

*Documento di riferimento per la  
organizzazione e gestione delle attività connesse alla  
costruzione del Piano per la Salute (PPS)  
della Provincia di Rimini*

(Settembre 2001)

## SOMMARIO

### PRIMA SEZIONE

#### **Il “ percorso ” per la realizzazione del PPS della Provincia di Rimini**

<b>Premessa</b> .....	pag. 3
<b>Schema riassuntivo del percorso</b> .....	pag. 5
<b>Descrizione del percorso</b> .....	pag.6
- FASE DELLA PROMOZIONE E ATTIVAZIONE.....	pag. 6
- FASE DELLA RICOGNIZIONE E RILEVAZIONE DEI BISOGNI E DEI PROBLEMI.....	pag. 9
- FASE DELLA SELEZIONE DELLE PRIORITA'.....	pag. 10
- FASE DI ELABORAZIONE DEL PPS.....	pag. 11
- FASE ATTUATIVA DEL PPS.....	pag.11
- FASE DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO - DEGLI OBIETTIVI.....	pag. 11

### SECONDA SEZIONE

#### **La Organizzazione**

<b>Premessa</b> .....	pag. 13
<b>Il disegno organizzativo</b> .....	pag. 14
<b>Organismi e figure</b> .....	pag. 15
Le funzioni /ruoli/ambiti di responsabilità.....	pag. 16
- Conferenza Sanitaria Territoriale (CST).....	pag. 16
- Coordinamento di Piano( tecnico-politico).....	pag. 20
- Referente della CST per il coordinamento.....	pag. 21
- Gruppi di lavoro per Aree Tematiche.....	pag. 21
- Il coordinatore dei gruppi di lavoro tematici.....	pag. 22
- Il referente tecnico.....	pag. 22

### TERZA SEZIONE

#### **Allegati**

- N° 1: Le linee Guida Regionali per i Piani per la Salute  
N° 2: PIANO SANITARIO REGIONALE 1999/2001: parole chiave

## **PREMESSA**

LA FORMULAZIONE DEL PIANO PER LA SALUTE E' UN PROCESSO AMPIO E COMPLESSO SINO AD ORA MAI ATTUATO.

TALE PROCESSO DEVE ESSERE PREVISTO E PROGETTATO SIN DALLE FASI INIZIALI, RESO ESPLICITO E CONDIVISO, FUNGERE QUINDI DA PUNTO DI RIFERIMENTO LOCALE PER TUTTE LE COMPONENTI COINVOLTE.

AL PROCESSO E' NECESSARIO AFFIANCARE UNA ORGANIZZAZIONE LA PIU' COERENTE POSSIBILE DEFINENDO IL MODELLO ORGANIZZATIVO, GLI ORGANISMI ESISTENTI, O AD HOC DEFINITI ,I RUOLI E LE RESPONSABILITA' .

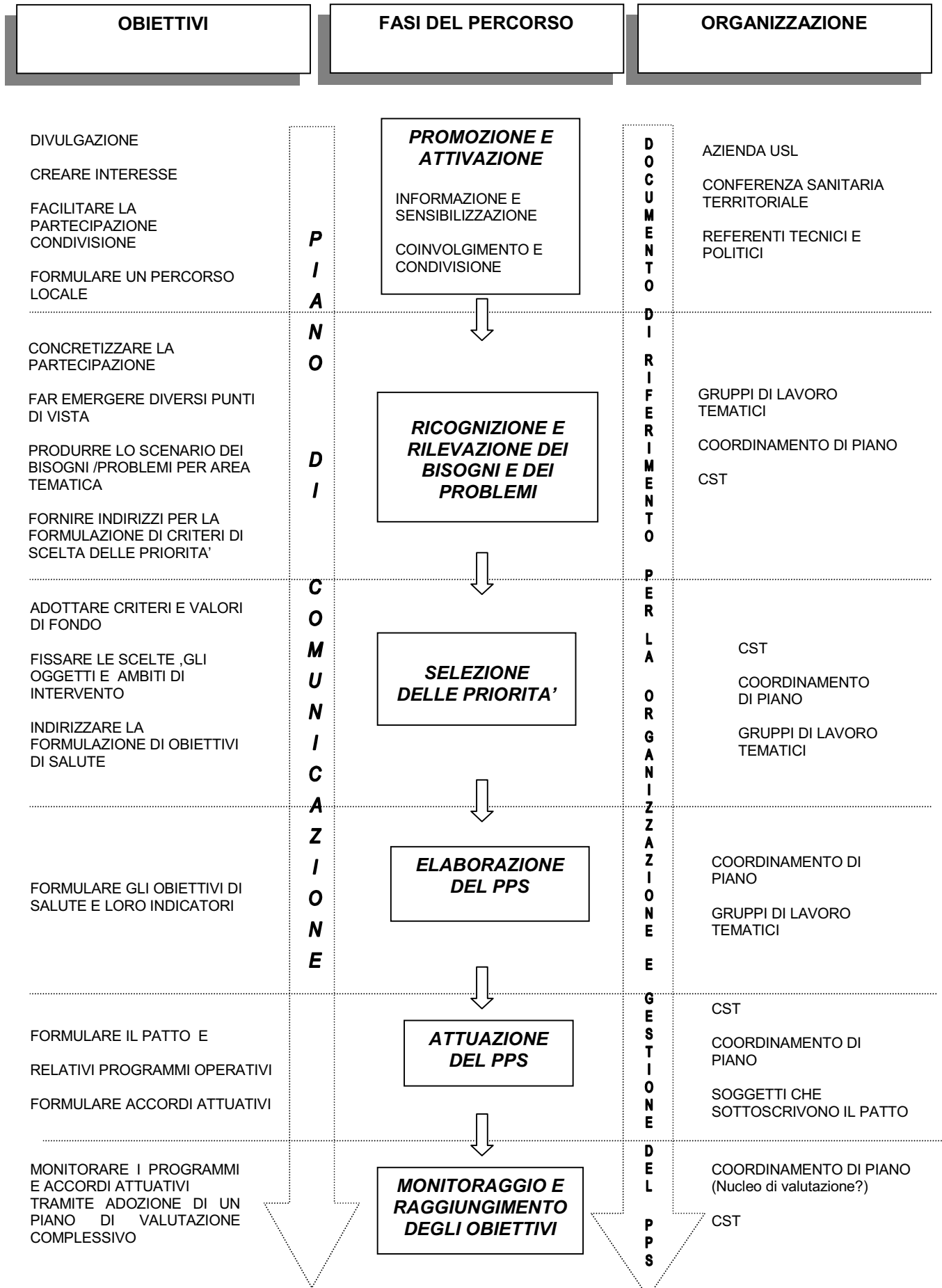
IL PERCORSO E GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI QUI DI SEGUITO PROPOSTI SONO STATI PENSATI PER ESSERE DI " SERVIZIO" ALLA CONCRETA ATTUAZIONE DEL PIANO PER LA SALUTE E SI SONO BASATI SULLE INDICAZIONI METODOLOGICHE CONTENUTE NELLE SPECIFICHE LINEE GUIDA REGIONALI.

I CONTENUTI DI SEGUITO RIPORTATI NON PRETENDONO NE' MIRANO AL PRESIDIO DI "TUTTI" I POSSIBILI RISVOLTI OPERATIVI CHE LA COSTRUZIONE DEL PIANO PER LA SALUTE METTERA' IN CAMPO MA VOGLIONO ESSERE A SUPPORTO DEL PROCESSO DI COINVOLGIMENTO E RESPONSABILIZZAZIONE CHE PURE PASSA ATTRAVERSO LA DEFINIZIONE DI AMBITI D'INTERVENTO E DI RESPONSABILITA' DIFFERENZIATI.

## **Prima Sezione**

### **Il Percorso**

**Schema riassuntivo del percorso**



## DESCRIZIONE DEL PERCORSO

### 1. FASE DELLA PROMOZIONE E ATTIVAZIONE

#### 1.1 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

- Obiettivi:
  - Divulgare ad un largo pubblico i concetti chiave e il quadro concettuale di riferimento su cui nascono i PPS, e di conseguenza il ruolo strategico dei medesimi in relazione al mutamento di prospettiva del sistema: dalle politiche dei servizi alle politiche di salute.
  - Creare interesse da parte dei vari Enti ed istituzioni, EE.LL , forze del volontariato, della cooperazione sociale ecc., al fine di poter ottenere poi una larga partecipazione alla formulazione del Piano.
- Strumenti:
  - Organizzazione di un seminario prevedendo una sessione dedicata al quadro concettuale di riferimento dei PPS ed al Piano Sanitario regionale, ed una dedicata alla divulgazione di alcune aree tematiche di interesse sulla scorta del lavoro attuato da appositi gruppi di lavoro regionali.
- Stato di attuazione:

Il Seminario è stato realizzato il 12/2/2001 ed ha affrontato i seguenti argomenti:

- Il Piano Sanitario Regionale e le sue principali linee di sviluppo
- Il modello regionale per lo sviluppo dei Piani per la Salute
- Il ruolo della Conferenza Sanitaria Territoriale
- Un'esperienza per l'avvio dei Piani per la salute (Bologna Nord)
- La regione Emilia Romagna e la tutela della salute dei propri cittadini
- Il Piano strategico di riferimento per il piano attuativo Locale e per i Piani delle attività Territoriali per il triennio 2000-2002
- L'emergenza e il sistema delle centrali operative 118, quale esempio di programmazione integrata
- Le neoplasie ( gruppo tecnico regionale)
- Anziani (gruppo tecnico regionale)
- Salute donna ( gruppo tecnico regionale)

e ha visto partecipare:

Funzionari ed Assessori della Provincia ,dei Comuni, dell'Assessorato Regionale alla Sanità, della Agenzia Sanitaria Regionale, nonché dirigenti delle case di cura private locali, delle forze sindacali, del Volontariato e della cooperazione sociale, della AUSL di Rimini e di altre aziende della regione per un totale di 160 presenze documentate.

## 1.2 COINVOLGIMENTO E CONDIVISIONE

### PREMESSA

Per quanto il coinvolgimento, unitamente alla responsabilizzazione, siano elementi da vedersi come pervasivi l'intero processo di costruzione del Piano, a tutti i livelli perseguibili ed esplicitabili, è indubbio che è proprio nelle fasi iniziali del processo che tali elementi devono essere particolarmente definiti e condivisi in quanto elementi in grado di "segnare lo stile" che la CST terrà per la formulazione del PPS.

In tal senso la CST in questa fase si farà Attore principale per quanto riguarda la formulazione di indicazioni preliminari in grado di creare "ORIENTAMENTO E FACILITAZIONE" alla fase di coinvolgimento e condivisione vera e propria.

- Obiettivi
  - facilitare la partecipazione della collettività al processo complessivo di formulazione del Piano
  - rendere concreto il processo di coinvolgimento
  - formulare e condividere un percorso comune di lavoro sulla base dei principi ispiratori e del quadro concettuale di riferimento
  
- Strumenti/metodi
  - Determinazione della CST in ordine alla definizione di un vero e proprio punto di attacco del processo e dell'orientamento da tenersi in ordine al livello di partecipazione atteso
  - Individuazione di referenze tecniche e politiche
  - Formalizzazione del percorso e della relativa organizzazione di supporto
  - Predisposizione di un momento formativo da indirizzare a tutti i partecipanti ai lavori (tecnici, politici, terzo settore, ecc.) per costruire un linguaggio comune e condividere il percorso comune.
  
- Stato di attuazione:

La CST, nella seduta del 13/03/01, ha deciso di intraprendere un processo di coinvolgimento e condivisione che partisse dalla fissazione preliminare di aree di interesse selezionabili nel rispetto di:

  - non esclusione aprioristica di studio ed analisi di problematiche
  - in grado di sollecitare un interesse/ partecipazione/ comprensione di larghi strati della società civile
  - fornire, per quanto genericamente, elementi di concretezza su cui costruire il processo di coinvolgimento e condivisione vero e proprio.

La linea di indirizzo (cornice), coerente con quanto sopra riportato, è sembrata depositata in un approccio prevalente per target popolazionali sui quali far confluire la più ampia partecipazione e condivisione possibili assicurando, alla successiva fase di "ricognizione rilevazione dei bisogni", una base di partecipazione e un canale di ascolto del territorio, così rappresentato.

Tale linea di indirizzo ha avuto come riferimento il Piano Sanitario Regionale ed i documenti tecnici scaturiti nelle sue fasi di implementazione, in particolare quella di definizione degli obiettivi e strategie per la salute attraverso specifici rapporti concernenti: target popolazionali, singole patologie, temi trasversali.

L'approccio per target di popolazione consente di tener conto anche della visione "per patologie", è inoltre sufficientemente ampio per contenere potenzialmente la maggior parte di problematiche di salute favorisce, infine, la "percezione" - da parte dei diversi Attori- dell'essere chiamati a dare un contributo su questioni di non esclusiva conoscenza/competenza del mondo sanitario.

La Conferenza ha individuato le seguenti Aree di interesse: *salute anziani, salute della infanzia ed età evolutiva, salute donna, salute mentale, dipendenze patologiche, salute della popolazione immigrata, neoplasie*, definendo altresì che per ognuna di esse venissero costruiti gruppi di lavoro che vedessero rappresentati gli EE.LL e la società civile organizzata.

Ha altresì individuato nell'Assessore ai servizi sociali del Comune di Rimini, la referenza politica per il coordinamento del PPS e, nel responsabile dell'Area Dipartimentale di Epidemiologia e Comunicazione della Azienda USL, la referenza tecnica.

A seguito delle suddette determinazioni si sono definite e messe in campo azioni volte a:

- informare in modo più compiuto i diversi attori il cui contributo si è ritenuto rilevante per la costruzione del PPS
- diffondere le linee guida regionali sui PPS, quale punto di riferimento metodologico per la definizione del percorso di costruzione del Piano che anche a livello locale dovrà essere esplicitato ed adottato
- ottenere, dalle diverse parti sociali contattate, la collaborazione fattiva ad un lavoro comune favorendo la adesione ai gruppi -interistituzionali, interdisciplinari ed interprofessionali- da istituirsi per area tematica ,ed ai quali far afferire, in tutto o in parte, le tappe salienti della formulazione del Piano, di cui alle linee guida regionali sopra citate.

I gruppi di lavoro così costituiti forniranno una base di partecipazione ed ascolto della collettività e, successivamente, di contributo alla individuazione di bisogni ed obiettivi di salute locali.

*Per la costruzione di gruppi di lavoro tematici* si sono:

- prodotte missive con invio di materiale divulgativo a: Enti e Istituzioni ,case di cura private, Presidenza di Consulte per il Volontariato Provinciali e Comunali, al mondo della cooperazione sociale e a quello delle associazioni di categoria ,datoriali, sindacali.
- condotte riunioni e/o presi contatti con: Comitati Consultivi Misti, Sindaci e Assessori Comunali e Provinciali, con rappresentanti di gruppi etnici locali, con responsabili di progetti che per loro valenza e natura suggeriscono potenziali sinergie, con responsabili di ARPA, con i professionisti dell'Azienda USL e Direttori di Distretto, con il Provveditore agli Studi della Provincia
- convocato il Comitato Tecnico Provinciale per le Dipendenze patologiche, con espresso ordine del giorno sul PPS
- convocato il tavolo istituito presso La U.O Medicina del lavoro della AUSL ove sono rappresentate tutte le associazioni datoriali, di categoria, sindacali con espresso ordine del giorno sul tema PPS.

## **2 FASE DELLA RICOGNIZIONE E RILEVAZIONE DEI BISOGNI E DEI PROBLEMI**

Questa fase coinvolge, a vario titolo e grado, i gruppi di lavoro costituitisi per area tematica, i tecnici più direttamente chiamati alla formulazione di idonei strumenti di rappresentazione dello stato di salute, il Coordinamento di Piano, la Conferenza Sanitaria Territoriale

- Obiettivi:

- far emergere i diversi punti di vista e descrivere i bisogni e problemi percepiti dalla collettività relativamente alle aree tematiche da esplorare.
- fornire alla CST uno scenario di riferimento dei bisogni e dei problemi che derivi sia degli aspetti di percezione che di oggettività disponibile.
- fornire alla CST un primo indirizzo su quelli che possono essere individuati quali criteri di selezione delle priorità

La fase può essere realizzata attraverso lo sviluppo di *passaggi successivi* che vedono coinvolte tutte le componenti e di seguito rappresentati:

- consultazione all'interno dei gruppi tematici allo scopo di rilevare le aree di bisogno così come percepite dai partecipanti.
- diffusione del profilo di salute ai medesimi, sua analisi ed integrazione con gli elementi emersi dalla fase precedente: creazione di una visione di gruppo sui problemi emersi nei vari target presi in esame. Tale passaggio dovrebbe essere segnato dalla elaborazione di un documento che contenga anche i criteri che il gruppo ha utilizzato per la rappresentazione dei bisogni ed inoltrato, in via prioritaria, al Coordinamento di Piano
- discussione del documento precedente in seno al coordinamento di Piano che assume la responsabilità della coerenza complessiva della fase, ed in particolare sul livello di esplorazione di tutte le componenti utili alla definizione degli scenari e di concordanza dei criteri individuati per la loro rappresentazione.

Il Coordinamento di Piano, attraverso anche un feed-back con i gruppi di lavoro, dovrebbe infine formulare un documento complessivo da sottoporre alla CST che contenga la rappresentazione della ricognizione dei bisogni e problemi nel territorio di riferimento, corredato da una prima ipotesi sui criteri che potrebbero essere presi in considerazione per la selezione delle priorità (primo contributo alla esplicitazione dei criteri di selezione delle priorità).

- strumenti:

- possono riguardare l'utilizzo di tecniche di gruppo –quali ad esempio i focus group- in grado di favorire la esplorazione e, successiva strutturazione, della dimensione legata alla percezione dei bisogni. Questo passaggio di preliminare consultazione da esperire all'interno dei singoli gruppi tematici può favorire inoltre un clima favorevole all'interno del gruppo sulla base di una messa a disposizione reciproca dei vari punti di vista contestualmente indirizzata verso il terreno del confronto e del raggiungimento di una visione di gruppo.
- Utilizzo di tecniche che concorrano alla creazione di consenso nei gruppi (es. tecnica dei Gruppi Nominali)
- Descrizione e valutazione dello stato di salute della popolazione attraverso la messa a disposizione del profilo di salute della popolazione della provincia di Rimini.
- Organizzazione di momenti collettivi trasversali atti a favorire e facilitare la comprensione e l'utilizzo di alcuni strumenti, quali ad esempio il profilo di salute.

I partecipanti ai gruppi di lavoro per area tematica ed al coordinamento di Piano rappresentano gli attori principali della presente fase mentre, le aggregazioni dei medesimi in gruppi, con missioni e funzioni differenziate, rappresentano gli strumenti organizzativi per la realizzazione della fase medesima.

- Stato di attuazione:

fase completamente da realizzare

### **3. FASE DELLA SELEZIONE DELLE PRIORITA'**

#### **PREMESSA**

Questa fase si caratterizza per la responsabilità politica delle decisioni da assumersi in ordine alle priorità che saranno oggetto di successiva implementazione e, precisamente: declinazione delle medesime in obiettivi di salute per la popolazione di riferimento, loro possibilità di realizzazione, attuazione, verifica.

Tale responsabilità può essere esercitata con modalità e rilievo diverse, in relazione allo stile che la CST ha adottato.

Il percorso sino ad ora illustrato supporta uno stile partecipativo e di ascolto/ collaborazione con la collettività puntando alla formulazione di priorità "con" la medesima (visione di partnership).

In tal senso questa fase deve esser vista come la ricerca della prioritizzazione più efficace possibile e, quindi anche il più condivisa possibile, con la comunità locale -istituzionale e non -pur nella chiara ed esplicita riconoscibilità della responsabilità complessiva della fase negli organismi politici.

Tale responsabilità comprende infatti anche la definizione di una serie di valori di fondo che coerentemente interessino gli aspetti di compatibilità finanziaria del Piano e possano al contempo promuovere- sin da questa fase del processo- l'esercizio di una successiva "programmazione negoziata" la più efficace e tempestiva possibile.

Il rischio di pervenire nelle fasi successive ad irrealistiche liste di obiettivi va assunto come elemento "critico", in grado cioè, di poter far la differenza in ordine alla reale capacità che avrà il piano di incidere sul complessivo miglioramento della salute dei cittadini.

La capacità di concentrare l'attenzione quindi, oltre che sulla selezione delle priorità, immediatamente dopo sulla esplicitazione di alcune caratteristiche generali ma ritenute "chiave" per la selezione degli obiettivi di salute risulterà determinante per la fattibilità complessiva del Piano.

Si prevede pertanto che tale fase si concluderà con un documento ove sono contenute priorità ed indirizzi per la declinazione delle medesime in obiettivi di salute.

Questa fase è gestita direttamente dalla CST che può avvalersi di una proposta del coordinamento di Piano che a sua volta concorderà con la CST il livello di collegamento/partecipazione più opportuno con i gruppi di lavoro tematici .

- Obiettivi:
  - adottare criteri e valori di fondo, emersi dalla fase precedente, come guida per la selezione delle priorità (CST)
  - fissare le scelte, oggetti, ambiti di intervento prioritario (CST) che saranno oggetto del Piano
  - definire le caratteristiche salienti che devono essere prese in considerazione per il passaggio da priorità ad obiettivi quali ad esempio: rilevanza dell'obiettivo rispetto al problema, realismo, accettabilità, misurabilità, sostenibilità economica, possibilità di valutazione iniziale, intermedia e finale ecc.
  
- Strumenti/metodi:
  - Adozione, da parte della CST, del documento scaturito dalla fase precedente con esplicitazione e diffusione dei criteri e valori definiti come guida per la selezione delle priorità
  - contestuale affidamento al Coordinamento di Piano di un mandato relativo alla diffusione delle determinazioni (interno ed esterno ai partecipanti ai lavori) e di formulazione di una proposta che contenga le priorità individuabili.
  - Eventuale utilizzo di tecniche di gruppo che facilitino la formulazione di scelte eventuale organizzazione di Conferenze Sanitarie Territoriali aperte, dei Comitati di Distretto, di Consigli comunali aperti, ecc.

#### **4. FASE DI ELABORAZIONE DEL PPS**

Sulla scorta delle priorità formalizzate dalla CST, il gruppi di lavoro ricevono un ulteriore mandato, questa volta inerente la declinazione delle medesime in obiettivi di salute formulati in modo esplicito e corredati dai relativi indicatori.

Il prodotto di questo passaggio sarà documentato verso il Coordinamento di Piano che assicurerà la coerenza generale, eviterà ridondanze e duplicazioni, favorirà ed evidenzierà sinergie con altri progetti esistenti (es. Città Sane/OMS, Ospedali per la salute, Agenda XXI ecc.), estrapolerà eventuali obiettivi che - per natura e strumenti di attuazione- possono essere ricondotti all'interno di programmi trasversali di intervento, definirà la cornice economico-finanziaria di riferimento, verificherà e suggerirà la opportunità di ricondurre alcuni obiettivi all'interno del processo sovraterritoriale di individuazione di Zone di Azione per la Salute ( ZAS).

Il Coordinamento di Piano, anche con momenti di feed- back con i gruppi di lavoro, formulerà un documento conclusivo da sottoporre alla CST per la discussione ed approvazione, ed ove gli obiettivi formulati verranno ordinati in relazione alle caratteristiche generali definite nella fase precedente.

#### **5. FASE ATTUATIVA DEL PPS**

Il percorso prospettato, giunto alla fase di attuazione, necessita di un suo sviluppo per passaggi chiave tra loro conseguenti.

- Il primo consiste nella ricognizione di quegli Attori che, sulla scorta delle priorità ed obiettivi definiti, siano interessati ad impegnarsi alla sottoscrizione di un patto, in questo caso un patto di solidarietà e di alleanza per la attuazione ,appunto, degli obiettivi assunti.
- Il secondo consiste nella costruzione, con i partners così definiti, di programmi operativi che prevedano: impegni dei singoli attori, modalità e mezzi per realizzarli, tempi di attuazione, struttura di monitoraggio e verifica.
- Il terzo è rappresentato dalla formulazione e sottoscrizione di accordi attuativi che sostanziano gli aspetti gestionali dei programmi operativi formulati e approvati .

Si rileva che tale fase può essere utile per circostanziare operativamente alcune peculiarità locali, eventualmente emerse, così come eventuali sinergie sovraprovinciali tramite la formulazione di accordi attuativi che investano territori più ampi (Zone di Azione per la Salute).

Il patto ed i programmi operativi adottati verranno divulgati alla popolazione secondo mezzi e strumenti di cui al piano di comunicazione opportunamente predisposto ed adottato dalla CST.

#### **6. FASE DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Questo processo di valutazione dovrà essere condotto sia in itinere che al termine del processo complessivo e riguarderà sia il grado realizzazione delle singole attività programmate che il raggiungimento dei risultati prefissati.

In parte, i criteri e gli strumenti di valutazione deriveranno dalla precedente fase di definizione dei programmi operativi ma, la rilevanza di questa tappa -che da una parte conclude il percorso di costruzione del primo PPS e dall'altra può rappresentare il punto di attacco per la formulazione del successivo-, impone la adozione di un vero e proprio piano di valutazione che specifichi anche ulteriori elementi quali: a chi viene affidata la responsabilità delle verifiche (nucleo di valutazione di Piano?), definisca gli strumenti da utilizzare, indichi i tempi delle valutazioni intermedie e finali.

## **Seconda Sezione**

### **La Organizzazione**

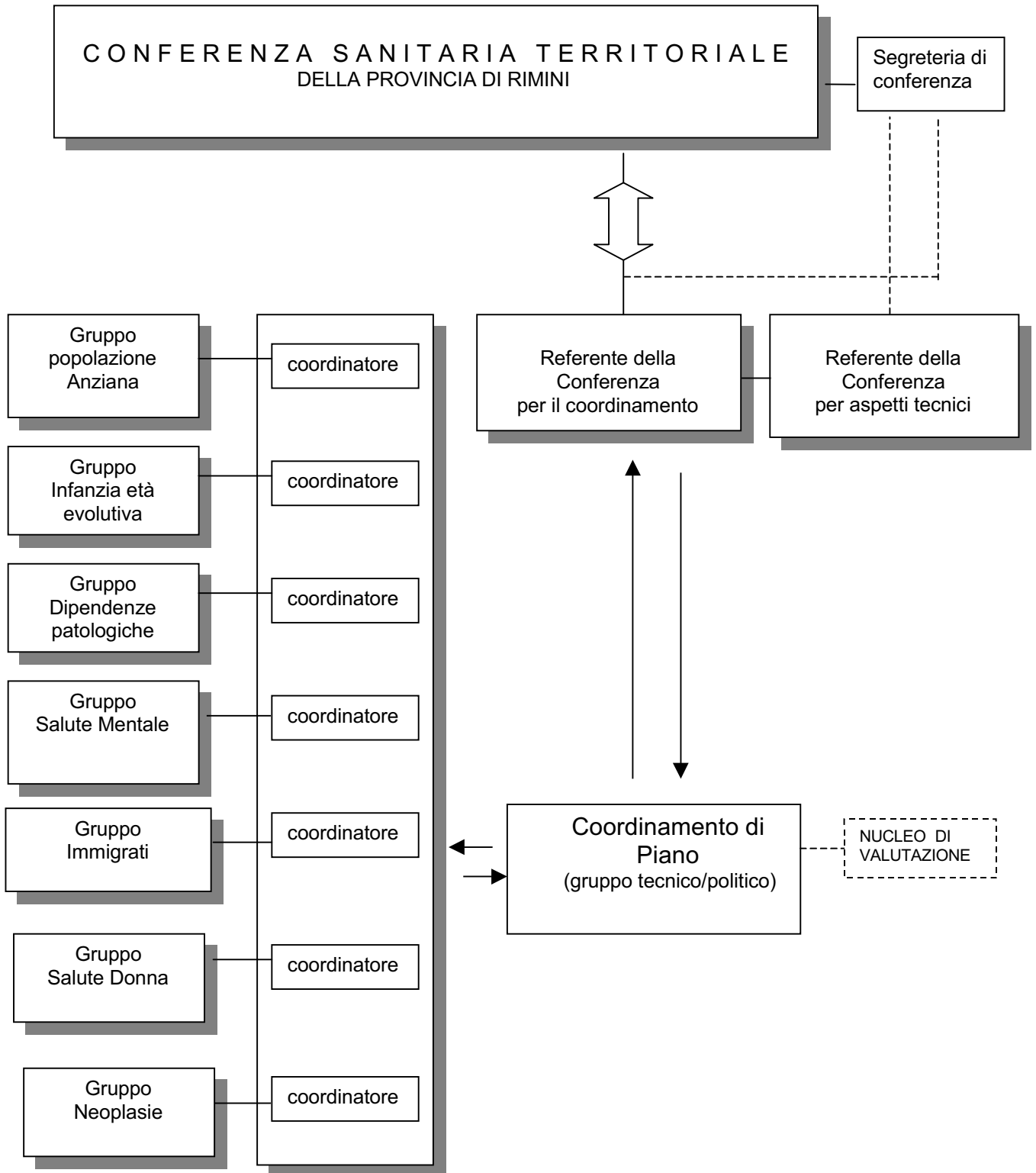
## **Premessa**

La costruzione del PPS rappresenta una sfida sotto molti punti di vista, ed in tal senso impegna anche dal punto di vista della determinazione degli assetti organizzativi più idonei allo scopo.

Definire ed esplicitare le caratteristiche che la “macchina di produzione dei PPS” deve possedere può costituire uno dei punti di forza del sistema in quanto pragmaticamente orienta la operatività e favorisce la riconoscibilità del contributo di tutti all’interno di un fine comune.

Quanto di seguito riportato è un tentativo, sulla scorta del percorso precedentemente illustrato, di mettere in campo un modello organizzativo - comprensivo di organismi e modalità di relazione tra gli stessi- che sia in grado di meglio asservire alla realizzazione del percorso medesimo e quindi alla realizzazione del Piano.

### Schema del disegno organizzativo



## **ORGANISMI**

- ◆ CONFERENZA SANITARIA TERRITORIALE (CST)
- ◆ COORDINAMENTO DI PIANO (GRUPPO TECNICO/POLITICO)
- ◆ GRUPPI DI LAVORO PER AREE TEMATICHE (INTEGRATI)

## **FIGURE**

- ◆ REFERENTE DELLA CST PER IL COORDINAMENTO
- ◆ COORDINATORI DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI
- ◆ REFERENTE DELLA CST PER GLI ASPETTI TECNICI

## **CONFERENZA SANITARIA TERRITORIALE (CST)**

La LR 3/1999 “Riforma del Sistema regionale e locale” attua la riforma del Sistema regionale e locale e dell’assetto delle funzioni in armonia con i principi delle Leggi n. 59 e n. 127 del 1997.

In particolare istituisce la Conferenza regionale – Autonomie locali Titolo IV, Capo I, art 25, precisandone la programmazione negoziata (art. 33) e gli strumenti di concertazione sociale (Capo II) quali la Conferenza regionale per l’economia e il lavoro (art. 34) e la Conferenza regionale del terzo settore (art. 35).

Istituisce inoltre la Conferenza sanitaria territoriale (Titolo VII, Capo I, art. 181) e ne definisce la composizione, i compiti e le funzioni. Definisce inoltre le modalità di integrazione delle attività socio assistenziali e sanitarie (art. 183).

Si riportano di seguito gli articoli sopra citati.

### *TITOLO IV. Strumenti di raccordo interistituzionale e di concertazione sociale*

#### *Capo I. Conferenza Regione-Autonomie locali e strumenti di concertazione*

##### *Art. 25 Composizione*

1. È istituita la Conferenza Regione-Autonomie locali come strumento di raccordo tra Giunta regionale ed esecutivi degli Enti locali.
2. La Conferenza Regione-Autonomie locali è presieduta dal Presidente della Regione o, per sua delega, dall’Assessore competente in materia di affari istituzionali. Prendono parte altresì ai lavori della Conferenza gli Assessori competenti nelle materie di volta in volta poste all’ordine del giorno.
3. La Conferenza è composta inoltre, per gli Enti locali, da:
  - a) i Presidenti delle Province;
  - b) i Sindaci dei Comuni capoluogo, i Sindaci dei Comuni e i Presidenti delle associazioni intercomunali con più di 50.000 abitanti;
  - c) tredici Sindaci di Comuni non capoluogo con meno di 50.000 abitanti, eletti secondo le procedure indicate dall’art. 26.
4. L’espressione della volontà dei Sindaci e dei Presidenti di Provincia componenti della Conferenza, ai fini della formulazione dei pareri e delle intese, può essere delegata solo ad altro componente della Conferenza. Alle sedute della Conferenza possono intervenire, su delega espressa dei Sindaci e dei Presidenti di Provincia che ne sono componenti, membri delle Giunte da questi presiedute o, su delega espressa di componenti della Conferenza che siano Sindaci di Comuni parte di unioni o associazioni intercomunali, Sindaci degli altri Comuni che compongono l’unione o l’associazione intercomunale.

Art. 33 *Programmazione negoziata*

1. La Regione, al fine di favorire la cooperazione tra gli Enti locali, il coordinamento delle iniziative e l'impiego integrato delle risorse finanziarie promuove attività di programmazione negoziata per la predisposizione e la realizzazione di programmi di intervento finalizzati alla valorizzazione e alla qualificazione di specifiche aree territoriali.
2. La programmazione negoziata si svolge tra la Regione, gli Enti locali, altri soggetti pubblici e con la partecipazione delle parti sociali, di soggetti privati interessati ed è rivolta a realizzare le condizioni per lo sviluppo locale sostenibile, in coerenza con gli strumenti della programmazione regionale, provinciale e comunale.
3. Le disposizioni della presente norma, nonché quelle di cui all'art. 66 sulle intese istituzionali, costituiscono principi informativi per la legislazione regionale.

**TITOLO VII. Servizi alla persona e alla comunità**

**Capo I. Sanità**

Art. 181 *Istituzione della Conferenza sanitaria territoriale: modifiche alla LR n. 19 1994*

1. L'art. 11 della LR 12 maggio 1994, n. 19, recante "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", è così sostituito:

**Art. 11. Conferenza sanitaria territoriale**

1. È istituita la Conferenza sanitaria territoriale composta:
  - a) dai Sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale, o loro delegati, individuati nell'ambito dell'esecutivo;
  - b) dal Presidente della Provincia, o suo delegato, individuato nell'ambito dell'esecutivo che fa parte di diritto dell'esecutivo di cui al comma 4. Nelle province in cui sia presente la sede universitaria, opportune intese con l'Università disciplinano la partecipazione del Rettore, o suo delegato, alla Conferenza e all'esecutivo, limitatamente alle materie di reciproco interesse.
2. La Conferenza sanitaria territoriale assolve ai compiti e alle funzioni di cui al comma 14 dell'art. 3 del Decreto legislativo di riordino, e in particolare:
  - a) partecipa alle funzioni di programmazione locale e regionale e, secondo modalità disciplinate dal Piano sanitario regionale, al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali ed esprime parere sui piani annuali di attività;
  - b) esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore generale e alla Regione. A tal fine viene dotata di strumenti informativi e operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza;
  - c) esprime parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie, di cui all'art. 5 della LR 20 dicembre 1994, n. 50 e sui relativi aggiornamenti annuali;
  - d) esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a

norma del comma 8 dell'art. 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412;

- e) promuove e coordina, ai sensi dell'art. 7, la stipula di intese tra i Comuni e le Aziende Unità sanitarie locali per l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie, con particolare riferimento alle prestazioni socio-sanitarie e alla integrazione sanitaria;
- f) formula parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università, attuativi dei protocolli di intesa tra Regione e Università;
- g) partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende.

3 La Giunta regionale, sentita la Conferenza Regione-Autonomie locali, disciplina le modalità di funzionamento delle Conferenze sanitarie territoriali e della rappresentanza di cui al comma 14 dell'art. 3 del Decreto legislativo di riordino. Tale rappresentanza assume la denominazione ed il ruolo di esecutivo della Conferenza.

4. L'esecutivo, oltre che dal Presidente della Provincia, o suo delegato, è composto da non più di cinque membri individuati dalla Conferenza al proprio interno, tenuto conto dell'articolazione distrettuale della Azienda Unità sanitaria locale, ed espleta, in nome e per conto della Conferenza, le funzioni stabilite nella deliberazione di cui al comma 3.

5. I Direttori generali delle Aziende sanitarie partecipano alle sedute dell'esecutivo e della Conferenza su invito del Presidente.

- **COMPOSIZIONE:**

**La Conferenza Sanitaria Territoriale della Provincia di Rimini è così composta :**

<b>PRESIDENTE</b>	Sig. Ferdinando Fabbri ( Pres. della Provincia di Rimini)
<b>Sindaci dei comuni di:</b>	
BELLARIA IGEA MARINA	Avv. Gianni Scenna
CATTOLICA	Sig. Luciano Marzocchi per Dott. Gian Franco Micucci
CORIANO	Sig. Luigi Vallorani per delega permanente del Sindaco Sig.ra Ivonne Crescentini
GEMMANO	Rag. Cesare Ferri
MISANO ADRIATICO	Sig. Sandro Tiraferri
MONDAINO	Sig. Luigino Casadei
MONTE COLOMBO	Sig. Dino Pala

MONTEFIORE CONCA	Sig. Claudio Battazza
MONTEGRIDOLFO	Dott. Guerrino Renzi
MONTESCUDO	Sig. Ruggero Gozzi
MORCIANO DI ROMAGNA	Sig. Giorgio Ciotti
POGGIO BERNI	Ing. Antonio Valli
RICCIONE	Sig. Daniele Imola
RIMINI	Dott. Alberto Ravaioli
SALUDECIO	Sig. Dilvo Polidori
S. CLEMENTE	Dott. Mariano Guiducci
S. GIOVANNI IN MARIGNANO	Sig. Sergio Funelli
SANTARCANGELO	Ing. Mauro Vannoni
TORRIANA	Sig. Renato Emanuelli
VERUCCHIO	Prof. Sergio Giovagnoli
IL DIRETTORE GENERALE Dell'Azienda USL	Dott. Tiziano Carradori

Il Piano Sanitario Regionale, le relative Delibere di attuazione nonché - di fatto- la evidenza derivante dalle altre esperienze avviate sul campo, conducono alla individuazione della Conferenza Sanitaria Territoriale quale luogo privilegiato per il coordinamento delle attività a livello locale, in grado di promuovere e gestire la svolta critica del sistema: dalle politiche dei servizi alle politiche di salute, sostanziandola attraverso la attuazione del PPS.

Anche nella nostra realtà la CST ha determinato di assumere tale ruolo.

## **COORDINAMENTO DI PIANO (GRUPPO TECNICO/POLITICO)**

- **COMPOSIZIONE(\*):**

- Responsabile :referente individuato dalla CST per il coordinamento
- Sindaci capo Distretto ( e/o facenti parte dell' Esecutivo della Conferenza)
- Referenti della Provincia (es. Assessori provinciali o loro delegati)
- Dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni Capi Distretto
- Coordinatori dei gruppi di lavoro tematici
- Direzione generale della AUSL (Direttori: Sanitario, Amministrativo, di Distretto, di Programma, Coordinatore dei servizi sociali)
- Referente tecnico della CST
- Coordinatori Comitati Consultivi Misti e comunque di aggregazioni rappresentative del terzo settore ( es. consulte provinciali per il volontariato, immigrazione.. )
- Provveditore agli Studi o suo delegato

(\*) La composizione sopra riportata vuole essere di indirizzo e si sottopone a discussione.

- **A COSA SERVE**

- Assicura la qualità del piano presidiando la attuazione delle tappe definite dal percorso complessivo adottato localmente e ne propone motivatamente eventuali adattamenti in corso d'opera.
- Mantiene contatti e momenti di confronto con le altre realtà regionali attraverso azioni dirette o indirette quali ad esempio essere aggiornati su quanto emergerà dai diversi gruppi di lavoro istituiti sui PPS presso l'Assessorato regionale alla Sanità.
- coordina il lavoro dei singoli gruppi attraverso una relazione strutturata con i coordinatori dei medesimi con i quali si definisce la opportunità di eventuali incontri allargati .
- assicura che le determinazioni della Conferenza, di volta in volta assunte, vengano diffuse a chi prende parte ai lavori ed implementate in seno alle diverse componenti organizzative presenti, avendo cura di presidiarne i tempi e i modi.
- Opera una supervisione complessiva sul percorso e sui rapporti dei gruppi di lavoro tematici che, tramite i coordinatori, perverranno nelle diverse fasi del processo attraverso la valutazione dello stato di avanzamento dei lavori, dei punti di contatto con quanto prodotto da altri gruppi, evidenziando eventuali ulteriori sinergie operative tra gruppi e tra obiettivi/azioni cercando di evitare -per l'insieme delle attività- duplicazioni e/o sovrapposizioni (coerenza ed efficienza complessiva del PPS)
- Favorisce, nelle tappe più progettuali ed operative del processo, la definizione di programmi trasversali a diversi target.
- Definisce e propone alla CST un piano complessivo di comunicazione, a sostegno del PPS, che contenga la strategia di comunicazione complessiva verso la popolazione in generale o gruppi organizzati, nonché le azioni, i tempi, gli strumenti, i costi, per sostanziarla.
- Definisce se ed in che misura esiste un fabbisogno formativo, in particolare in sede di avvio lavori ma, anche attraverso il ruolo di supervisione in corso d'opera al fine di affrontare peculiari esigenze /criticità, sorgenti.
- Propone alla CST i criteri su cui basare la selezione delle priorità ed una prima individuazione delle medesime sulla scorta della consultazione dei gruppi di lavoro tematici e di quella interna al Coordinamento di Piano stesso.
- Contribuisce a definire la cornice finanziaria di riferimento del PPS proponendo gli elementi necessari al piano di finanziamento complessivo del PPS e dei singoli accordi attuativi che lo sostanzieranno.
- Propone alla CST un piano di valutazione complessivo che comprenda la valutazione di processo e di esito del PPS definendo altresì la necessità o meno di dotarsi di un nucleo di valutazione (ad hoc costruito con funzioni di staff) o, comunque, definendo a chi viene affidata la valutazione nei diversi momenti del percorso.

## **REFERENTE DELLA CST PER IL COORDINAMENTO**

E' individuato dalla CST, presiede il gruppo tecnico- politico denominato "Coordinamento di Piano" ed a tal fine:

- Riunisce periodicamente il gruppo e assicura lo svolgimento delle attività direttamente afferenti a tale organismo, così come figurano da percorso complessivo individuato, stimolando la formulazione di un proprio piano di lavoro.
- Presidia in particolare:
  - che il Coordinamento di Piano formuli un documento complessivo che sostanzi, nei confronti della CST, l'esito della fase di ricognizione e definizione dei bisogni e dei problemi quale prodotto integrato dei gruppi di lavoro tematici e del medesimo coordinamento di Piano
  - che alla CST siano disponibili indirizzi sulla definizione dei criteri e valori di fondo da utilizzare per la individuazione delle priorità
  - che la CST disponga di una proposta in ordine alle scelte, oggetti, ambiti di intervento e che, ai relativi obiettivi successivamente formulati, venga preventivamente assicurata la verifica di fattibilità (raggiungibilità, misurabilità, ecc.)
  - che alla fase attuativa venga assicurata una struttura di gestione degli accordi
  - che il Coordinamento di Piano assicuri la supervisione del percorso complessivo provvedendo ad eventuali riadattamenti in corso d'opera.

## **I GRUPPI DI LAVORO PER AREE TEMATICHE**

- **Composizione:**

La composizione dei gruppi è interistituzionale, interdisciplinare ed interprofessionale, ottenuta tramite il coinvolgimento di Enti Locali, Istituzioni, Associazioni di volontariato, cooperative sociali , forze sindacali, Azienda USL ecc che, attraverso propri rappresentanti, partecipano ad uno o a più gruppi in relazione al proprio interesse e disponibilità.

La composizione dei gruppi viene ratificata dalla CST per il loro insediamento e comprende la individuazione di un coordinatore.

- **A cosa servono**

- Forniscono una rappresentazione della collettività che, attraverso le sue forme di aggregazione -istituzionale e non- partecipa in tal modo al processo di formulazione di scelte di politica di salute.
- Concorrono alla ricognizione e rilevazione dei bisogni e dei problemi della popolazione di riferimento (target) attraverso un primo contributo, relativo alla rappresentazione dei bisogni percepiti, fornendo la base di "ascolto" del territorio e per indagini di tipo qualitativo.
- Concorrono alla rappresentazione complessiva dello scenario dei bisogni e dei problemi di riferimento attraverso la lettura ragionata del profilo di salute formulando un proprio parere complessivo inerente i criteri da osservarsi per la scelta delle priorità di intervento
- Propongono gli obiettivi di salute locali che, declinati sulle priorità definite, dovranno riguardare anche la formulazione di relativi indicatori in grado di monitorarne /misurarne il raggiungimento; per tale passaggio i gruppi si avvarranno delle indicazioni metodologiche a cura del coordinamento di Piano, cui spetta il presidio degli aspetti di coerenza e omogeneità complessiva delle attività e dei relativi prodotti.
- Propongono azioni e progetti da attuare per il raggiungimento degli obiettivi prefissati concorrendo alla rappresentazione di uno scenario complessivo orientato all'azione quale base per la successiva formulazione di progetti attuativi ( ambito di pertinenza di chi sottoscriverà il Patto)

## **IL COORDINATORE DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI**

Questa figura sarà individuata formalmente dalla CST sulla scorta delle disponibilità ottenute per il coordinamento dei gruppi di lavoro istituiti per aree tematiche prescelte; a questo scopo:

- riunisce periodicamente il gruppo di lavoro e si organizza per tenere memoria delle riunioni
- è responsabile del buon andamento delle attività del gruppo, di volta in volta circostanziate in ordine al percorso complessivo definito, presidia il fattore tempo, stimola la formulazione di un parere di gruppo pur sulla scorta delle diversità che emergeranno trasformandole in patrimonio comune.
- stimola il lavoro integrato tra i componenti del gruppo e definisce con i medesimi l'opportunità di istituire sottogruppi ad hoc
- produce rapporti sullo stato d'avanzamento dei lavori che, così come dalla tipologia del percorso complessivo individuato, coinvolgono tale componente organizzativa.
- fa parte del Coordinamento di Piano ai cui lavori partecipa attivamente fornendo il collegamento da e per i gruppi e, al contempo beneficiando di un luogo di confronto con gli altri coordinatori e componenti in tale organismo presenti.
- funge da interfaccia tra gruppo e referente tecnico della CST, in ordine ad eventuali necessità/peculiarità sorgenti in corso d'opera.
- Stimola la partecipazione dei componenti ad eventi e manifestazioni di interesse sull'argomento.

## **II REFERENTE TECNICO**

Supporta il processo di costruzione e realizzazione del Piano per quanto concerne gli aspetti tecnici e quindi attraverso la:

- Predisposizione in bozza per la discussione del percorso complessivo di attuazione locale del PPS
- Predisposizione in bozza per la discussione dell'assetto organizzativo/gestionale di riferimento per le attività necessarie a sostanziare il percorso di cui sopra
- Predisposizione del "profilo di salute" della popolazione residente, fondamentalmente basato su approccio epidemiologico di tipo descrittivo assicurando ai gruppi di lavoro ed alla Conferenza, sulla scorta dell'oggettività disponibile, la descrizione dello stato di salute della popolazione residente nonché la rappresentazione di ulteriori sue caratteristiche quali quelle demografiche, socio economiche, ambientali, di stili di vita.
- Supporto al lavoro dei gruppi tematici contribuendo ad approfondire, sulla scorta della disponibilità delle informazioni, il profilo epidemiologico dei singoli target popolazionali favorendo un arricchimento della base dati di riferimento attraverso il risultato delle consultazioni dei gruppi di lavoro (indagini qualitative/bisogni percepiti)
- Assicurazione, per gli aspetti di competenza, di un collegamento con l'Assessorato Regionale alla Sanità, attraverso il quale è costante il confronto con le delle altre esperienze territoriali ove vengono attuati i PPS .
- Concorso alla definizione ed esplicitazione della metodologia che indirizzerà la formulazione degli obiettivi di salute e successivamente alla selezione delle diverse opzioni operative che verranno proposte per il loro raggiungimento, ricercando le evidenze disponibili circa l'efficacia dimostrata o dimostrabile delle medesime.
- Supporto tecnico per la predisposizione del sistema di valutazione e monitoraggio del PPS concorrendo alla stesura del piano di valutazione complessivo ed alla formulazione di eventuali report ivi previsti.
- Partecipazione al Coordinamento di Piano con funzioni di staff ed ai gruppi di lavoro tematici, in relazione a particolari aspetti (es. divulgazione guidata del profilo di salute) e comunque su richiesta dei singoli coordinatori.
- Supporto agli eventuali momenti di formazione concorrendo - direttamente o indirettamente- alla loro definizione ed organizzazione.
- Concorso alla formulazione del piano di comunicazione a sostegno del percorso complessivo direttamente o, indirettamente, attraverso individuazione di esperti in materia.