



Ministero della Sanità

**ANNALI
DELLA
SANITÀ PUBBLICA**

(Nuova serie)



Servizio Studi e Documentazione

1999 volume IV, fasc. 1, 2, 3

ISSN 021 – 3071

Periodico bimestrale

Spedizione in abbonamento postale -
70% - Filiale di Roma.

ANNALI DELLA SANITÀ PUBBLICA
NUOVA SERIE

Vol. IV – fasc. 1, 2, 3
1999

MINISTERO DELLA SANITÀ
PIAZZALE DELL'INDUSTRIA - ROMA

Nuovi contenuti e metodi della programmazione sanitaria

Tiziano Vecchiato

1. Limiti della programmazione: considerazioni generali

L'esigenza di riflettere su contenuti e metodi per qualificare la programmazione sanitaria nasce da alcuni interrogativi: dalla necessità di capire perché essa non ha dato i risultati sperati, perché è diminuita la fiducia nelle sue possibilità, perché è subentrata una vischiosità istituzionale e tecnica che ha reso poco compatibili i diversi livelli di programmazione, perché è così difficile verificare e valutare i suoi risultati.

Negli ultimi anni è invalsa la propensione a ridurre la portata della programmazione, a spenderla per aree specifiche, a ricondurla a linee di finanziamento settoriali, rinunciando alle sue potenzialità complessive e privilegiando programmi di azione monotematica.

Si tratta di capire le ragioni di queste tendenze e di verificare se esse rappresentino un andamento reattivo e fisiologico, dopo una fase di entusiasmo ma anche di insufficienti investimenti istituzionali e culturali, o se invece sia finita la stagione in cui lo strumento programmatico aveva il compito di implementare scelte di ampia portata che, proprio per questo, richiedevano gradualità, sistematicità e governo strategico delle responsabilità.

Normalmente lo strumento programmatico è stato associato a scelte di valore politicamente definite, per loro natura trasformative, a fronte di situazioni ritenute inadeguate e quindi da superare. La legge 833/78 associava la programmazione alla attuazione dei diritti di cittadinanza, con particolare riferimento alla promozione e alla tutela della salute in un sistema di welfare di tipo universalistico. Coerentemente con questa impostazione è prevalsa la funzione politica della programmazione, supponendo che quella tecnica avrebbe interpretato le scelte in modo coerente.

Ma così non è stato e ancora oggi non sono usuali valutazioni di impatto sulla fattibilità delle scelte, sulle condizioni necessarie per la loro efficacia, sui percorsi per realizzarle in modo coerente con le aspettative. La riflessione sulla natura dei diritti che il sistema sanitario è chiamato a considerare sconta il fatto che si tratta di diritti in buona parte *condizionati*, la loro esigibilità dipende cioè dalla costruzione delle "condizioni necessarie" per renderli operanti. In mancanza di un sistema di servizi capaci di garantire prestazioni essenziali, distribuite nel territorio, diventa mistificante e declamatorio parla-

re di fruibilità del diritto alla salute, di uguaglianza nell'accesso, di riduzione delle disuguaglianze, perché si tratta di un diritto che può diventare esigibile nella misura in cui si è investito per creare le condizioni (politiche, organizzative, professionali, ...) necessarie.

In questo quadro lo strumento programmatico è una premessa necessaria e non eludibile ed è anche una leva per operare sul piano strategico, cioè oltre l'ordinaria amministrazione. Ma spesso è stata proprio la contrapposizione tra esigenze strategiche ed esigenze di buona gestione quotidiana che ha reso la programmazione uno sfondo utile per argomentare e non per fare.

La dinamica figura/sfondo consente di meglio capire l'uso che è stato fatto del quadro programmatico, utile per dare rilievo e mettere a fuoco gli oggetti in primo piano, quali singoli percorsi operativi, servizi specifici, ..., garantendo loro coordinate culturali e legittimazione politica. Ma uno sfondo che non diventa coordinata strategica finisce per svolgere una funzione di arredamento, appagante alla stregua dei paesaggi di molti quadri: utili per dare rilievo alle figure in primo piano, ma senza autonoma soggettività.

Ma subendo o assecondando questa logica la programmazione finisce per essere sfondo intercambiabile e utilizzabile al bisogno, cioè strumento rituale, per logiche di breve periodo, enfatico nel dichiarare traguardi ambiziosi ma non per attuarli. Nelle situazioni dove si è metabolizzato questo orientamento si è persa di vista l'utilità di un quadro di lettura generale, entro cui orientare e motivare i comportamenti. Anche per questo un certo numero di regioni non ha sentito l'esigenza di predisporre i piani sanitari o sociosanitari regionali, che pure erano previsti dalla legislazione, per incapacità tecnica o per scarsa motivazione politica.

Se infatti la programmazione fosse percepita come utile o necessaria, perché non praticarla? Se fosse considerata una leva strategica di miglioramento e/o di cambiamento, perché non farne una priorità tecnica e politica?

Un argomento che spesso viene portato per evidenziare gli insuccessi e i fallimenti è quello della verifica o meglio ancora della assenza di verifiche. Si è continuato a programmare senza verificare, mentre il buon senso vorrebbe che ogni nuovo programma metta radici sui risultati verificati, dotandosi di una base di realtà da cui partire o ripartire per nuovi traguardi.

Se contrapponiamo l'enfasi che spesso ha accompagnato il dibattito sulla programmazione con l'impegno dedicato alla verifica otterremmo un bilancio chiaramente in perdita, anche perché i maliziosi direbbero "a chi conviene fare valutazione se i risultati dell'investimento programmatico sono negativi?" Chi infatti sarebbe chiamato a farla (sul piano politico, gestionale, tecnico professionale) ne uscirebbe seriamente danneggiato e quindi cercherebbe buone ragioni (fra queste la scarsità di risorse) per non farla o rimandarla nel tempo.

2. Limiti della programmazione: considerazioni specifiche

Le considerazioni precedenti chiedono di ripensare la logica programmatica se si vuole farne una strategia efficace di azione, tenendo presente alcuni "ostacoli da superare".

Un ostacolo diffuso è il modo con cui si pensa ai suoi contenuti, sostanzialmente ispirati all'idea della grande fabbrica della salute, organizzata in modo divisionale, per processi produttivi standardizzati, più facili da attuare nell'organizzazione ospedaliera e più difficili da tradurre su scala distrettuale.

Al modello basato sulla divisione scientifica del lavoro, tuttora dominante anche se superato, si ispirano le specializzazioni settoriali, alimentate da un sistema formativo speculare all'idea che specializzazione significhi soltanto una atomizzazione dei saperi e delle abilità.

Anche la programmazione ha fatto propria questa cultura, pensando ai propri contenuti in modo anatomico, sezionando i processi operativi, scomponendoli in unità elementari per riconoscerli, governarli meglio ma accettando il rischio di perdere di vista i fattori di complessità che spesso caratterizzano i bisogni sanitari e sociosanitari.

Questo modo di procedere è utile se si tratta di affrontare questioni semplici, riducibili a sequenze di azione causale, standardizzabili. Diventa ingombrante se si tratta di affrontare problemi complessi, che implicano integrazione tra analisi e sintesi, cioè attenzione congiunta al particolare e alla visione di insieme.

La programmazione può rinnovarsi se si mette in grado di integrare forme di pensiero diverse e necessarie per rendere compatibili strategie operative semplici e complesse, governandole in modo coerente con i problemi da affrontare. Fra questi, quello generalmente meno affrontato è quello già richiamato della valutazione.

Normalmente il percorso programmatico è pensato secondo una sequenza che vede al primo posto la definizione degli obiettivi, a cui segue la quantificazione delle risorse, la definizione delle responsabilità (chi fa che cosa), i tempi, ... La valutazione chiude la scansione.

Definendo in questo modo la logica dell'azione

programmatica ci si espone al rischio che la valutazione diventi un momento finale, residuale, da attuare dopo che si è fatto tutto il resto. Se però i risultati, già su scala intuitiva, non vengono raggiunti e se già in sede progettuale non sono stati esplicitati i criteri e gli strumenti di verifica, sarà conveniente ed economico valutare i suoi non risultati? Perché investire tempo e risorse valutazione, visto che comunque si arriverebbe a documentare la scarsa capacità di governare le responsabilità, l'insufficiente controllo dei tempi e delle risorse, l'enfasi di obiettivi difficilmente conseguibili, mentre i cambiamenti desiderati avrebbero richiesto tempi e strategie di più ampia portata.

Una programmazione che voglia essere "nuova" cercherà pertanto di mettere fra le proprie priorità le condizioni per fare verifica in modo "normale", monitorando l'esercizio delle responsabilità, specificando gli obiettivi in senso operativo cioè trasformandoli in "risultati attesi". Così facendo così essa si vincola a un quadro di realtà più concreto, dove all'enfasi sugli infiniti ("promuovere", "migliorare", "realizzare", "aumentare", "diminuire", ...) lascia il passo ad un metodo basato su meno gradi di libertà, che responsabilmente definisce il contenuto del proprio obiettivo e la misura del suo conseguimento. Sarà poi compito della verifica mettere a confronto la situazione attuale (dopo l'attuazione del programma) con quella esistente prima di intervenire.

Sarà necessario fare verifica preliminare sulle situazioni da affrontare in modo da definire le dimensioni dei problemi prima che il programma venga messo in atto. Su questa base non sarà poi difficile confrontare i risultati ottenuti, descriverli per confronti sistematici (prima/dopo) valutandone la portata.

In sede di verifica preliminare potranno essere definite le dimensioni dei problemi e potranno essere realizzate valutazioni di impatto per capire a quali condizioni la programmazione risulterà efficace.

Su queste basi diventerà possibile riconsiderare la sequenza logica prima proposta, che normalmente ispira un'attività programmatica, pensata su base ORATRV: "obiettivi, risorse, azioni, tempi, responsabilità, verifica".

Si tratta invece di pensare e praticare la programmazione modificando la propria mappa mentale e assumendo come riferimento la sequenza VRRRATV: "verifica preliminare, risultati attesi, responsabilità, risorse, azioni, tempi e verifica".

La diversa combinazione dei fattori implicati e qui sommariamente descritti modifica sostanzialmente la natura del processo programmatico: sul piano epistemologico, perché viene modificato l'impianto concettuale a cui riferirsi, e sul piano metodologico, perché le soluzioni tecniche dovranno essere coerenti e tali da renderlo efficace, cioè capace di conseguire la diversa natura dei risultati attesi: di miglioramento, di stabilizzazione o di rallentamento.

Si tratta infatti di risultati diversi: nel primo e nel terzo caso dovremo misurare differenze, mentre nel secondo caso il parametro "mantenimento" significa risultati di stabilizzazione delle situazioni oggetto di intervento, frequenti ad esempio nel lavoro di cura con persone non autosufficienti, quando ad obiettivi di mantenimento corrisponde lo sforzo di evitare che insorgano peggioramenti tali da deteriorare la qualità possibile di vita. Non a caso il PSN 1998-2000 fa del tema "convivere attivamente con la cronicità" uno delle proprie strategie qualificanti.

La quantificazione preliminare degli obiettivi è inoltre utile per la salute mentale del processo programmatorio, perché consente di evitare l'enfasi velleitaria nella selezione degli obiettivi, frequente nel pensiero infantile, ma anche nelle organizzazioni che non hanno ancora maturato un pensiero realistico e responsabile, coerente con la propria missione. Per capire se e in che misura questa patologia sia presente/assente nel processo programmatorio è sufficiente verificare se e come gli obiettivi sono stati tecnicamente definiti e se sono state evitate soluzioni enfatiche e generiche.

Riprendendo i fattori indicati nella sequenza programmatoria di secondo tipo (VRRRATV) è utile soffermarsi sulla componente di responsabilità, che può essere intesa in diversi modi: responsabilità di fare (chi fa che cosa) cioè in termini di *output* e responsabilità di produrre un risultato atteso di *outcome*, cioè definito anche sotto forma di risultato di salute.

La programmazione può sviluppare nuove valenze se sa coniugare queste due dimensioni, discriminando tra diversi tipi di risultati attesi, senza concentrarsi, come spesso è avvenuto in passato, su obiettivi di processo e di sistema, imparando a gestirli in modo complementare con quelli di salute.

Tenendo presenti queste premesse considereremo il PSN 1998-2000 e il D.lgs n. 229/99, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, per vedere se e in che misura questi due strumenti pongano nuove condizioni per rendere più efficaci i processi programmatori, cioè più capaci di migliorare i servizi alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.

3. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

I criteri di fondo del nuovo PSN 1998-2000 si concentrano sull'idea di *patto di solidarietà per la salute*. È un approccio nuovo perché sottolinea l'importanza della salute su scala comunitaria e l'importanza di condividere responsabilità per promuoverla e tutelarla. Nello stesso tempo evidenzia la sua natura solidaristica, di bene pubblico da fruire su scala universalistica.

Il PSN 1998-2000 si colloca in un momento in cui la società italiana era ed è alle prese con le trasforma-

zioni dello stato sociale e con il processo di decentramento istituzionale e amministrativo. I soggetti coinvolti sono di diversa natura: istituzionale, gestionale, imprenditoriale, solidaristica, professionale. Ognuno di essi è chiamato a dare il proprio contributo per conseguire risultati di salute, per migliorare i servizi, per ridurre le disuguaglianze.

L'impegno richiesto dal nuovo piano è espresso sotto forma di strategie: rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti, promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari, diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute, favorire comportamenti e stili di vita per la salute, contrastare le patologie più importanti, aiutare a convivere attivamente con la cronicità, percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria, rilanciare la ricerca, investire nelle risorse umane, promuovere la qualità del sistema. Ad esse seguono i cinque obiettivi generali:

- *Obiettivo I:* Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute, con riferimento ad alimentazione, fumo, alcol, attività fisica.
- *Obiettivo II:* Contrastare le principali patologie quali le malattie cardio e cerebrovascolari, i tumori, le malattie infettive, gli incidenti, le malattie professionali, altre patologie di particolare rilievo sociale.
- *Obiettivo III:* Migliorare il contesto ambientale, con riferimento ad aria, acqua, alimenti, radiazioni, rifiuti, salute animale.
- *Obiettivo IV:* Rafforzare la tutela dei soggetti deboli, incrementando le garanzie di assistenza per le persone con maggiore bisogno di tutela (anziani, bambini, immigrati, persone affette da dipendenza, malati mentali, persone nella fase terminale della vita).
- *Obiettivo V:* Portare la sanità italiana in Europa, con riferimento ai trapianti d'organo, ai processi di riabilitazione, all'innovazione tecnologica, alla sorveglianza delle patologie rare, alla qualificazione del sistema informativo sanitario.

Per buona parte di essi vengono definiti i "risultati attesi", selezionando misure di conseguimento di risultato e associando variabili "attuali" a misure "attese" da conseguire nel triennio, espresse in valori di output e di outcome. Nel caso dell'alimentazione le variabili sono ad esempio relative al consumo di grassi e al loro apporto calorico, nel caso del fumo al consumo di tabacco per classi di età. Analogamente si procede per alcol e attività fisica. Il secondo obiettivo generale (contrastare le principali patologie) è trattato nello stesso modo, indicando obiettivi specifici e utilizzando variabili di riduzione percentuale dei fenomeni considerati (malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, malattie infettive, incidenti, malattie professionali).

Come si può notare si tratta prevalentemente di obiettivi di cambiamento (di aumento o di riduzione) perché il quadro epidemiologico e le conoscenze disponibili sollecitano investimenti in queste direzioni, avendo presente che il cambiamento non dipende

soltanto dalla quantità e qualità delle azioni specifiche ma, anche e necessariamente, da principi e valori più generali necessari per orientare l'azione quotidiana. Nel caso del Piano sanitario nazionale i valori di riferimento hanno le loro radici nella cultura solidaristica del patto costituzionale: la dignità umana, la salute come valore da promuovere e salvaguardare, l'attenzione al bisogno, la solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili, l'efficacia e l'appropriatezza nell'uso delle risorse, l'equità.

Il parametro di riferimento per capire se il servizio sanitario nazionale opera secondo questi valori è rappresentato dai *livelli essenziali di assistenza*, cioè dall'insieme di prestazioni e interventi da assicurare alla totalità dei cittadini, superando le discriminazioni fra aree territoriali diverse e le disuguaglianze che ostacolano l'accesso ai servizi penalizzando soprattutto i soggetti più deboli.

L'idea di *essenzialità* si collega ad un giudizio politico di *condizioni necessarie* per rispondere ai bisogni (di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) e a un giudizio tecnico di *appropriatezza* rispetto alla valutazione del bisogno e all'efficace organizzazione dell'offerta. Per questo il PSN impegna il servizio sanitario nazionale a garantirli in condizioni di *uniformità* su tutto il territorio nazionale e per tutti i cittadini.

Sul versante degli obiettivi di miglioramento del sistema dei servizi, il Piano individua *percorsi e scelte* gestionali necessari per conseguire i risultati attesi di *throughput* e di *output*. Le principali riguardano la determinazione della quota capitaria, il finanziamento dei livelli di assistenza, il finanziamento dei sistemi sanitari regionali e delle aziende unità sanitarie locali, le forme di remunerazione delle prestazioni, le modalità di accreditamento dei servizi, il miglioramento qualitativo del sistema, la sicurezza delle strutture, l'integrazione sociosanitaria, l'assistenza territoriale, la qualificazione del distretto come centro di governo unitario dei servizi alla persona, alla famiglia e alla comunità, la promozione della sperimentazione, l'impulso alla ricerca. Tutto questo si muove nella direzione di riequilibrare il sistema dei servizi favorendo un migliore utilizzo delle risorse, la razionalizzazione della spesa, la personalizzazione dell'assistenza.

L'impegno di promuovere la tutela dei soggetti deboli qualifica la proposta, anche in senso etico, indicando le strade per operare in questa direzione: con progetti obiettivo, linee guida, attenzione alle ragioni di equità, responsabilizzazione sulla implicazioni etiche delle decisioni.

Il PSN dedica una sezione alle risorse umane e alla loro formazione, vincolando le decisioni su questa materia alla realizzazione di progetti di sviluppo dei servizi. Non è facile agire in questa direzione, vista la diffusa tendenza alle formazioni settoriali, mentre sarebbero necessari investimenti formativi finalizzati a migliorare le collaborazioni, a promuovere l'integrazione operativa, a garantire

continuità assistenziale, a verificare l'efficacia degli interventi.

Una debolezza strutturale del documento è riconoscibile nel fatto che gli obiettivi, pur essendo in buona parte quantificati (e quindi tali da rendere possibile la verifica dei risultati raggiunti) rendono necessaria una loro ulteriore contestualizzazione da parte delle regioni.

Da un lato questo risponde al principio che il Piano sanitario nazionale è un documento di programmazione generale, che definisce obiettivi e strategie comuni. Se le regioni non si muovono di conseguenza, definendo i propri output e outcome, tarati su scala territoriale, l'impianto programmatico resta incompiuto e inefficace.

Questo rischio è d'altra parte insito nel progressivo decentramento della forma di stato, che, in forza del federalismo e della sussidiarietà, chiede alle regioni e agli enti locali di rendersi responsabili del proprio sviluppo sociale. Non è facile definire preventivamente un punto di equilibrio, anche se è previsto che il ministero della sanità fornisca indirizzi e linee guida a sostegno dei diversi percorsi locali.

La trasformazione del sistema di welfare va cioè governata tenendo presente che la responsabilizzazione locale costituisce un principio da promuovere e salvaguardare, sostenendola con azioni positive.

L'esperienza europea può essere di esempio, facilitando la sperimentazione di nuove strade di aiuto reciproco, basate sul principio di sussidiarietà, ma anche di incentivazione e di sanzione quando non siano rispettati i livelli essenziali concordati di convergenza, necessari per un effettivo processo di decentramento, basato su autonomie responsabili cioè impegnate a garantire i diritti di cittadinanza a ogni persona, anche a quelle più deboli.

4. La programmazione nel D.lgs n. 229/99

Con l'approvazione del D.lgs n. 229/99 si configura una definizione organica della "nuova" programmazione, in buona misura anticipata dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, in cui sono delineati nuovi equilibri nelle responsabilità tra il livello centrale e quello regionale e tra il livello regionale e quello degli enti locali. Il comma 4 dell'art. 1 descrive l'attivazione del processo programmatico:

"Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione."

Il Piano sanitario nazionale è frutto di un percorso partecipato dove sono cointeressati i diversi livelli istituzionali. Indica su base triennale (comma 10, art. 1):

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Come si può notare l'articolato ripropone la logica già richiamata del Piano sanitario nazionale 1998-2000, mettendo a fuoco una serie di elementi: le aree prioritarie di intervento, i livelli essenziali, le modalità di finanziamento, gli obiettivi di miglioramento, i progetti obiettivo, la ricerca la formazione, i criteri di qualità, la valutazione di efficienza e di efficacia. A livello di contenuti si può notare una sostanziale continuità con quanto previsto dalla L. 833/78, anche se vengono modificati metodo e strategie.

Sono ad esempio intensificate le funzioni di verifica su scala regionale "Le regioni trasmettono al Ministro della Sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo" (art. 1, comma 4) e su scala nazionale, attraverso la relazione annuale sullo stato sanitario del Paese (art. 1, comma 12) che:

- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in

riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

- e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Un'enfasi particolare viene dedicata alla programmazione regionale e locale, che ha nel piano regionale, nel piano attuativo locale (art. 2, commi 2ter e 2quinqies) e nel programma delle attività territoriali (art. 3quater) i suoi punti di riferimento.

In particolare il piano regionale (art. 1, comma 13) rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

L'importanza che il D.lgs attribuisce a questo momento programmatico è evidenziata dalle penalizzazioni previste nel caso di mancata predisposizione del piano, sia con la previsione che la regione inadempiente non possa accreditare nuove strutture sia con l'eventuale nomina di un commissario ad acta (art. 1, comma 17).

Sempre a livello regionale viene disciplinata la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria e il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale.

A questo scopo le «regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali di comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione su scala distrettuale delle attività sociosanitarie di rispettiva competenza».

In particolare si chiede ai comuni una maggiore responsabilizzazione nella programmazione sanitaria e sociosanitaria da interpretare in modo nuovo e a diversi livelli: regionale, aziendale e distrettuale.

A livello regionale la sede principale è il Piano sanitario regionale triennale (art. 1, comma 13), adottato dalla Regione previo parere della Conferenza permanente programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale e del Ministro della Sanità con forme di partecipazione delle autonomie locali, delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, nonché degli altri soggetti sociali sopra richiamati.

A livello aziendale lo strumento è il Piano attuativo locale (art. 2, commi 2ter e 2quinqies) che è adottato secondo le procedure stabilite dalla legge regionale con la partecipazione degli enti locali interessati. Alla sua verifica partecipa la Conferenza

permanente della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

A livello distrettuale interviene il Programma delle attività territoriali (*art. 3^{quater}*) dove sono indicate organicamente le attività del distretto, prevedendo la localizzazione dei servizi del distretto e determinando le risorse per l'integrazione sociosanitaria.

Si apre quindi una nuova fase della programmazione, chiamata a passare da elemento propulsivo ma

sovrastutturale a fattore interno e portante di processi decisionali partecipati a diversi livelli. Lo sfondo a cui guardare diventa spina dorsale di un organismo in movimento, che deve imparare ad auto-sostenersi, distribuendo nei propri centri decisionali le tensioni e le risorse necessarie per affrontare i problemi, anche quelli complessi, governando le responsabilità e finalizzandole ai propri traguardi: la tutela della salute, la riduzione delle disuguaglianze, l'equità, l'efficacia, la solidarietà.