

## **2. Partecipazione alla Programmazione sanitaria e rapporti con gli enti**

**di Angela Guarcini e Maria Lo Coco<sup>1</sup>**

### **2.1. Cenni al contesto normativo di riferimento**

In questo capitolo si vuole puntare l'attenzione sugli aspetti legati alla partnership con i cittadini e con gli Enti Locali presenti nella programmazione sanitaria regionale.

Quindi, per ognuna delle regioni del nostro Paese si è provveduto ad estrapolare dal Piano regionale i riferimenti inerenti gli aspetti summenzionati al fine di poter evidenziare come queste due categorie di attori si rapportino rispetto non solo agli altri attori ma anche rispetto ai contenuti e agli obiettivi del piano.

I Piani Sanitari Regionali rappresentano infatti un osservatorio privilegiato sullo stato dell'arte delle politiche sanitarie e sui differenti modelli di sanità nelle regioni italiane.

Per quello che riguarda i cittadini, va sottolineato che tra le attese che la maggioranza degli italiani vorrebbe poter realizzare al fine di migliorare il *sistema salute* vi è la volontà di rendere i cittadini protagonisti del Servizio Sanitario Nazionale (Marino; 2007). Risulta infatti fondamentale che i cittadini, così come i loro rappresentanti, vengano coinvolti nelle scelte strategiche effettuate nella gestione del SSN.

La programmazione deve essere dunque il frutto di una visione ampia, che vada oltre i confini delle singole Aziende e degli enti locali, tesa ad assumere come punto di riferimento l'area cittadina ed i suoi abitanti.

Prima di procedere all'analisi dei Piani Sanitari Regionali appare opportuno evidenziare sinteticamente come le riforme sanitarie, a partire dalla n. 833/78, hanno interpretato il rapporto con i cittadini e gli Enti locali.

La legge n. 833/1978 afferma, almeno in teoria, un paradigma assistenziale basato sulla integrazione e interdipendenza tra prevenzione, cura e riabilitazione e sottolinea la partecipazione dell'Ente locale e del cittadino nelle scelte pubbliche (Benigni, Polillo; 2007).

A partire dagli anni '90 i *decision maker* hanno progressivamente modificato l'impianto esistente tramite l'approvazione dei Dlgs. n. 502/1992 e n. 517/1993.

I decreti summenzionati hanno prodotto una serie di revisioni legislative ben note (aziendalizzazione delle Usl, nuove modalità di finanziamento delle strutture sanitarie)

---

<sup>1</sup> Ex allieva Master "Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie", edizione anno 2006.

ma hanno anche «...escluso *gli Enti locali dalla definizione delle scelte di politica sanitaria, separando nettamente la sanità dall'assistenza*» (Benigni, Polillo; 2007).

Al riguardo, gli studiosi in materia descrivono questo periodo come contrassegnato dal passaggio dall'*equità* del sistema all'*efficienza produttiva*.

Al termine degli anni '90 il Dlgs. n. 229/1999, la cosiddetta riforma *ter* della sanità, e la legge n. 328/2000 hanno riconosciuto il ruolo fondante delle Autonomie locali; in particolare, il decreto legislativo n. 229/99, al fine di colmare il vuoto di partecipazione insito nei decreti n. 502/92 e n. 517/93, riconosce il ruolo che gli Enti locali devono svolgere nella programmazione sanitaria e nella valutazione dei risultati ottenuti.

Il decreto legislativo n. 229 riconosce anche, all'articolo 11-bis, l'importanza del ruolo dei cittadini affermando che «...*le Regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale*».

Allo stesso tempo la legge di riforma dell'assistenza, n. 328/2000, sottolinea il ruolo attivo e partecipativo dei singoli e dei gruppi sociali.

La riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale n. 3/2001) potenzia da un lato il ruolo delle Regioni e dall'altro quello degli Enti locali nel governo territoriale.

Questo breve excursus permette di inquadrare il contesto legislativo in cui si trovano ad operare i due attori, Enti locali e cittadini, attorno ai quali si è discusso nei capitoli precedenti.

Nel paragrafo successivo, 2.1., si è proceduto all'esame degli aspetti legati alla partecipazione degli Enti locali mentre nel paragrafo 2.2. oggetto d'indagine sono i cittadini e i rapporti che si stabiliscono con l'azienda sanitaria.

Alla base, sia per quanto riguarda gli Enti Locali che i cittadini, vi è l'interesse verso lo sviluppo di forme di concertazione tra gli attori chiamati in gioco al fine di costituire un percorso partecipativo nella programmazione sanitaria di riferimento.

## **2.2. La partnership con gli Enti Locali nei Piani Sanitari Regionali**

**Regione Valle d' Aosta - Piano Regionale per la Salute ed il Benessere Sociale 2006/2008 -**

Lo sviluppo dei servizi in una prospettiva di sistema e la conseguente integrazione fra i servizi sanitari e i servizi sociali per la salute e il benessere sociale, attribuisce al territorio, ed agli enti locali in esso istituzionalmente rappresentati, un ruolo di centralità, sia sotto il profilo organizzativo, sia sotto il profilo degli strumenti di programmazione.

I Comuni sono i promotori e i garanti della concertazione territoriale e sono soggetti attivi di partecipazione nelle varie fasi del percorso di programmazione con riferimento: all'analisi dei bisogni e delle risorse, alla scelta delle priorità e all'attuazione dei programmi, alla definizione dei criteri di valutazione partecipata dei risultati.

In sintesi, con il primo Piano di zona dei servizi alle persone ogni comunità locale ha la possibilità di dar vita ad una nuova politica sociale, attraverso la partecipazione delle persone, delle famiglie e dei gruppi sociali, rendendo tutti consapevoli dei problemi ma, soprattutto, delle capacità che essi possono esprimere, per dare risposte positive a vantaggio di tutti coloro che nel territorio risiedono, lavorano e vivono

**Regione Piemonte - Proposta di Piano socio sanitario regionale 2006-2010 (sostituisce il Piano sanitario regionale 1997-99) + D.d.l. "Norme per la programmazione socio sanitaria ed il riassetto del Servizio Sanitario Regionale" (che mira a sostituire la L.R. 61/1997 sulla programmazione sanitaria regionale e la L.R. 39/94 sull'individuazione delle ASL) -**

Tra i principi fondamentali ispiratori della visione politica, strategica, valoriale di governo del Piano è previsto un deciso e responsabile coinvolgimento degli Enti locali i quali, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute ed esercitano anche la valutazione della qualità dei servizi nonché della loro efficacia nel rispondere ai bisogni della popolazione.

L'assetto istituzionale ed organizzativo del SSN a livello regionale è in fase di profonda evoluzione, facilitata dalla revisione del titolo V della Costituzione. Tra le principali tendenze evolutive che si riscontrano vi è lo sviluppo del coinvolgimento degli enti locali e dei portatori di interesse (università, associazioni rappresentative delle professioni, degli utenti, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale - volontariato, promozione sociale e privato sociale, dei fornitori di servizi sanitari, dei fornitori di beni e servizi intermedi ecc.), con varie modalità.

### **Regione Lombardia - Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2007/2009 -**

Alla realizzazione del sistema dei servizi concorrono i Comuni (enti locali), le ASL (enti strumentali della Regione), le Province e le organizzazioni del privato sociale, nella consapevolezza che la prima e forse più profonda trasformazione operata nel sistema dei servizi dopo la L. 328/2000 è nel tessuto delle relazioni tra i diversi soggetti in campo.

Le ASL, in particolare, dovranno sempre più avvalersi del coinvolgimento degli Enti Locali (Comuni, Province, Comunità Montane) nelle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione, prevedendo modalità di confronto che garantiscano l'apporto positivo degli Enti stessi.

Quindi, anche il riordino della rete ospedaliera avverrà con il coinvolgimento degli Enti Locali e la consultazione delle organizzazioni sindacali.

### **Regione Liguria - Piano Socio Sanitario Regionale 2003/2005 -**

Si intende rafforzare la presenza e il ruolo degli Enti locali nella programmazione e valutazione dell'assistenza sanitaria; inoltre, si mira ad attribuire alle rappresentanze degli Enti locali la dovuta rilevanza istituzionale sia in sede di programmazione sanitaria e socio sanitaria (livello regionale) sia in sede di indirizzo e valutazione delle attività e dei servizi (livello A.S.L).

Si prevede quindi l'attribuzione di un significativo ruolo di partecipazione agli Enti locali, agli organismi sociali e all'utenza.

In particolare, le ASL e gli Enti locali assicurano a livello di distretto sanitario/zona l'integrazione dell'attività sanitaria e socio-sanitaria con gli interventi sociali.

### **Regione Veneto - Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 -**

La Regione del Veneto, nel Piano Socio Sanitario Regionale 2007/2009, assume la programmazione come metodo di intervento in concorso con lo Stato e gli Enti Locali, definendo obiettivi, criteri e modalità della propria azione nel rispetto del principio di sussidiarietà.

### **Regione Friuli Venezia Giulia - Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006/2008 -**

La LR 23/2004, attraverso la programmazione integrata che deriva dal D.L.vo 229/99, tende ad avvicinare sanità ed enti locali affinché le decisioni programmatiche sull'uti-

lizzo delle risorse avvengano in forma integrata allo stesso livello in cui avviene la valutazione dei bisogni (cioè il distretto/ambito).

I Distretti ed i Comuni costituiti in Ambiti, operando in forma integrata e con punti unici di accesso in un'ottica di valutazione congiunta, sono eletti a garanti degli esiti dei servizi, prestazioni ed interventi erogati e dell'adeguatezza delle strutture e dei percorsi, in un'ottica di riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione ed all'ospedalizzazione non appropriata.

Gli Enti Locali, sul versante ospedaliero, si rapportano con le Aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie, IRCCS, PUGD e soggetti erogatori privati al fine di condividere gli aspetti più importanti della programmazione aziendale.

**Provincia Autonoma di Bolzano** – Documento di Riordino del Sistema Sanitario Altoatesino 20 gennaio 2006 e L. P. 2 ottobre 2006, n. 9 "Modifiche del riordinamento del Servizio sanitario provinciale" -

Il sistema sanitario altoatesino sta vivendo una fase di grande cambiamento; in effetti, la L. P. 9/2006 istituisce un'unica "Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano" e scioglie le precedenti 4 ASL.

La Giunta provinciale esercita le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e vigilanza. Tra le altre cose, compete alla Giunta provinciale definire la modalità della partecipazione degli enti locali.

Lo stesso documento di riordino del SSA del gennaio 2006 punta l'attenzione sullo sviluppo di un'amministrazione snella ed efficiente e sul rafforzamento delle cooperazioni economiche locali.

**Provincia Autonoma di Trento** – Documento sugli Obiettivi assegnati all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari per l'anno 2006 -

Gli enti locali possono dare un significativo contributo nel mettere in atto azioni coordinate per affrontare i problemi di salute che vengono rilevati nelle singole comunità.

Per porre le premesse alla realizzazione di iniziative locali è necessario avere una conoscenza specifica, scientifica ed oggettiva dei problemi di salute utile anche per poter monitorare e valutare i miglioramenti conseguiti.

**Regione Emilia Romagna** - Piano sociale e sanitario 2007/2009 -

La Regione e degli Enti Locali devono assicurare, in modo unitario e integrato, la funzione di governo (programmazione, regolazione e verifica dei risultati) del sistema.

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti Locali hanno organizzato l'esercizio di questa funzione primaria si è venuto consolidando attorno a due direttrici:

- 1) la centralità del ruolo della Regione nel governo del servizio sanitario;
- 2) la centralità del ruolo degli Enti Locali, in riferimento all'art. 118 della Costituzione, nel governo degli interventi e dei servizi sociali.

Questi due distinti assetti sono all'origine dello sviluppo di due diverse forme di integrazione istituzionale. La prima fa riferimento allo sviluppo delle forme associative tra gli Enti Locali (associazioni intercomunali, unioni di comuni, comunità montane, consorzi ecc.) per l'esercizio di funzioni e servizi anche in campo sociale. Si tratta di forme associative dotate di personalità giuridica (ad eccezione delle associazioni intercomunali la cui attività è regolata da convenzione ai sensi dell'art. 38 del d.lgs. 267/99) costituite su base volontaria.

La seconda riguarda lo sviluppo e il consolidamento della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e del Comitato di Distretto, individuati dalla legislazione Regionale (L.R.2/2003 e L.R. 29/2004), quali strumenti di raccordo istituzionale tra gli Enti Locali e le aziende sanitarie.

Obiettivo primario di questo piano è di favorire l'omogeneità, sull'intero territorio regionale, dell'assetto istituzionale integrato del sistema di Welfare.

### **Regione Toscana - Piano Sanitario Regionale 2005/2007 -**

La tradizione toscana rende possibile e necessario individuare strumenti per la valorizzazione dell'apporto degli Enti Locali alla programmazione, alla gestione ed al controllo della attività sanitaria, in particolare di quella ad alta integrazione socio sanitaria.

La Regione ribadisce la necessità, ai fini di una crescita complessiva del servizio sanitario e delle politiche di assistenza sociale, di rafforzare gli strumenti della collaborazione con i comuni, pur nel quadro delle diverse funzioni che l'ordinamento attribuisce loro, secondo le previsioni generali di rapporto a livello di sistema di aziende:

- livello regionale, programma regionale di sviluppo e piano sanitario regionale;
- di area vasta, partecipazione alla programmazione e agli accordi;
- di ambito locale, programmazione attuativa locale;
- zonale, piano socio-sanitario di zona-distretto;
- partecipazione organica al governo, sperimentazione della società della salute.

### **Regione Marche - Piano Sanitario Regionale 2007/2009 -**

Gli Enti Locali dovrebbero, in questo nuovo piano, ricoprire un ruolo importante all'interno dei Piani Comunitari per la Salute (PCS); questi sono piani pluriennali di intervento, elaborati da una pluralità di soggetti, promossi e coordinati dal governo locale, che impegnano risorse allo scopo di migliorare la salute della comunità. Già menzionati nel precedente Piano Sanitario e proposti alle istituzioni e alla comunità marchigiana nel 2004, dovrebbero coinvolgere a livello di aree vasta gli Enti Locali, le Zone Territoriali, i sindacati, il terzo settore, il volontariato, le organizzazioni di categoria, le associazioni e le formazioni sociali nella individuazione di bisogni di salute emergenti in un determinato territorio, specialmente se specifici di esso.

### **Regione Umbria - Piano Sanitario regionale 2003/2005 -**

Il Piano vuole promuovere il ruolo strategico degli Enti Locali (Comuni) e di tutti i soggetti, pubblici e privati, idonei nel contribuire alla definizione e realizzazione di politiche di salute mentale innovative ed intersettoriali.

Inoltre, stante la necessità di rafforzare l'interazione tra Comuni e ASL, si tratta di prefigurare soluzioni diversificate che consentano di avanzare in questa direzione, il Piano individua pertanto diversi strumenti e/o ambiti di interazione tra Comuni e SSR:

- il consolidamento della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria e delle Conferenze dei Sindaci,
- il coinvolgimento dei Comuni nei patti per la salute e nei conseguenti programmi,
- la sperimentazione di livelli istituzionali ulteriori per raggiungere una maggiore interazione tra Comuni e ASL nella promozione della salute e nell'interazione socio sanitaria, valorizzando il distretto come ambito territoriale in cui convergono e si integrano interventi e politiche.

### **Regione Lazio - Piano di Rientro -**

Nella Regione Lazio il Piano Sanitario Regionale ha esaurito la sua azione già dal 2004. La Regione ha in corso l'elaborazione di una nuova strategia programmatica che, alla luce del Piano di Rientro, non può non tenere conto di quanto individuato in termini di obiettivi generali e specifici e di obiettivi operativi con le connesse azioni ed interventi. Pertanto le scelte delineate dal Piano di Rientro corrispondono alle linee di programmazione relativamente a questa fase e saranno inquadrati in un percorso più complessivo nel nuovo Piano Sanitario Regionale in fase di elaborazione. Con il Piano di Rientro la Regione Lazio si assume l'impegno ad adeguarlo alle indicazioni del Piano

Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge 23 dicembre 2005, n.266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28.09.2006 , sul quale la Conferenza Stato-Regioni ha espresso intesa il 5 ottobre 2006 , i cui contenuti sono stati trasfusi nella legge 27 dicembre 2006, n.296 (legge finanziaria 2007). Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro.

Obiettivo complessivo del Piano di Rientro è la riduzione di 4.679 p.l. anagrafici per acuti (dati SIS 2005) (4.138 p.l. in esercizio per acuti – dati SIS 2005; 3.671 p.l. per acuti dati SIPLET 2006) per il raggiungimento del parametro prefissato dal PSN di 3,50 p.l. per mille abitanti, equivalente a 18.567 posti letto per acuti.

Obiettivo strategico del Piano sanitario 2007-2009 sarà la *riorganizzazione della rete ospedaliera*, allo scopo di adeguarla alle esigenze reali dei cittadini garantendo appropriatezza e qualità dei percorsi diagnostico-terapeuti superando ingiustificate carenze ed evitando le duplicazioni inutili. In questo contesto di ridefinizione di tutta la programmazione regionale in sanità saranno ridefinite anche le politiche di partnership che coinvolgeranno gli Enti Locali e i cittadini.

#### **Regione Abruzzo – Piano Sanitario Regionale 1999/2001 e Linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009 -**

Il PSR 1999/2001 ha evidenziato che allo scopo di realizzare interventi di prevenzione primaria, gli Enti Locali collaborano all'attuazione, nel territorio di loro competenza, del controllo dei fattori di nocività ambientale e all'attivazione di programmi di prevenzione primaria anche in collegamento con l'Agenda Regionale per la Tutela dell'Ambiente.

Per quanto concerne i rapporti si fa rinvio a quanto stabilito nella L. R. 3 marzo 1999, n. 11. Le linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009 evidenziano che per il perseguimento degli obiettivi legati all'organizzazione del sistema sanitario è necessaria una *politica delle alleanze* attraverso una puntuale *distinzione dei ruoli e delle funzioni specifiche e integrate* (di governo e di gestione) della Regione, delle ASL e degli Enti Locali.

#### **Regione Molise – Piano Sanitario della Regione Molise per il triennio 2008/2010 -**

La Regione Molise, attraverso questo recente Piano, pone gli Enti Locali nelle condizioni di essere parte attiva nelle scelte di programmazione, attuazione e valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio sanitari.

Risulta, ad esempio, importante il coinvolgimento degli enti locali per la promozione della sicurezza nell'ambito della gestione del rischio clinico.

Gli enti locali acquistano un ruolo fondamentale anche per quello che riguarda la concertazione di obiettivi e programmi di attività in merito alla programmazione; ad esempio, il PAT ( Piano delle Attività Territoriali) è elaborato con la partecipazione degli enti locali.

Si vuole inoltre incentivare il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle amministrazioni comunali e provinciali alle politiche locali sulle dipendenze patologiche con specifici programmi di comunità.

#### **Regione Campania - Piano Sanitario Regionale Ospedaliero 2007/2009 -**

Il Comune costituisce da solo, associato, ovvero, nelle sue sub-articolazioni un elemento forte della relazione e del patto con i momenti strutturali e funzionali delle Aziende Sanitarie Locali, con i progetti e programmi sanitari e assistenziali, con il Piano Attuativo Locale Sanitario. Il PSO prevede il coinvolgimento dell'Ente Locale e il suo diritto-dovere all'esercizio del potere di monitoraggio e di valutazione sull'azione di gestione delle Aziende, non solo come referente passivo della cittadinanza.

#### **Regione Puglia - Piano Sanitario Regionale 2002/2004**

L'unitarietà e l'integrazione dei processi di pianificazione sociale e sanitaria rappresenta la strategia centrale da perseguire per coinvolgere gli Enti Locali e le Aziende USL. Il rapporto tra la programmazione regionale e quella locale viene espresso con il Piano Attuativo Locale dell'Azienda USL in termini di definizione di procedure, di proposta, adozione ed approvazione, nonché con il Piano di Zona ex art. 9, L. n. 328/2000 degli Enti Locali interessati.

#### **Regione Basilicata - Piano Regionale Socio-assistenziale 2000/2002 -**

Gli Enti Locali, in particolar modo i Comuni, occupano un ruolo centrale nello sviluppo delle politiche sociali. Viene infatti attribuito all'Ente Locale un ruolo che si differenzia sia per "livello" sia per "intensità" da quello di tutti gli altri soggetti.

Sotto il primo profilo, il Comune è il soggetto al quale l'ordinamento attribuisce la responsabilità istituzionale di rilevare ed interpretare i bisogni della comunità locale e di garantire il livello di soddisfazione della stessa.

Sotto il secondo profilo, il Comune è – insieme alla Regione e alla Provincia – titolare di potestà pubbliche che conferiscono ai propri atti una particolare forza attuativa, che si differenzia rispetto a quella di tutti gli altri soggetti privati che possono condividere responsabilità pubbliche nella definizione e nell'attuazione del Piano.

### **Regione Calabria – Piano regionale per la Salute 2004/2006 –**

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, istituita per realizzare il coinvolgimento dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane e la loro responsabilizzazione sui temi sanitari, è l'organismo rappresentativo delle autonomie locali, con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale a livello regionale e locale, con pari dignità istituzionale fra regione ed enti locali, così come previsto dal Titolo V della Costituzione.

Con i Comuni e la Conferenza dei Sindaci si intende sviluppare nuovi e più proficui percorsi di collaborazione per la definizione dei ruoli e delle possibili sinergie. In particolare, attraverso progetti comuni e collaborazioni istituzionali strutturate, si vuole ricercare la massima sinergia di collaborazione sia in sede di Conferenze dei Sindaci che dei Comitati dei Sindaci di Distretto.

La Conferenza dei Sindaci rappresenta le esigenze sanitarie della popolazione ed esprime il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

Il confronto con le istanze locali è prevalentemente di tipo programmatorio ed avviene principalmente in sede di formulazione del Piano Attuativo Locale e dei programmi delle attività territoriali.

Infine, il Comitato dei Sindaci di Distretto svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello dei bisogni sanitari dei cittadini rispetto ai servizi erogati; esso rappresenta quindi il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio e ad esso compete in particolare l'espressione del parere sulla proposta del Direttore di Distretto relativa al Programma delle Attività Territoriali.

### **Regione Sicilia – Piano Sanitario Regionale 2000/2002 –**

Un ruolo centrale spetta alle comunità locali sia nell'espressione dei bisogni che nella verifica dei risultati del Piano attuativo locale, nell'ottica di valorizzazione del rapporto tra utente ed Azienda sanitaria.

Uno degli elementi qualificanti ed innovativi del Piano è infatti il ruolo affidato agli Enti Locali in seno alla programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale e locale e la

volontà di pervenire ad un'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali a livello di Distretto.

In tale ottica va ricompresa la previsione di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo n. 229/99 che demanda alla legge regionale l'istituzione e la disciplina della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Sulla base delle linee-guida regionali, a livello delle Aziende unità sanitarie locali e/o dei distretti, l'integrazione socio sanitaria è garantita attraverso la consultazione periodica dei sindaci dell'area di operatività delle aziende e/o dei distretti.

### **Regione Sardegna – Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 –**

Il Piano sociale nazionale 2001-2003 ha precisato i caratteri fondamentali della nuova programmazione locale affermando:

«Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'articolo 3 quater del D.Lgs n. 229/1999) e dal Piano di zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie».

Al fine di garantire un efficace rapporto tra le responsabilità di governo politico (proprie degli enti locali) e le responsabilità di gestione (da posizionare a livello di governo operativo dei diversi centri di responsabilità in gestione diretta e in gestione contrattuale), il Piano promuove e avvia l'attuazione della gestione unitaria dei servizi.

Occorre coniugare le forme di "consultazione" e "concertazione" con la necessità di garantire una reale rappresentanza e rappresentatività dei mondi del terzo settore. Sarà compito degli enti locali e della Regione garantire il coinvolgimento più ampio possibile delle realtà impiegate a fini di solidarietà sociale.

### **2.3. La partnership con i cittadini nei Piani Sanitari Regionali**

#### **Regione Valle d' Aosta - Piano Regionale per la Salute ed il Benessere Sociale 2006/2008 -**

Il Piano è sviluppato secondo una logica di programmazione partecipata; ciò vuol dire che sollecita tutte le potenzialità dell'associazionismo e del volontariato coinvolgendo i cittadini e le loro associazioni nelle scelte che riguardano la salute e il benessere sociale.

In particolare, il Piano di Zona, oltre che uno strumento tecnico di programmazione, è un'occasione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere l'apporto delle diverse comunità locali, valorizzandone il ruolo di autonomia che, unito alla solidarietà e sussidiarietà, sapranno esprimere nelle concrete scelte programmatiche, gestionali, operative ed organizzative. Si avrà la possibilità di avviare un processo di realizzazione di un welfare comunitario, sviluppando partnership tra istituzioni e cittadini, per una crescente condivisione di responsabilità e di indirizzi, rischi ed esiti.

**Regione Piemonte** - Proposta di Piano socio sanitario regionale 2006-2010 (sostituisce il Piano sanitario regionale 1997-99) + D.d.l. "Norme per la programmazione socio sanitaria ed il riassetto del Servizio Sanitario Regionale" (che mira a sostituire la L.R. 61/1997 sulla programmazione sanitaria regionale e la L.R. 39/94 sull'individuazione delle ASL) -

Ai fini della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria è previsto lo studio di forme di partecipazione attiva e diretta dei cittadini/utenti. Nel contesto specifico del percorso assistenziale l'individuo deve essere reso partecipe e consapevole delle cure, poiché è lui stesso attore della buona riuscita delle scelte assistenziali.

Nello specifico, la programmazione socio-sanitaria regionale è basata sul principio (estratto dal D.d.l. "Norme per la programmazione socio sanitaria ed il riassetto del Servizio Sanitario Regionale" che mira a sostituire la L.R. 61/1997 sulla programmazione sanitaria regionale e la L.R. 39/94 sull'individuazione delle ASL) relativo alla partecipazione dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla definizione delle linee programmatiche.

Tra gli obiettivi del Piano rientra diffusione della cultura dell'umanizzazione dei servizi e dei diritti, anche di partecipazione, degli utenti realizzando sistemi organici di promozione e verifica di applicazione.

Le politiche per la salute sono definite, verificate e attuate con il concorso e la partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore (associazioni di volontariato, di promozione sociale e della cooperazione sociale), coinvolgendo, per quanto di competenza, le amministrazioni provinciali.

### **Regione Lombardia - Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2007/2009 -**

Il cittadino e la famiglia sono posti al centro del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale; l'esercizio della libertà di scelta dell'utenza verso i servizi socio sanitari ed assistenziali comporta la necessità di fornire informazioni sempre più complete nonché lo sviluppo di processi di comunicazione coerenti con le politiche regionali. Si vuole rafforzare sia la cultura organizzativa sia la capacità relazionale indispensabile per sviluppare una diretta partecipazione.

E' quindi prevista una maggiore partecipazione della comunità locale, con particolare attenzione al Terzo settore e all'attivazione di un tavolo di rappresentanza quale spazio specifico di confronto e concertazione nell'ambito della sinergia operativa.

Tale obiettivo costituisce una evoluzione rispetto alla ormai consolidata partecipazione ai tavoli tematici, in quanto introduce l'aspetto della "rappresentatività" dei soggetti partecipanti a livello distrettuale e dà rilievo a quello della stabilità delle relazioni tra sistemi.

### **Regione Liguria - Piano Socio Sanitario Regionale 2003/2005 -**

Anche il Piano della regione Liguria sottolinea come la partecipazione dei cittadini sia uno dei fattori considerati prioritari al fine di elaborare la programmazione sanitaria.

Ad esempio, uno dei principi su cui si basa il sistema di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro è essenzialmente legato alla partecipazione di tutti i soggetti interessati, tra cui i cittadini e le istituzioni.

Si ritiene pertanto necessario sviluppare delle linee di intervento che possano sottolineare l'importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo, con particolare riguardo alle iniziative promosse dalle famiglie, dalle associazioni utenti, dal volontariato, dalla cooperazione sociale nell'attività di programmazione locale e nello svolgimento di attività di tipo assistenziale.

Il principio di sussidiarietà deve essere coniugato in maniera assai ampia promuovendo la crescita e la diretta partecipazione al Servizio Sanitario Regionale - accanto ai soggetti istituzionali, ai Comuni ed Enti locali - di soggetti e organizzazioni economiche e sociali quali il volontariato e il terzo settore.

### **Regione Veneto - Piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2007-2009 -**

Nel Piano Sanitario Regionale 2007/2009 l'integrazione socio-sanitaria si conferma come un strategia fondante del modello socio sanitario veneto che deve essere perseguita a livello istituzionale, gestionale e professionale.

Tra gli elementi chiave di questo approccio vi è la collocazione del singolo e della comunità al centro dell'attenzione rafforzando la comunicazione, la partecipazione, la partnership, il rispetto, la responsabilità e il coinvolgimento del SSSR all'interno della comunità, sostenendola, rafforzandone lo sviluppo e contribuendo alla sua salute globale.

Si vuole garantire la sostenibilità sociale attraverso un processo di coinvolgimento dei cittadini e delle istituzioni al fine della condivisione delle politiche di cambiamento e della partecipazione, sostegno e responsabilizzazione per la loro implementazione.

Il PSSR indica tra i suoi obiettivi la partecipazione dei cittadini e della società civile, mediante:

- 1) il riconoscimento del diritto del cittadino e della famiglia a scegliere liberamente i soggetti erogatori, nonché, nel rispetto del principio di appropriatezza, le modalità e le forme di assistenza in caso di bisogno;
- 2) la valorizzazione della partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali, delle famiglie e delle persone;
- 3) la conferma del ruolo del terzo settore;
- 4) lo sviluppo di un sistema di comunicazione istituzionale.

La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione, processo attraverso cui il cittadino – soggetto attivo, portatore di diritti ed interessi di valore – interviene, contribuendo a definire le decisioni e le azioni che riguardano la comunità.

La Regione si pone come obiettivo generale il coordinamento e il controllo di tre aree:

- l'informazione e la comunicazione;
- la partecipazione al miglioramento del servizio sanitario;
- l'individuazione di un sistema di autovalutazione della rete dei servizi.

Emerge con forza la centralità comunicativa dell'URP, luogo privilegiato per l'ascolto e la comunicazione con i cittadini in sanità e dei Centri Unici di Prenotazione (CUP).

### **Regione Friuli Venezia Giulia - Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006/2008 -**

Tra gli obiettivi strategici del sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia rientra la partecipazione delle associazioni dei cittadini.

L'obiettivo della trasparenza è perseguito anche attraverso la partecipazione attiva dei cittadini, nelle forme associate, alla valutazione del programma. A tal fine saranno promosse tutte le forme di collaborazione che permettano una valutazione esterna

delle liste di attesa e del programma in generale da parte delle associazioni maggiormente rappresentative.

La partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini e delle istituzioni alle scelte del Piano avviene attraverso gli strumenti della comunicazione e del coinvolgimento.

Nell'ambito del processo di cambiamento del rapporto con i cittadini si sta verificando il passaggio da una prevenzione *somministrata* alle persone (campagne di vaccinazione, interventi di vigilanza, ecc.,) ad una prevenzione *condivisa* con la comunità e da essa partecipata; ciò nel contesto di una programmazione elaborata localmente, espressione di una strategia mirante a promuovere la salute.

**Provincia Autonoma di Bolzano** – Documento di Riordino del Sistema Sanitario Altoatesino 20 gennaio 2006 e monografia "Stato dei rapporti tra i cittadini ed i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Bolzano" relativa agli anni 1997/1998/1999 -

Il documento di riordino del Sistema Sanitario Altoatesino non effettua un preciso e diretto riferimento alla partecipazione dei cittadini pur sostenendo la creazione di una rete provinciale di tutti gli ospedali pubblici ed il rafforzamento delle cooperazioni locali. Appare utile richiamare la monografia inerente "Stato dei rapporti tra i cittadini ed i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Bolzano" al fine di avere delle informazioni aggiuntive sulle dimensioni legate alla umanizzazione del rapporto con il cittadino-utente, sulla percezione dei fattori di qualità nei servizi da parte delle categorie professionali esposte all'interazione con i cittadini e delle associazioni rappresentative dei cittadini utenti e su proposte formulate circa interventi e strumenti per migliorare le dimensioni legate al rapporto con i cittadini.

**Provincia Autonoma di Trento** – Documento sugli Obiettivi assegnati all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari per l'anno 2006 -

Il Documento sugli Obiettivi assegnati all' APSS per l'anno 2006 sottolinea la *partecipazione individuale ed associativa dei cittadini* alla programmazione e alla valutazione dei servizi.

Le linee di indirizzo strategico complessivo dell'adottando Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008 fanno intravedere come il Servizio sanitario nazionale sia impegnato, tra i vari versanti, sulla *comunicazione istituzionale, educazione e sensibilizzazione* (tra cittadino ed operatore sanitario, tra cittadino e istituzioni).

**Regione Emilia Romagna** - Piano sociale e sanitario 2007/2009 -

Il Piano vorrà porre particolare attenzione alla comunicazione con i pazienti e con quei cittadini "competenti" che, anche se non esperti dell'argomento trattato, hanno un ruolo significativo nelle scelte per la salute (amministratori, giornalisti, operatori sanitari e sociali, educatori, ecc.). Verranno sperimentate forme di coinvolgimento diretto (Laboratori dei cittadini competenti) per la messa a punto delle modalità più appropriate per presentare e approfondire i temi e i risultati più importanti delle ricerche realizzate e per predisporre strumenti informativi specifici, appropriati per una divulgazione su larga scala.

I Comitati Consultivi Misti (CCM) attivi nelle Aziende sanitarie ed il Comitato Consultivo Regionale per la Qualità (CCRQ) dei servizi sanitari dal lato del cittadino assicurano la partecipazione e il confronto strutturato con le organizzazioni dei cittadini impegnate in sanità e svolgono un ruolo di verifica della qualità dei servizi dal lato del cittadino e di stimolo costante al loro miglioramento secondo la prospettiva degli utenti.

La capillare esperienza dei Piani per la salute ha permesso a migliaia di cittadini attivi nelle comunità locali di partecipare a processi di progettazione e realizzazione di azioni per la promozione della salute che sono attualmente in corso.

Il coinvolgimento dei cittadini, singoli e associati, nella valutazione dei servizi può avvenire attraverso l'espressione spontanea di giudizi e critiche da parte di singoli (reclami); può avvenire attraverso indagini strutturate sul gradimento di specifici aspetti o sulle opinioni relativamente a questioni critiche del servizio.

Può avvenire con il coinvolgimento nella conoscenza e nella gestione di rischi presenti nei processi assistenziali e nella valutazione dei contenziosi.

Può avvenire, infine anche attraverso forme innovative di cittadinanza attiva che permettono un coinvolgimento più approfondito e rappresentativo come quello delle associazioni di cittadini interessati, malati o familiari, che danno voce a larghi e importanti gruppi di popolazione.

### **Regione Toscana - Piano Sanitario Regionale 2005/2007 -**

I cittadini/e non sono oggetti, ma soggetti delle decisioni in tema di salute. Perché la loro partecipazione sia sostanziale, è necessario promuovere lo sviluppo della loro competenza per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure.

La Società della Salute (rappresentano una nuova soluzione organizzativa dell'assistenza Territoriale) ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni, e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione

alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini/e che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte.

Gli enti che partecipano alla concertazione della programmazione devono impegnarsi ad assicurare che la popolazione che essi rappresentano sia informata correttamente sui contenuti della concertazione stessa, in modo che la concertazione sia anche lo strumento per realizzare la partecipazione del maggior numero possibile di cittadini, facendo crescere la consapevolezza sulle motivazioni delle trasformazioni del sistema. Quanto agli organismi ed alle associazioni di tutela dei cittadini, è evidente che una strategia impostata sulla qualità sottolinea il valore di un rapporto di collaborazione e di confronto dialettico con la Regione. Ciò consentirà di dare il necessario rilievo agli aspetti della partecipazione dei cittadini, di un loro impegno consapevole nei processi di valutazione della qualità, della costruzione di un nuovo e più saldo rapporto di fiducia tra cittadini e servizio sanitario regionale a difesa e sostegno dei valori fondamentali riaffermati con forza nel presente piano sanitario regionale; consentirà inoltre di elevare il livello di consapevolezza dei cittadini/e sulle implicazioni che lo stato dell'ambiente in Toscana ha per la salute.

#### **Regione Marche - Piano Sanitario Regionale 2007/2009 -**

Sul fronte della partecipazione l'ARS ha messo a punto le azioni preparatorie al fine dell'attuazione dell'art 24 della L.R. 13/2003 per la partecipazione dei cittadini.

Nell'elenco delle associazioni di volontariato sono state censite 40 associazioni di pazienti e parenti di pazienti, tutela, donatori e trapiantati, e sono stati riuniti in assemblee nel corso delle quali è stato proposto un regolamento per il funzionamento del sistema regionale di partecipazione. Tale lavoro continua oggi in progress.

Quindi, da parte della Regione, nel triennio 2007-2009 si vuole attivare il sistema regionale per la partecipazione dei cittadini in base all'art. 24 L.R. 13/03, ed ogni sistema atto a garantire la centralità del cittadino e delle comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio sanitaria

#### **Regione Umbria - Piano Sanitario regionale 2003/2005 -**

Il Piano Sanitario Regionale introduce una visione nuova del Sistema Sanitario e pone il cittadino in un ruolo innovativo rispetto al passato; si tratta di promuovere la partecipazione attiva degli operatori e dei cittadini ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza.

I cittadini devono essere incoraggiati ed istruiti a partecipare sia alla pianificazione-sviluppo delle strategie di erogazione dei servizi sanitari sia alla loro valutazione

continua, attraverso varie modalità; essi hanno il diritto di partecipare alle decisioni che riguardano la gestione della propria salute.

Con l'attivazione dei Comitati Consultivi degli utenti, quali livelli di partecipazione dei cittadini alle funzioni delle ASL e delle AO, si intende valorizzare il ruolo dei cittadini e delle loro rappresentanze sociali per il miglioramento della qualità dei servizi e rafforzare il ruolo dei Comuni nell'espletamento delle loro funzioni di verifica della gestione dei servizi sanitari e di interlocutori delle Direzioni Aziendali rispetto alla programmazione attuativa locale.

Con i Comitati Consultivi si intende fare un ulteriore passo in avanti per concretizzare gli spazi di partecipazione previsti dalla L.R. 3/98: si tratta di assicurare spazi e modi organizzati per riconoscere ai cittadini il diritto di esprimere punti di vista e progettualità orientati a qualificare il servizio sanitario pubblico, a difenderlo attivamente assumendo, accanto al ruolo di soggetto di diritti di assistenza, quello di sensore di problemi, disfunzioni e storture sulle quali intervenire.

#### **Regione Lazio – Piano di Rientro –**

Il Piano di Rientro definito dalla Regione si focalizza sui temi del riordino delle reti di offerta e sulle politiche di consolidamento della gestione economico finanziaria.

Non sono previsti in questa fase riflessioni sui ruoli dei diversi attori nella gestione del sistema e pertanto si deve restare in attesa del nuovo Piano Regionale Sanitario in via di elaborazione

#### **Regione Abruzzo – Piano Sanitario Regionale 1999/2001 e Linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009 -**

Il vecchio piano sanitario regionale 1999/2001 ha affermato che nel contesto attuativo delle disposizioni contenute nell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, deve essere garantita la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità delle cure erogate.

E' riconosciuta la centralità del cittadino/utente che sta a significare partecipazione concreta ed attiva al mantenimento e alla promozione del proprio benessere psico-fisico-sociale, previa presa di coscienza, individuale e collettiva dei problemi sanitari e, solo come ricaduta, come logica conseguenza della minore incidenza di malattia, significa minore spesa per l'assistenza; la minore spesa per la salute diviene pertanto l'effetto di una politica della salute e non l'obiettivo della politica della salute.

Nelle linee guida per la redazione del piano sanitario 2007/2009, la logica di fondo che caratterizza la politica sanitaria regionale è quella che viene tradotta, a forma di slogan, nel sottotitolo del PSR: un sistema di garanzie per la salute.

Un sistema di garanzie significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d'interesse del sistema assistenziale: ai cittadini e ai pazienti; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione.

E' inoltre previsto il coinvolgimento delle associazioni degli utenti nella formulazione di proposte sul tema legato alle "liste di attesa".

### **Regione Molise – Piano Sanitario della Regione Molise per il triennio 2008/2010 –**

I cittadini sono soggetti attivi delle decisioni in tema di salute; affinché la loro partecipazione sia sostanziale è necessario promuovere lo sviluppo della loro competenza per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure. II Sistema favorisce la partecipazione adottando idonei processi di comunicazione con l'utenza ed un'adeguata informazione.

Il PSR promuove, come scelta strategica di sviluppo di un sistema di salute costruito intorno ai bisogni della persona, la partecipazione al sistema sanitario dei cittadini e delle loro organizzazioni, con particolare riferimento alle associazioni di volontariato e a quelle di tutela dei diritti.

### **Regione Campania - Piano Sanitario Regionale Ospedaliero 2007/2009 –**

L'evoluzione legislativa ha previsto con il D.Lgs. 229/99 (di modifica ed integrazione del D.Lgs. 502/92) il coinvolgimento allargato, nelle fasi attuative della pianificazione, non solo delle direzioni aziendali, ma anche dei Sindaci e delle Rappresentanze dei Cittadini.

Le Aziende sanitarie locali, su proposta delle Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e del volontariato presenti nell'ambito territoriale aziendale e d'intesa con le medesime, istituiscono il Comitato di partecipazione per la verifica ed il controllo dei funzionamenti delle strutture e dei servizi sanitari e socio-sanitari, ai sensi del decreto legislativo 502/92, art. 14, e successive modifiche e integrazioni, e ne disciplinano il funzionamento.

### **Regione Puglia – Piano Sanitario Regionale 2002/2004 -**

In ogni azienda dovranno essere attivati organismi di consultazione dei cittadini e delle loro associazioni di volontariato e di tutela, anche al fine di favorire l'interscambio

di informazioni per l'analisi delle principali attese ed esigenze del territorio e per la definizione degli obiettivi di miglioramento.

Tra gli strumenti di partecipazione del cittadino vi sono la carta dei servizi e dei piani di comunicazione (attraverso i quali sono rese disponibili le informazioni necessarie ai cittadini per soddisfare i propri bisogni).

Oltre ai suddetti strumenti di partecipazione dei cittadini, si dovranno favorire al livello aziendale forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori dei servizi.

Inoltre, nella programmazione locale devono essere curate con particolare interesse le iniziative di collaborazione orientate a diffondere Linee Guida rivolte ai pazienti ed a favorire processi preventivi di educazione alla salute, anche con il concorso di Enti ed Istituzioni, in primo luogo la scuola.

Per realizzare una vera e concreta partecipazione dei cittadini, a livello regionale e locale si dovrà dare integrale applicazione alle indicazioni normative previste dall'art. 14 del D. Lgs. 502/92 e s.m. ei. e favorire in modo estensivo la stipula delle convenzioni previste dalla L. n. 266/91 e da specifiche norme nazionali e regionali di settore.

### **Regione Basilicata – Piano Regionale Socio-assistenziale 2000/2002 -**

Tra i cittadini singoli o associati, tra questi e le istituzioni, tra gli enti, deve stabilirsi una concertazione democratica che permetta un rapporto dialettico in grado di garantire una base consensuale alla scelta di utilizzo razionale ed economico delle risorse, che non sono limitate per contingenza storica, ma per principio generale, serio e di buon senso.

I cittadini, in qualità di utenti e consumatori dei servizi socio-assistenziali devono potere ottenere senza ritardo le prestazioni previste dalla legge. I loro diritti non devono essere meramente formali, ma concreti e direttamente esigibili. L' esigibilità dei diritti va inquadrata nelle forme di tutela del singolo nei confronti dell' azione amministrativa prevista dalle leggi e dagli altri provvedimenti , statali e regionali sul procedimento amministrativo. Queste norme consentono al cittadino di partecipare alla formazione del provvedimento amministrativo. La partecipazione si attua, in particolare, attraverso la esatta definizione in cui siano certe le varie fasi con particolare riferimento :

- alla comunicazione dell' avvio del procedimento ed alle modalità relative;
- ai destinatari della comunicazione;

- alla disciplina regolamentare della partecipazione al procedimento ed al contraddittorio ( tipo di atti producibili: memorie, documenti, partecipazione ad atti istruttori).

### **Regione Calabria – Piano regionale per la Salute 2004/2006 –**

Tra le novità salienti introdotte dal Piano vi è il potenziamento del ruolo svolto dai Comuni e dai cittadini.

Questo PRS, in accordo con il PSN, intende valorizzare il ruolo dei cittadini e delle componenti sociali come titolari di diritti e di responsabilità in merito alla promozione ed alla tutela della salute, nell'ambito della realizzazione di un patto di solidarietà per la salute anche a livello regionale che deve coinvolgere, come indicato dal vigente PSN: cittadini, operatori sanitari, istituzioni, volontariato, produttori non-profit e profit di beni e servizi di carattere sanitario, organi e strumenti della comunicazione.

Per questi motivi il PRS assegna un ruolo di priorità alle iniziative per la promozione della salute e per la informazione dei cittadini, individua obiettivi di salute che coinvolgono il cittadino, la sua famiglia e la sua rete sociale.

E' sottolineata l'importanza della integrazione socio-sanitaria ed è previsto lo sviluppo e la valorizzazione di strumenti che consentono al cittadino di contribuire alla valutazione della qualità e dei risultati dell'assistenza anche in base a quanto previsto dall'articolo 14 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.e i..

Per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio, la Regione si impegna a realizzare iniziative per la divulgazione di dati sulla qualità e gli aspetti economici delle prestazioni e dei servizi erogati sulla base di intese con le formazioni sociali stesse.

### **Regione Sicilia – Piano Sanitario Regionale 2000/2002 –**

Con provvedimenti da predisporre da parte dell'Assessorato della sanità dovranno essere individuate idonee forme di partecipazione, a livello regionale, delle organizzazioni di rappresentanza e tutela dei diritti degli utenti quale strumento insostituibile per l'affermazione della centralità del cittadino/utente nel Sistema sanitario e per il superamento dell'autoreferenzialità delle istituzioni.

Tra le funzioni che dovrà presidiare ed assolvere il Direttore generale di ciascuna Azienda sanitaria vi è l'attivazione di forme concrete di partecipazione delle organizzazioni di rappresentanza degli utenti.

Tutte le Aziende sanitarie dovranno convocare, almeno una volta l'anno, la conferenza dei servizi con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di

volontariato e di tutela dei diritti (ex art. 14, comma 4, decreto legislativo n. 502/92) per la valutazione della qualità dei servizi erogati; la conferenza dei servizi è infatti strumento essenziale per l'attuazione del diritto di partecipazione degli utenti e per il superamento della autoreferenzialità dell'azienda.

### **Regione Sardegna – Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 –**

Il Piano è percorso da alcune idee chiave che si ritrovano come un filo rosso lungo tutto il documento, tra cui preminente è quella della personalizzazione degli interventi; in particolare, la centralità della persona è infatti il tema ricorrente dell'intero Piano. Occorre che gli operatori divengano sempre più consapevoli che il sistema è al servizio della persona, deve coinvolgere l'utente nei servizi di cura e cercare di rispondere alle sue specifiche necessità ed esigenze.

Il Distretto si configura come il luogo fondamentale di partecipazione sociale, nella fase di analisi dei bisogni, di definizione delle priorità, di valutazione partecipata dei risultati di salute, coinvolgendo i cittadini e le organizzazioni che li rappresentano.

### **Bibliografia di riferimento**

◇ Benigni B., Polillo R. B., *Salute e cittadini nel servizio sanitario nazionale*, Collana "Studi & ricerche" a cura di Spi Cgil, Roma, edizioni LiberEtà, 2007;

- ◇ Marino I. R., (a cura di), *Sistema salute. Analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Roma, editrice Solaris srl, 2007;
- ◇ Provincia Autonoma di Bolzano, CEREF – Centro Ricerca e Formazione di Padova - , *Stato dei rapporti tra i cittadini ed i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Bolzano Anni di riferimento: 1997-1998-1999, 2000*,  
[http://www.provincia.bz.it/sanita/01/publikationen\\_i.htm](http://www.provincia.bz.it/sanita/01/publikationen_i.htm)