	I Governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	**Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono**	**Gli individui singoli o associati possono**
Sui determinanti socio-economici	- Ridurre la disuguaglianza sociale ed economica - Favorire la scolarizzazione - Dare priorità alle campagne di *screening*	- Stipulare convenzioni con le associazioni di volontariato	- Sottoscrivere donazioni per ricerca e assistenza - Partecipare maggiormente come cittadini a livello pubblico
Sui determinanti ambientali	- Definire norme per la tutela ambientale, dei luoghi di vita, di lavoro, di studio (es. rischio amianto)	- Controllare il rispetto delle norme sulla tutela ambientale	- Sollecitare la tutela dell'ambiente - Evitare l'inquinamento ingiustificato (es. limitazione uso dell'auto)
Sui determinanti legati allo stile di vita	- Introdurre nei programmi di studio, a tutti i livelli, attenzioni agli stili di vita - Promuovere campagne di educazione alla salute	- Promuovere campagne di educazione alla salute - Concretizzare l'impegno nelle campagne attraverso strumenti adeguati per la comunicazione del rischio	- Aderire a stili di vita sani - Partecipare alle campagne di educazione alla salute
Sui determinanti legati ai servizi sanitari	- Promuovere campagne di *screening* su tutto il territorio - Creare un registro tumori	- Formulare linee guida per diagnosi, terapia e assistenza in fase terminale - Avviare programmi di *screening*, riabilitazione e assistenza domiciliare - Creare un sistema di controllo della qualità dei programmi attivati - Inviare puntualmente i dati al Registro	- Aderire ai programmi di *screening* e di diagnosi precoce - Promuovere e partecipare ad attività di volontariato per migliorare la qualità della vita - Giocare un ruolo attivo nella famiglia a sostegno dei malati

Un patto su: ***Malattie cardiocerebrovascolari***

	I Governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
Sui determinanti socio-economici	- Favorire l'occupazione - Garantire adeguati livelli di scolarità - Penalizzare prodotti che generano rischio (alcool, tabacco) - Favorire l'associazionismo (attraverso normative)	- Favorire l'occupazione - Favorire la formazione professionale	- Partecipare maggiormente come cittadini a livello pubblico
Sui determinanti ambientali	- Regolamentare il divieto di fumo nei luoghi pubblici - Incentivare le aziende per una politica di tutela della salute	- Adottare una pianificazione urbanistica che tutela le aree verdi - Controllare il rispetto delle normative sull'ambiente	- Farsi promotori di interessi specifici - Rispettare le norme
Sui determinanti legati allo stile di vita	- Introdurre nei programmi di studio, a tutti i livelli, attenzioni agli stili di vita - Promuovere campagne di educazione alla salute	- Valorizzare l'associazionismo (ad es. per la promozione dell'attività sportiva)	- Aderire a stili di vita sani - Partecipare alle campagne di educazione alla salute
Sui determinanti legati ai servizi sanitari	- Garantire equità di accesso ai servizi - Garantire equità nell'offerta di servizi	- Formulare linee guida - Sensibilizzare gli operatori - Avviare programmi di assistenza differenziata per soggetti ad alto rischio - Promuovere programmi di riabilitazione - Creare un sistema di controllo della qualità dei programmi	- Farsi controllare periodicamente la pressione, il peso, il livello di colesterolo - Sviluppare attività di volontariato sul tema della non autosufficienza

Un patto su: ***Immigrati***

	I Governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
Sui determinanti socio-economici	- Fornire aiuti ai paesi di provenienza - Promuovere politiche per lavoro, casa, istruzione - Far emergere la clandestinità	- Favorire l'ingresso nel mercato del lavoro locale (addestramento professionale ecc.) - Attivare interventi economici di sostegno alle fasce di povertà - Promuovere la banca etica e il prestito sull'onore	- Boicottare i prodotti dello sfruttamento - Creare gruppi per rivendicare il miglioramento delle condizioni economiche
Sui determinanti ambientali	- Promuovere politiche a favore dell'inclusione sociale	- Promuovere politiche urbanistiche locali	- Esercitare azioni di pressione come cittadini immigrati sulle politiche territoriali e ambientali
Sui determinanti legati allo stile di vita	- Promuovere l'interculturalità (es. nei programmi scolastici)	- Promuovere progetti di educazione alla salute con target specifico a questa fascia della popolazione - Incentivare la promozione culturale e la sua visibilità da parte delle diverse componenti	- Favorire le conoscenze fra le diverse culture
Sui determinanti legati ai servizi sanitari	- Promuovere progetti di integrazione e scambio delle tecnologie e delle conoscenze sanitarie - Revisionare i contenuti informativi (ad es. la scheda nosologica) per una migliore gestione del percorso di questi cittadini	- Adeguare i percorsi di accoglienza nei servizi sanitari - Istituire in tutti i servizi la figura del mediatore culturale - Formare gli operatori alla interculturalità - Tradurre le Carte dei Servizi e offrire informazioni in più lingue - Organizzare una attività specifica di osservatorio epidemiologico sulle condizioni socio-sanitarie della popolazione immigrata (canali formali e informali)	- Partecipare più attivamente come cittadini a livello pubblico - Farsi portatori di interessi specifici, ad esempio in organismi che coinvolgono le associazioni di volontariato (es. i Comitati consultivi misti delle Aziende sanitarie)

Un patto su: ***Anziani***

	I Governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono

Sui determinanti socio-economici	- Promuovere politiche in favore delle famiglie che seguono gli anziani a domicilio	- Promuovere il mantenimento della produttività e l'integrazione sociale dell'anziano - Assicurare contributi economici agli anziani che non raggiungono il minimo vitale	- Promuovere forme di accoglienza e di integrazione (ad esempio accoglienza dell'immigrato a casa) - Partecipare alla "banca del tempo"
Sui determinanti ambientali	- Far applicare le norme sulla riduzione delle barriere architettoniche	- Formulare piani urbanistici che riducano le barriere architettoniche - Stipulare convenzioni con organizzazioni che agevolino l'anziano nella gestione della vita quotidiana (es. spesa a domicilio) - Sostenere e promuovere progetti sull'utilizzo di tecnologie che favoriscano la sicurezza nell'ambiente di vita	- Superare l'atteggiamento paternalistico e adottare comportamenti che responsabilizzano maggiormente la persona anziana
Sui determinanti legati allo stile di vita	- Promuovere iniziative per cambiare l'atteggiamento culturale verso gli anziani e la loro immagine sociale (es coinvolgimento dei *mass media)*	- Promuovere progetti locali per l'autogestione di attività (assegnazione di spazi, contributi, …) - Promuovere campagne di educazione alla salute (alimentazione, attività fisica, …)	- Partecipare e promuovere associazioni che favoriscano l'esplicitazione degli orientamenti e delle preferenze degli anziani
Sui determinanti legati ai servizi sanitari	- Favorire la ricerca sulle patologie dell'anziano (es. Alzheimer) - Favorire lo sviluppo di forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero (ospedalizzazione a domicilio, RSA ...)	- Sostenere l'integrazione dei servizi fra ospedale, Distretto e Quartiere - Istituire la figura del *case-manager* nei percorsi dell'assistenza alle persone anziane - Offrire sostegno e organizzazione per permettere ai volontari di operare stabilmente nei servizi sanitari a integrazione del personale pubblico	- Favori re l'accesso e la partecipazione di rappresentati degli anziani negli organismi istituzionali (ad es. Comitati consultivi misti delle Aziende sanitarie)

Allegato C. (Del. GR 321/2000) Criteri di qualità di un PPS

Questo strumento può essere utilizzato quale supporto e guida sia al processo di elaborazione del PPS, sia alla formulazione di un giudizio di congruità ammissibilità generale da parte della Regione.

Contenuti

Il PPS descrive adeguatamente:

- I problemi prioritari?
- Gli obiettivi scelti?
- Gli aspetti operativi?
- Il programma di valutazione?
- Il PPS contiene una analisi sulla allocazione delle risorse in relazione alla equità distributiva?
- Il PPS documenta la modalità con cui è stata assicurata la partecipazione intersettoriale, interdisciplinare e interprofessionale?
- Il PPS contiene evidenze sulla coerenza con le strategie regionali?

Problemi prioritari

- I problemi prioritari sono stati scelti in modo partecipativo?
- Sono documentati con dati di buona qualità?
- Sono stati scelti sulla base del criterio di equità?

Obiettivi

- Gli obiettivi sono rilevanti rispetto ai problemi?
- Sono realistici?
- È stata verificata la loro accettabilità?
- Sono definiti in modo da poterli misurare?
- Sono compatibili con le risorse e il contesto?

Mezzi

- I mezzi utilizzati sono rilevanti rispetto agli obiettivi?
- È documentata la loro efficacia teorica?
- Sono stati scelti sulla base di analisi di costo/efficacia?
- È stata valutata la loro accettabilità?
- È documentata la fattibilità da parte di chi li deve usare?

Aspetti operativi

- Sono individuate le responsabilità e i compiti di ciascun soggetto?
- Vengono indicati l'ammontare e le modalità di erogazione delle risorse per ciascun soggetto?
- Sono definiti gli obiettivi intermedi e i tempi di attuazione?

Piano di valutazione

- Il piano di valutazione contiene gli standard di riferimento per ciascun obiettivo?
- Sono definiti indicatori di buona qualità per ciascun obiettivo?
- Sono indicate le responsabilità delle verifiche?
- Sono definiti gli strumenti utilizzati?
- Sono indicati i tempi delle valutazioni intermedie e finali?

Allegato D. (Del. GR 321/2000) Esempi di obiettivi di servizi e obiettivi di salute

Obiettivi di servizi (che contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi di salute indicati)	**Obiettivi di salute** (da raggiungere nei tempi e ai livelli specificati)
- Assicurare una disponibilità adeguata di risorse - Rendere i servizi sanitari accessibili a una popolazione - Fare in modo che la qualità dei servizi sia conforme alle norme professionali - Perseguire l'universalità dei servizi, per es. offrire un ventaglio completo di servizi socio-sanitari - Mantenere la continuità dei servizi - Aumentare il grado di produttività nella fornitura dei servizi	- Diminuire la mortalità per malattie cardiovascolari - Diminuire la mortalità e la morbosità correlata agli incidenti - Diminuire l'incidenza delle malattie infettive dell'infanzia - Diminuire la percentuale di bambini con carie dei denti permanenti - Aumentare la proporzione delle persone anziane che mantengono un grado adeguato di autonomia - Diminuire l'incidenza delle malattie trasmesse per via sessuale

Allegato E. (Del. GR 321/2000) Elementi necessari a rendere operativi gli obiettivi di salute

Titolo

Soggetti proponenti e coinvolti

- Soggetti coinvolti nella individuazione del problema oggetto del progetto e modalità del loro coinvolgimento
- Soggetti coinvolti nella stesura del progetto e modalità del loro coinvolgimento
- Soggetti che hanno aderito formalmente al progetto
- Altri soggetti consultati o che hanno fornito informazioni e indicazioni

Descrizione del problema che si vuole affrontare e dello stato attuale dei servizi

- Descrizione sintetica
- Descrizione, sulla base dei dati disponibili, della rilevanza del problema (estensione geografica, popolazione interessata, livello di gravità, frequenza, livello di urgenza di intervento, ...)
- Descrizione del livello di percezione del problema e della pressione sociale
- Descrizione del contesto socio ambientale
- Indicazioni generali sulla risolvibilità (disponibilità di tecnologie adeguate, soluzioni sperimentate in altri ambienti, ...)
- Sintesi dei criteri con cui è stato selezionato il problema

Analisi delle cause del problema

- Modalità di analisi adottata
- Soggetti coinvolti nell'analisi delle cause
- Descrizione delle principali cause emerse e delle loro interrelazioni
- Stato dell'arte delle tecnologie e delle modalità di risposta al problema
- Valutazione della rilevanza e della risolvibilità delle cause principali

Obiettivi specifici

- Descrizione degli obiettivi specifici e degli *standard* attesi
- Descrizione della loro rilevanza rispetto al problema
- Descrizione della loro pertinenza ai soggetti coinvolti
- Descrizione della loro raggiungibilità
- Descrizione della loro misurabilità
- Definizione dei tempi previsti per il loro raggiungimento

Analisi delle risorse e dei vincoli

- Descrizione delle risorse (tecnologiche, umane, finanziarie) disponibili o da ricercare
- Descrizione delle prove di efficacia disponibili delle tecnologie individuate
- Descrizione delle responsabilità sull'uso delle risorse
- Descrizione di vincoli e criticità e di quale strategia si vuole adottare per superarli

Pianificazione della valutazione

- Criteri e indicatori individuati per ciascun obiettivo specifico
- Metodi, tecniche e fonti di dati utilizzati per la valutazione
- Tempi delle verifiche intermedie e finali

Programma operativo

- Descrizione delle responsabilità e dei compiti dei partecipanti
- Descrizione dei tempi per ciascun compito
- Descrizione delle procedure e degli standard qualitativi da garantire per ciascun compito

Comunicazione e coinvolgimento

- Descrizione dei soggetti, gruppi o popolazioni a cui il progetto deve essere comunicato o che devono essere coinvolti durante l'attuazione
- Descrizione delle modalità di comunicazione/coinvolgimento di ciascun soggetto
- Descrizione dei soggetti, gruppi o popolazioni a cui dovranno essere comunicati i risultati del PPS
- Descrizione delle modalità di comunicazione del progetto

***Team* di progettazione**

- Persone che hanno realizzato il progetto e loro qualifiche e competenze

Allegato F. (Del. GR 321/2000) Struttura dei Piani per la salute

Introduzione

- Definizione dei valori di riferimento della comunità locale (es. solidarietà, equità, ecc.)
- Descrizione dell'ambito territoriale coperto dal PPS
- Definizione dei tempi di validità

Coinvolgimento e consultazione

- Elenco dei soggetti coinvolti nella pianificazione e modalità del loro coinvolgimento/ consultazione
- Modalità di condivisione delle informazioni e di ulteriori futuri coinvolgimenti
- Modalità di comunicazione con i cittadini

Analisi del bisogno/dei problemi di salute della popolazione

- Stato di salute della popolazione (situazione attuale e trend prevedibili)
  - Andamento demografico, indice di vecchiaia, saldo migratorio, tasso di natalità …
  - Mortalità, mortalità evitabile, anni di vita perduti a 75 anni, speranza di vita ...
  - Morbosità (ricoveri ospedalieri, notifiche malattie infettive, dati di incidenza ...)
  - Dati relativi a situazioni di bisogno/devianza
  - Invalidità permanenti
  - Valutazione della domanda: Istanze di gruppi organizzati, reclami, richieste di prestazioni sanitarie, tempi di attesa ...
  - Principali disuguaglianze nella distribuzione della salute: individuazione dei gruppi penalizzati
  - Richiesta di aiuto sociale (tel. ecc. ...)
- Analisi dei determinanti sulla salute
  - Reddito e condizione sociale: reddito medio, n. *single*, n. immigrati, n. dei senza casa, tasso di criminalità ...
  - Reti di supporto sociale: associazioni presenti e loro consistenza, Servizi pubblici disponibili
  - Stato dell'ambiente fisico (qualità dell'aria, delle acque superficiali e sotterranee, livello di corretto smaltimento rifiuti, livelli di rumore ...)
  - Stato dell'ambiente urbanistico (aree di degrado, disponibilità di verde, adeguatezza trasporti pubblici, sicurezza rete stradale, livelli di traffico, disponibilità abitazione)
  - Istruzione: tasso di diplomati/laureati, tasso di abbandoni scuole medie, superiori
  - Occupazione e condizioni di lavoro: tasso di disoccupazione, tasso di occupazione femminile, tasso di occupazione provinciale, trend di frequenza e gravità degli incidenti sul lavoro
  - Patrimonio biologico e genetico
  - Comportamenti incidenti sulla salute: abitudine al fumo, abuso di alcool, tossicodipendenti, consumi alimentari, % di obesi, % di persone che svolgono attività fisica.
  - Tutela della salute del bambino
  - Servizio sanitario - struttura dell'offerta, accessibilità

Inventario delle risorse disponibili presso i soggetti coinvolti:

- Professionalità

- Esperienze
- Informazioni
- Risorse finanziarie
- Tecnologie, attrezzature:
  - di capitale pubblico (AUSL, Enti locali, uffici periferici Stato, Provveditorato, distretti scolastici, ARPA, patronati, società professionali e organizzazioni sindacali)
  - di capitale di mercato (servizi sanitari privati, Enti assicurativi, organizzazioni *for profit*)
  - di capitale sociale (organizzazioni *non profit*, associazioni di volontariato strutturato in gruppi occasionali di interesse)

Identificazione delle priorità

- Elencazione dei problemi prioritari ed esplicitazione dei criteri con cui sono stati selezionati

Esplicitazione degli obiettivi del Piano per la Salute

- Elencazione degli obiettivi ed esplicitazione dei criteri con cui stano stati selezionati

Livello di impegno (responsabilizzazione) dei *partner* coinvolti

- Descrizione delle azioni già in corso di realizzazione anche da parte di altri *partner* e comunque facenti parte del PPS

Cornice finanziaria generale per il sostegno del PPS

Analisi dell'appropriatezza e prove di efficacia disponibili sulle tecnologie individuate

Esplicitazione dei criteri e degli indicatori con cui valutare il raggiungimento degli obiettivi del PPS

Aspetti operativi del Piano per la salute (vedi *Allegato E*)