

Il Piano affronta il tema del governo della Sanità a partire dalla conferma delle indicazioni della LR 3/98 e della l. 229/99, relative al modello generale del SSR, al numero ed alla localizzazione delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, nonché alle caratteristiche generali dei macrolivelli organizzativi¹.

L'innovazione nel governo della sanità vuole *superare i limiti comparsi nella prima fase della aziendalizzazione e rafforzare la capacità del nostro SSR di competere ed affermarsi nel nuovo scenario operativo del federalismo sanitario* attraverso interventi tesi a: rafforzare la coesione del sistema attraverso più definite relazioni interistituzionali, recuperare margini di efficienza, consolidare la programmazione socio sanitaria, adeguare la programmazione economico finanziaria ed il controllo di gestione alle nuove responsabilità, mantenere gli impegni assunti nell'ammodernamento del patrimonio immobiliare, definire legami e obiettivi per ricerca e innovazione, valorizzare gli operatori, governare le autorizzazioni e l'accreditamento istituzionale, garantire il governo dei rapporti con l'Università, potenziare le relazioni con l'ARPA, valutare il PSR e, a tal fine, rafforzare la Direzione regionale sanità e servizi sociali.

6.1 Fare sistema

La storia del servizio sanitario regionale nella prima fase dell'aziendalizzazione è anche una storia di difficoltà nella relazioni tra parti del sistema e istituzioni locali nonché tra parti del sistema stesso, difficoltà in gran parte derivanti dalle condizioni di costante stress finanziario cui sono state sottoposti i soggetti titolari delle competenze su cui si doveva esercitare l'azione di integrazione.

Il Piano pertanto assume il SSR come un sistema unico al cui centro colloca gli interessi del cittadino a vedere tutelata la propria salute ed in cui il Governo della Sanità ha la funzione di garantire l'omeostasi complessiva tramite una serie di interventi finalizzati a:

- o rafforzare le interazioni interistituzionali, superando nella chiarezza logiche settoriali e visioni di breve periodo e puntando ad una maggiore coesione delle politiche nei territori;
- o recuperare i margini di efficienza connessi con livelli di integrazione organizzativa di servizi che possono essere appropriatamente aggregati a livello sovra aziendale;

A) Rafforzare l'interazione tra comuni e SSR

Un obiettivo fondamentale del Piano è ottenere un più deciso contributo da parte delle realtà locali alla promozione e tutela della salute in modo da avere maggiore attenzione operativa su tutti i determinanti di salute, integrazione socio-sanitaria compresa.

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:

a) il *consolidamento della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria e delle Conferenze dei Sindaci*². Data l'importanza che tali livelli istituzionali rivesto-

¹ L'allegato 1 (Linee Guida in materia di atto aziendale) declina i principali elementi che caratterizzano la nuova operatività dei macrolivelli assistenziali alla luce delle innovazioni introdotte dal Piano sia in sede di governo che di gestione della sanità.

² Le Conferenze nel quadro dell'attuale ordinamento regionale hanno un ruolo rilevante come rappresentanti dei bisogni dei cittadini e intervengono nei percorsi programmatici collegati con i Piani attuativi locali sia in fase di discussione degli stessi, dovendo i PAL di ASL ed AO essere corredati del parere della Conferenza dei Sindaci per poter ricevere la valutazione di congruità da parte regionale, sia nella fase di valutazione dei PAL, quando la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria esprime un proprio parere che accompagna la relazione annuale sullo stato di avanzamento della programmazione locale.

no nel rappresentare i bisogni dei cittadini, dare effettiva applicazione alle indicazioni dei direttori generali, nonché per la valutazione dei direttori generali, si rende necessario qualificarne l'apporto al riassetto complessivo del SSR, individuando a tal fine risorse specifiche in sede di ripartizione delle risorse regionali e Servizi Sociali.

b) l'attivazione di accordi di programma livello di distretto/ ASL così come previsti dalla normativa vigente (art. 31 della l.r. 3/97 e dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001);

c) il coinvolgimento dei comuni nei *patti per la salute* e nei conseguenti programmi, come previsto nella sezione 4 del PSR;

d) 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.

I livelli istituzionali:

- hanno il fine, senza creare ulteriori livelli gestionali, di integrare sul territorio le politiche comunali ed i programmi aziendali delle ASL per le parti relative a: promozione della salute, prevenzione e attività di iniziativa, integrazione socio sanitaria;
- sono costituiti su proposta della conferenza dei sindaci, di ambito territoriale e di ASL competente;
- elaborano progetti autonomi, valutati e finanziati, nella fase iniziale, dalla Regione;
- il loro livello territoriale di riferimento è quello del distretto / zona;

Una apposita legge regionale regolerà, nell'ambito di quanto sopra definito e sulla base di un approfondito dibattito e confronto politico istituzionale e con le organizzazioni sindacali, tutte le modalità della sperimentazione.

B) Sviluppare la partecipazione

L'attivazione dei Comitati Consultivi degli utenti quali livelli di partecipazione dei cittadini alle funzioni delle ASL e delle AO.

Con i Comitati Consultivi degli Utenti 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 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 titolare dei diritti di assistenza, quello di sensore di problemi, disfunzioni e storture sulle quali intervenire.

In particolare i Comitati Consultivi individuano i problemi che ostacolano la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario e promuovono interventi per assicurare il rispetto del paziente, anche in collegamento con l'attività del tutor territoriale e del tutor ospedaliero.

I Comitati Consultivi sono tenuti ad attivarsi in materia di:

- 1) Monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza;
- 2) Umanizzazione dei servizi;
- 3) Controllo e semplificazione dei percorsi di accesso;
- 4) Informazione;