

# Capitolo 4

## Programmazione e pianificazione del Servizio sanitario nazionale

### Sommario

1. Il Piano sanitario nazionale: strumento di programmazione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale.
2. Il Piano sanitario nazionale vigente. - 3. Gli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale vigente. - 4. La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza.
5. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie.
6. La non autosufficienza: anziani e disabili. - 7. La tutela della salute mentale.
8. Le dipendenze connesse a particolari stili di vita. - 9. Il sostegno alle famiglie.
10. Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali.
11. Il controllo delle malattie diffuse. - 12. La sicurezza alimentare e la nutrizione.
13. La sanità veterinaria. - 14. La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
15. Ambiente e salute. - 16. I Piani sanitari regionali.
17. I Piani attuativi locali. - 18. Il programma nazionale per le linee guida.

## 1. Il Piano sanitario nazionale: strumento di programmazione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale

### A) Generalità

Il Piano sanitario nazionale (PSN) è il principale strumento di programmazione sanitaria, attraverso cui, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso **l'individuazione di attività e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN**. Come noto, la programmazione sanitaria si articola in più strumenti e sedi decisionali (Piani sanitari regionali, linee guida Stato-Regioni, Accordi, intese Stato-Regioni) ma il Piano sanitario nazionale rappresenta il primario punto di riferimento per qualsivoglia riforma od iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello locale che a livello centrale.

È attraverso il PSN che lo Stato stabilisce le linee generali di indirizzo del SSN (nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economica-finanziaria nazionale nonché dei principi riguardanti la tutela della salute determinati a livello internazionale), in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

Con il PSN, in particolare devono essere definiti i **livelli essenziali ed uniformi di assistenza** che il SSN assicura a tutti i cittadini: sono *essenziali* quei livelli che, essendo necessari, nel senso che rispondono ai bisogni primari di salute, devono essere garantiti all'intera collettività, su tutto il territorio nazionale, in condizioni di *uniformità*.

## B) Fonti normative

Il Piano sanitario nazionale è stato oggetto di previsione già nella L. 833/1978 (istitutiva del SSN), ma di fatto è rimasto inattuato; ciò ha indotto il legislatore a procedere alla riforma di tale strumento programmatico, che è avvenuta con il D.Lgs. 502/1992. Tale riorganizzazione, che modificava sostanzialmente la L. 833/1978, si era resa necessaria per consentire la realizzazione di un sistema sanitario moderno, a seguito di importanti cambiamenti quali, ad esempio, la riforma delle autonomie locali, la riforma dei servizi sociali, la trasformazione regionalistica dello Stato.

Il D.Lgs. 502/1992 è stato successivamente modificato dal D.Lgs. 229/1999: con tale provvedimento sono stati focalizzati diversi livelli di cooperazione e di responsabilità tra più istituzioni: le Regioni, gli enti locali, le nuove aziende sanitarie, la dirigenza ed, infine, il volontariato.

## C) Stesura

Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è predisposto dal Governo, su proposta del Ministro della Salute, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, che si esprimono entro 30 giorni dalla trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali comunicano il loro parere entro 20 gg. Nell'ipotesi in cui il Governo intenda discostarsi dal parere espresso dalle Commissioni parlamentari deve darne adeguata motivazione. Il Governo, nell'elaborazione del PSN, deve altresì tener conto delle proposte di Piano formulate dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente, con riferimento alle esigenze territoriali.

Quando il predetto *iter* è terminato, esso viene adottato d'intesa con la Conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Nel corso del triennio, il Piano sanitario nazionale può essere modificato seguendo lo stesso procedimento previsto per la sua adozione.

## D) Finalità

Lo scopo principale del Piano sanitario nazionale è quello di determinare e programmare le priorità in materia di salute, traducendole in precisi obiettivi, da correlare alla disponibilità economica e finanziaria del Paese.

Con il PSN sono **definiti i livelli essenziali ed uniformi di assistenza assicurati dal SSN** a tutti i cittadini: sono **essenziali** quei livelli che, essendo necessari (devono rispondere ai bisogni primari di salute), devono essere garantiti, in condizioni di **uniformità** su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività. Il Piano sanitario nazionale costituisce, dunque, uno strumento programmatico, la cui attuazione deriva da una serie di azioni concorrenti, che devono essere prevalentemente compiute da Regioni ed Aziende sanitarie, al fine di

raggiungere un unico obiettivo, ossia quello di rendere una sanità sempre più efficiente.

## E) I principali contenuti

I principali contenuti del Piano sanitario nazionale sono:

- le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- 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 sovra regionale;
- i progetti-obiettivo, adottati dal Ministro della salute con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- 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;
- 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 criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

**Piano sanitario nazionale**

## 2. Il Piano sanitario nazionale vigente

Con l'**accordo del 25-3-2009**, stipulato tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, ad oggetto lo stanziamento di fondi per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale per l'anno 2009, vengono stabilite le linee progettuali relativamente a:

- cure primarie;
- interventi in materia di biobanche di materiale umano;
- cure palliative e terapia del dolore;
- Piano Nazionale della Prevenzione.

Nel medesimo accordo si specifica che non essendo, allo stato, ancora approvato il Piano sanitario nazionale 2009-2011, occorre fare riferimento al Piano sanitario nazionale 2006-2008, di cui di seguito si tracciano le linee essenziali. Successivamente, l'incertezza del quadro finanziario in materia sanitaria, conseguenza delle misure restrittive recate dalle manovre correttive recate dal **D.L. 112/2008 (conv. con modif. in L.133/2008)** e dal **D.L. 78/2010 (conv. con modif. in L. 133/2010)**, ha provocato il differimento del nuovo Piano Sanitario Nazionale, già previsto per il triennio 2009-2011, al triennio 2011-2013. Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 21 gennaio 2011 il **Piano Sanitario Nazionale** valido per il triennio **2011-2013**, del quale è attualmente disponibile una bozza provvisoria comunicata alla Conferenza Stato-Regioni il 29 aprile 2010, che traccia, in coordinamento con il Patto per la Salute 2010-2012, rinviando ad altri strumenti di programmazione, il quadro del Servizio sanitario nazionale del prossimo triennio. Per ciò che concerne la ripartizione delle risorse, si è convenuto di fare comunque riferimento al previgente PSN 2006-2008.

Il Piano sanitario nazionale vigente, **contenuto nel D.P.R. 7-4-2006**, nasce come naturale *corollario del mutamento dello scenario istituzionale* verificatosi a seguito del varo della legge costituzionale 3/2001, di modifica del Titolo V della Costituzione e della individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con il D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive integrazioni. Si è già detto nel § 15, Cap. 1 di questa Parte che il legislatore costituzionale ha posto in capo allo Stato la potestà esclusiva nella «*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*» e la definizione dei principi fondamentali in materia, da adottarsi con legge nazionale, e alle Regioni, attraverso l'esercizio della potestà legislativa concorrente, la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

La competenza generale e residuale, nell'attuazione delle linee statali e regionali spetta alle Autonomie territoriali. Alla base di questa scelta vi è il «principio di sussidiarietà» costituzionale, che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale.

Il Piano sanitario nazionale vigente, in un quadro di **federalismo sanitario**, assume quindi la necessità di definire un nuovo «*grande sistema sanitario*» nel quale non esiste più un solo attore istituzionale, ma numerosi soggetti di governo, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono diverse e differenti matrici di responsabilità che vanno poste in sinergia tra loro in modo che al centro del Servizio sanitario nazionale vi sia, quale protagonista principale, il cittadino e la garanzia del suo stato di salute. Esso tiene, altresì, conto di una necessaria impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute. Non si può più parlare, infatti, di sanità in un contesto che non contempi anche le politiche sociali, ambientali ed ener-

getiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive. Gli scenari propri di una società in continua e profonda trasformazione impongono una rivisitazione e una ricollocazione del Servizio sanitario nazionale in termini di ruolo, di compiti e di rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione.

Il Piano sanitario nazionale vigente delinea la futura evoluzione del Servizio sanitario nazionale tracciando le strategie per lo sviluppo e le strategie del sistema.

Le strategie per lo sviluppo rappresentano le cd. **scelte innovative del sistema sanitario** e sono:

**Piano sanitario nazionale vigente**

- la garanzia e l'aggiornamento dei LEA;
- la sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana;
- la prevenzione sanitaria e la promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie;
- l'integrazione delle reti assistenziali;
- l'integrazione tra diversi livelli di assistenza;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura;
- la rete assistenziale per le cure palliative.

Le strategie del sistema sono le cd. le **strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema** e sono:

- la promozione dell'innovazione, della ricerca e dello sviluppo;
- la partecipazione del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio sanitario nazionale;
- le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN;
- la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale;
- l'aziendalizzazione e l'evoluzione del Servizio sanitario;
- le sperimentazioni gestionali;
- la politica del farmaco ed i dispositivi medici.

### **3. Gli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale vigente**

Il Piano sanitario nazionale **2006-2008** fa propri i seguenti obiettivi: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura, l'umanizzazione dell'ospedale e le cure palliative, la prevenzione e la presa in carico della non autosufficienza, la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza, la tutela della salute mentale e la prevenzione e presa in carico delle dipendenze, la salute delle fasce sociali marginali.

Questa, più in particolare, la declinatoria degli obiettivi:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non autosufficienza, quale concetto riferibile ad anziani e disabili;
- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita;
- il sostegno alle famiglie;
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie diffuse;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la sanità veterinaria;
- la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- l'ambiente e la salute.

#### 4. La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio sono:

- miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere il parto indolore, l'allattamento materno precoce ed il *rooming-in* colmando le disuguaglianze esistenti fra le Regioni italiane, al fine di ridurre la mortalità neonatale in primo luogo nelle Regioni dove è più elevata, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita e assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio;
- la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo, l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio;
- promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, per la promozione dell'allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce;
- educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti,

- di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici;
- prevenire la patologia andrologica e ginecologica nell'età evolutiva;
  - controllare e diminuire il sovrappeso e l'obesità nelle giovani generazioni tramite interventi che devono riguardare la casa, la famiglia, la scuola e la città e infine i mass media e gli organismi di controllo che devono diffondere la cultura dei cibi salutari e combattere la pubblicità alimentare ingannevole;
  - riorganizzare i Servizi di emergenza-urgenza pediatrica;
  - ridurre i ricoveri inappropriati in età pediatrica;
  - migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative congenite;
  - definire appropriati percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi per le patologie congenite, ereditarie e le malattie rare, mediante una migliore organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali;
  - migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra Centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, la scuola, le associazioni dei malati e il privato no profit;
  - valutare con attenzione e contrastare il fenomeno del doping che sembra interessare sempre di più anche i giovanissimi che praticano lo sport a livello dilettantistico e amatoriale, coinvolgendo le famiglie, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni sportive e le strutture del SSN.

**Salute nelle prime fasi di vita e grandi patologie**

## **5. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie**

### **A) I tumori**

Le azioni da completare nel campo della prevenzione dei tumori sono:

- interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione e comunicazione sulla validità della diagnosi precoce, integrando nelle attività dei medici di medicina generale attività utili alla riduzione di alcuni tumori (ad es. melanomi);
- attivare programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale (ad es. incentivazione del trasporto su rotaia o del mezzo pubblico nelle aree ad alta densità di traffico).

### **B) Le malattie cardiovascolari**

Anche nel campo delle malattie cardiovascolari l'intervento del SSN deve essere in primo luogo rivolto alla prevenzione. Per questo lo Stato e le Regio-

ni hanno concordato di attivare nell'ambito del programma del Piano Nazionale di prevenzione, il **Programma di prevenzione cardiovascolare** che prevede quattro distinte iniziative:

- la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti;
- la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo mellito, attuando tecniche di gestione integrata della malattia;
- la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.

Vanno, inoltre, promosse azioni di informazione e comunicazione sull'importanza dell'adozione di stili di vita sani, di una corretta alimentazione, della riduzione della pressione arteriosa, dell'abolizione del fumo, del controllo della glicemia, dei lipidi e del peso corporeo.

### **C) Il diabete**

Per incrementare l'adesione del paziente ai protocolli diagnostici terapeutici relativi a tale patologia lo Stato e le Regioni hanno concordato sull'attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione che prevede tra l'altro l'iscrizione dei pazienti diabetici in appositi registri e l'integrazione in rete delle strutture territoriali deputate alla prevenzione e alla gestione del paziente diabetico.

### **D) Le malattie respiratorie**

Le azioni da compiere nel campo della prevenzione delle malattie respiratorie sono:

- attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale;
- interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei medici di medicina generale;
- prevenzione e trattamento della disabilità.

## **6. La non autosufficienza: anziani e disabili**

La non autosufficienza è una grande problematica assistenziale a cavallo tra i servizi sanitari e socio-sanitari. È pertanto, fondamentale attuare sistematici interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, tramite interventi in grado di affrontare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza. Altrettanto basilare è il rafforzamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali. Occorre, in tal senso, agire essenzialmente sull'implementazione dell'integrazione funzionale tra le varie componenti sanitarie ospedaliere e

territoriali e tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali che recepiscono le indicazioni dei Piani di zona, e che costituiscono la base degli accordi di programma tra i Comuni e le ASL, e il Piano delle attività territoriali, articolazione dell'accordo di programma etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.

### **A) Gli anziani**

Il Piano sanitario nazionale vigente prevede in proposito i seguenti obiettivi:

#### **Anziani e disabili**

- riorganizzare la rete dei servizi sanitari, potenziando l'assistenza territoriale e l'integrazione con il sociale, avvalendosi anche del privato, disponibile a progettare e a realizzare vere reti assistenziali con supporti tecnologici e pacchetti di servizi;
- garantire il livello di assistenza agli anziani non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, ancorando la definizione del livello all'individuazione di standard di prestazioni, di processo e di esito, anche ai fini di una valutazione della sua effettiva erogazione;
- promuovere la ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento ed in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, comorbidità, menomazioni e disabilità geriatriche, promuovendo inoltre il coordinamento delle ricerche gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i paesi europei;
- procedere alla realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio della non autosufficienza.

### **B) I disabili**

L'impegno del Servizio sanitario nazionale in primo luogo è volto a garantire che l'intervento riabilitativo sia precoce per ridurre gli esiti invalidanti degli eventi lesivi, facilitando il recupero di competenze funzionali e/o lo sviluppo di competenze sostitutive.

Dalla dimissione dell'ospedale il paziente entra nella dimensione riabilitativa territoriale: per garantire la continuità delle cure, soprattutto nel delicato passaggio dall'ospedale al territorio e dalle strutture territoriali al domicilio, è necessario promuovere e potenziare il coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari che entrano a far parte della rete di riabilitazione in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, l'unitarietà degli interventi, il facile passaggio da un nodo all'altro della rete.

Occorre, inoltre, provvedere ad un aggiornamento del nomenclatore dei presidi protesici ed ortesici, al fine di adeguare la lista dei dispositivi erogabili e meglio ricollegare l'assistenza protesica alla più generale assistenza riabilitativa.

Il programma individualizzato di riabilitazione deve prevedere, inoltre, interventi finalizzati alla formazione professionale e al reinserimento o inserimen-

to scolastico. Vanno, pertanto, promossi incontri congiunti tra gli operatori sociosanitari e scolastici per definire percorsi di integrazione e di orientamento scolastico e con i centri di formazione professionale per l'inserimento nel mondo del lavoro. L'esercizio del diritto all'istruzione e al lavoro costruisce, infatti, il primo passo verso quella piena integrazione sociale, che insieme al raggiungimento e al mantenimento della massima autonomia costituisce l'obiettivo a cui tutti gli interventi di riabilitazione sono finalizzati.

A questo proposito, in favore dei disabili gravi, in sinergia con i servizi sociali, è opportuno promuovere la realizzazione delle condizioni che permettano una vita quanto più indipendente, che non deve essere necessariamente legata al venir meno del supporto familiare (il cosiddetto «dopo di noi»), ma può essere preparata con la partecipazione propositiva della famiglia. È possibile ipotizzare soluzioni abitative in residenze di piccole dimensioni che, pur promuovendo l'autonomia, mantengano il paziente in un contesto relazionale favorevole.

Con **D.M. 6 luglio 2010, n. 167**, il Ministero del lavoro ha dettato la disciplina dell'**Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità**, l'organismo nazionale previsto già dalla L. 18/2009 che ha ratificato la convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità.

L'Osservatorio si compone di 40 membri e dura in carica 3 anni, per svolgere i seguenti compiti:

- promozione dell'attuazione della convenzione Onu;
- predisposizione di un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità;
- promozione della raccolta di dati statistici che illustrino la condizione delle persone con disabilità;
- promozione della realizzazione di studi e ricerche che possano contribuire a individuare aree prioritarie verso le quali indirizzare azioni e interventi mirati alla tutela dei diritti delle persone con disabilità.

## 7. La tutela della salute mentale

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- implementare la qualità dei centri di salute mentale (CSM) e la loro capacità di rispondere alla domanda di trattamento per i differenti disturbi mentali, contrastando la stigmatizzazione e riducendo le liste di attesa, razionalizzando le modalità di presa in carico, creando percorsi differenziati per tipologie pazienti, adottando linee guida e procedure di consenso, basati su prove di efficacia;
- migliorare l'adesione alle cure e la capacità di presa in carico dei pazienti «non collaboranti»;
- attivare programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche;
- migliorare le capacità di risposta alle richieste di cura per i disturbi dell'umore (con particolare riferimento alla depressione in tutte le fasce di età) e i

- disturbi del comportamento alimentare (con particolare riferimento alla anoressia);
- accreditare le strutture residenziali, connotandone la valenza terapeutico-socio-riabilitativa;
  - implementare i protocolli di collaborazione fra servizi per adulti e servizi per l'età evolutiva, per garantire la continuità terapeutica nel trattamento dei disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza;
  - attivare e implementare interventi nelle carceri in favore dei detenuti con disturbi mentali; garantire assistenza e reinserimento sociale ai pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), con particolare riferimento ai dimessi;
  - implementare i programmi di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle patologie mentali;
  - realizzare il Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

**Tutela della salute  
mentale**

## **8. Le dipendenze connesse a particolari stili di vita**

Questa linea di azione è finalizzata a contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute.

In particolare si fa riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti.

### **A) Il fumo**

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore);
- favorire la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei medici di medicina generale (MMG), i Centri Antifumo già operanti, l'attivazione presso le ASL o le Aziende ospedaliere di funzioni dedicate;
- favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore;
- proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

### **B) L'abuso di alcool**

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- l'adozione di politiche e azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere, al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio con-

nesse ai diversi comportamenti, trasmettendo in proposito univoci e adeguati orientamenti;

- accrescere la disponibilità e l'accessibilità di efficaci trattamenti, nei servizi pubblici o accreditati, per i soggetti con consumi dannosi e per gli alcol-dipendenti conclamati, nonché sorvegliare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

### **C) Le tossicodipendenze**

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- accrescere le conoscenze professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza (nuove strategie terapeutiche e protocolli terapeutici condivisi), con particolare riferimento a nuovi consumi e comorbidità psichiatrica;
- attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali a fini epidemiologici e programmatici.

## **9. Il sostegno alle famiglie**

Il Piano sanitario nazionale vigente prevede che sia necessario attuare politiche intersettoriali di sostegno alla famiglia che in primo luogo riconoscano il ruolo attivo della famiglia stessa nell'analisi del bisogno, nella formulazione di proposte, nella valutazione partecipata dei servizi ad essa rivolti, riconoscendo e sostenendo il ruolo dell'associazionismo delle famiglie nelle sedi e nelle occasioni decisionali (ad es. Piano di Zona) in cui vengono definiti programmi e progetti in favore delle famiglie.

Per quanto attiene agli interventi più specificatamente socio-sanitari occorre che il Servizio sanitario nazionale si faccia promotore, in primo luogo, di una cultura negli operatori sanitari e socio sanitari che valorizzi la famiglia e le associazioni di famiglie come partner dei servizi e di conseguenza consideri al momento della presa in carico del singolo paziente, il suo contesto familiare, la rete informale di solidarietà. I gruppi di volontariato, di auto-aiuto, di buon vicinato possono svolgere, infatti, un ruolo di primo piano nella gestione di bisogni complessi e il contesto familiare è una delle risorse principali dell'individuo che va adeguatamente promossa e supportata. Anche per questo scopo va prevista l'offerta di servizi di temporaneo sollievo come le residenze assistenziali sanitarie (RSA) e i centri diurni per la gestione per periodi limitati di pazienti disabili, cronici ed anziani.

In favore di famiglie in situazione di povertà il Servizio sanitario nazionale, in collaborazione con le altre istituzioni competenti, deve partecipare alla costruzione di reti integrate formate da: servizi comunali, servizi delle ASL, Centri

per l'Impiego, terzo settore, altri soggetti, per l'analisi del bisogno e la gestione multiprofessionale degli interventi, in particolare, per la sperimentazione e la realizzazione di progetti integrati sociosanitari per le famiglie povere con problemi di salute mentale, disabilità e tossicodipendenza.

## 10. Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali

Uno dei problemi più rilevanti che l'attuazione di un sistema universalistico si trova oggi dinanzi è la variabilità della popolazione di riferimento a seguito dei processi di mobilità intra ed extraeuropea che si vanno consolidando negli anni.

**Tutela della salute degli immigrati**

Occorre, pertanto, in tale ambito:

- potenziare le attività di prevenzione per gli adolescenti e i giovani adulti stranieri attraverso un approccio trans-culturale e multidisciplinare;
- promuovere studi di incidenza e prevalenza dell'infezione da HIV e delle più frequenti MST in gruppi dell'intera popolazione «target»; sperimentare sistemi di monitoraggio in grado di valutare l'andamento delle infezioni, il grado di conoscenza specifica della popolazione target;
- valutare e promuovere capacità professionali degli operatori sanitari che operano nelle aree geografiche a più alto afflusso di immigrati, prendere atto dei nodi critici che, all'interno del SSN, possono causare un ridotto accesso degli immigrati ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV/AIDS e di altre MST.

Per quanto attiene alla copertura vaccinale sono stati raggiunti importanti obiettivi nelle popolazioni immigrate ed a quelle maggior rischio di esclusione sociale. Per quanto attiene al settore materno infantile occorre contrastare l'alto numero di interruzioni volontarie di gravidanza che si registrano nelle donne immigrate ed in tal senso si rendono necessari interventi finalizzati alla promozione della genitorialità responsabile, attraverso la informazione e formazione alle scelte procreative. Vanno, inoltre, attivati interventi per impedire le mutilazioni genitali femminili (**L. 9 gennaio 2006, n. 7** «Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile») e affinché gli operatori siano preparati al trattamento delle possibili complicanze di natura fisica e psicologica connesse con le stesse.

## 11. Il controllo delle malattie diffuse

Vengono riconfermati gli obiettivi di salute previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007; inoltre, la promozione delle pratiche vaccinali è una delle tematiche affrontate dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Ulteriori obiettivi, da perseguire nel triennio sono:

- la valutazione epidemiologica dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia, cui offrire prioritariamente le vaccinazioni;
- la rilevazione tempestiva dei casi di infezioni emergenti, riemergenti e da importazione;
- la sorveglianza ed il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- la partecipazione ai sistemi di sorveglianza internazionali per la rilevazione di eventi epidemici a rischio di diffusione nel nostro Paese;
- il miglioramento della diagnostica eziologica;
- il monitoraggio della efficacia dei nuovi vaccini.

## 12. La sicurezza alimentare e la nutrizione

Negli anni si sono susseguite sempre più numerose evidenze scientifiche sulla responsabilità di diete non corrette nell'incremento cospicuo dell'incidenza delle malattie croniche registrato in questi decenni, e sulla efficacia della riduzione dei fattori di rischi nel prevenire patologie legate all'alimentazione anche in età anziana o nel diminuire la possibilità di recidive, in particolare delle malattie cardiovascolari.

Si ricordano, in particolare:

- l'importanza fondamentale dell'uso di acido folico in gravidanza per la prevenzione di patologie congenite del tubo neurale ed il successivo allattamento seno;
- il consumo di frutta, verdura, proteine vegetali ed alimenti a base di amidi preferibilmente non manipolati, grassi vegetali, ed il controllo del consumo totale e del peso corporeo, per la prevenzione delle patologie neoplastiche e cardiovascolari;
- l'importanza della dieta nella prevenzione di alcune patologie (come nel caso del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica) o nella limitazione dei danni alla salute (come nel caso della protezione dei soggetti malati di celiachia).

Considerato che il Piano sanitario nazionale vigente indica, tra gli obiettivi prioritari di salute del Servizio sanitario nazionale, la sicurezza alimentare e la nutrizione e che per il perseguimento di detti obiettivi di protezione della salute e di rafforzamento della capacità di scelta del cittadino può essere utile un maggior coinvolgimento delle Associazioni dei consumatori e dei produttori, con **D.M. 18-9-2009** è stata istituita, presso il Segretariato nazionale della valutazione del rischio della catena alimentare, la **Consulta delle Associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare**.

Essa si connota come il momento di condivisione e di confronto con il mondo produttivo e con la società civile intorno ai temi della sicurezza alimentare e nutrizionale, favorendo lo scambio di informazioni tra le Associazioni dei consumatori e dei produttori, al fine di facilitare le capa-

cita' di scelta del cittadino per un consumo consapevole e una dieta corretta, nonché fornendo elementi di valutazione utili alla presa di decisioni da parte del Comitato strategico di indirizzo e contribuendo alle iniziative di comunicazione disposte dagli organi competenti.

### **13. La sanità veterinaria**

Azioni fondamentali sono:

- lo sviluppo di siti WEB di informazione e notifica e di un sistema informativo per le malattie degli animali, che consenta la redazione di report nazionali periodici sulla situazione in Italia;
- la razionalizzazione delle attività di monitoraggio, controllo ed eradicazione sia per gli animali da affezione che per gli animali da reddito.

**Sanità veterinaria  
e tutela della salute  
nei luoghi di lavoro**

### **14. La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Obiettivi da raggiungere sono:

- migliorare l'efficacia degli strumenti di integrazione tra pubbliche amministrazioni a partire dagli strumenti previsti dalle attuali normative;
- riordinare, coordinare e semplificare le norme vigenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro e definire un sistema di criteri per la verifica del raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza nel settore della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- consolidare il processo in corso, nell'ambito delle intese tra i principali soggetti istituzionali, di costruzione di un adeguato Sistema informativo integrato.

Relativamente alle malattie professionali, occorre:

- privilegiare l'attuazione di piani di prevenzione nazionali e regionali relativi ai rischi più gravi per la salute individuati e sviluppare azioni coordinate interistituzionali per la riduzione del lavoro irregolare, fattore di amplificazione importante del rischio infortunistico;
- elaborare linee-guida di settore secondo criteri basati sull'evidenza scientifica e definire un sistema di raccolta delle buone prassi nel settore;
- sviluppare azioni per la promozione della responsabilità sociale delle imprese e per favorire l'integrazione della salute e sicurezza del lavoro nei processi di gestione aziendale;
- sviluppare azioni coordinate per la formazione delle figure della prevenzione, dei datori di lavoro e dei lavoratori;
- sviluppare un sistema di comunicazione efficace riguardo ai problemi individuati ed alle soluzioni adottate nell'ambito della tutela e promozione

della salute nei luoghi di lavoro così come per la promozione di stili di vita sani negli ambienti di lavoro nei riguardi di fumo, alcol e droghe quali possibili cofattori nella genesi degli infortuni;

- migliorare le condizioni di organizzazione e prestazione del lavoro anche tramite il potenziamento delle consapevolezze e delle capacità/possibilità dei lavoratori di operare attivamente per evitare rischi per la sicurezza (con sviluppo e consolidamento delle iniziative di tipo informativo e formativo tese alla sempre maggiore diffusione della «cultura della sicurezza»).

## 15. Ambiente e salute

### A) Inquinamento atmosferico e qualità dell'aria

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- garantire il miglioramento della qualità dell'aria nei centri urbani, come fattore determinante per la prevenzione attiva di patologie cardio-respiratorie, allergiche, asma, tumori, mettendo in atto tutte le misure disponibili nel settore dei trasporti, dell'industria e dell'energia, per far rispettare gli obiettivi di qualità fissati nelle direttive dell'Unione europea recepite dalle norme nazionali vigenti; le misure devono riguardare tra le altre cose, i trasporti sostenibili;
- garantire il miglioramento della qualità dell'aria in prossimità di scuole e di luoghi pubblici frequentati da bambini limitando la circolazione di mezzi pesanti e alimentati a diesel, la realizzazione di distributori di carburanti, grandi garage e altre fonti di inquinamento ambientali;
- garantire la riduzione dei costi sociosanitari ed economici legati all'inquinamento dell'aria;
- garantire per tutti i cittadini un facile accesso a informazioni chiare e comprensibili riguardo l'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute per poter fare delle scelte sui propri comportamenti;
- promuovere un coordinamento adeguato tra i gestori delle informazioni sulle concentrazioni degli inquinanti ambientali, chi si occupa di salute pubblica, chi si occupa di ricerca epidemiologica e tossicologica, chi deve prendere decisioni a livello nazionale e locale.

### B) Eventi climatici estremi

Per contrastare gli effetti sanitari degli eventi climatici estremi, occorre sviluppare opportuni sistemi di sorveglianza epidemiologica, in grado di evidenziare tempestivamente l'andamento della mortalità giornaliera e della morbosità, promuovere la creazione di una rete organizzativa e di un protocollo operativo per fronteggiare l'emergenza e soprattutto di un sistema di allarme-allerta collegato con la protezione civile.

Occorre, inoltre:

- realizzare modelli in grado di stimare l'impatto complessivo (effetti diretti e indiretti) dei cambiamenti previsti per il prossimo futuro, tenuto conto della realtà economico-sociale; sviluppare l'informazione sui rischi sulla salute di eventi climatici estremi o inusuali;
- valorizzare gli interventi integrati e sviluppare misure di prevenzione orientate a diffondere le conoscenze sulla situazione delle persone fragili (anziani) in condizioni di maggiore rischio.

### **C) Sostanze chimiche**

**Ambiente e salute**

Al fine di proteggere la salute umana, in modo particolare quella dei bambini, e l'ambiente dalle emissioni di sostanze chimiche pericolose in tutte le matrici ambientali occorre:

- disciplinare l'uso di pesticidi, sostanze chimiche industriali, metalli pesanti adeguando gli strumenti legislativi sulla base di nuove acquisizioni scientifiche, tenendo conto della particolare vulnerabilità dell'organismo umano in fase di sviluppo, servendosi per le future revisioni, anche degli strumenti legislativi comunitari (come la direttiva sulle acque destinate al consumo umano e la direttiva quadro sulle acque). Occorre identificare prontamente ed eliminare o ridurre (anche in via precauzionale), le cause per le quali è dimostrato e/o si può ragionevolmente supporre l'effetto di alterazioni dell'organismo umano, specialmente se in fase di sviluppo, a partire dal prodotto del concepimento;
- sviluppare il monitoraggio delle sostanze chimiche responsabili di impatto sulla salute dei bambini e degli adulti in età fertile, promuovendo lo sviluppo tecnologico e scientifico per l'individuazione di nuove sostanze meno pericolose;
- responsabilizzare i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori sullo sviluppo delle conoscenze di tutte le sostanze chimiche (dovere di diligenza) e sulla valutazione dei rischi inerenti al loro impiego, anche in relazione ai prodotti, nonché al recupero ed allo smaltimento;
- sviluppare un nuovo sistema di valutazione e gestione del rischio delle sostanze chimiche nuove ed esistenti, che tenga conto anche delle peculiarità del sistema riproduttivo e dell'organismo umano in fase di sviluppo;
- completare l'attuazione e il recepimento del quadro normativo comunitario, in particolare della direttiva 91/414, attuata con D.Lgs. 194/1995, relativa all'immissione in commercio dei prodotti fitosanitari per migliorare il meccanismo generale di autorizzazione, prevedendo in particolare la valutazione comparata;
- promuovere progetti per la sensibilizzazione e informazione degli utilizzatori dei pesticidi e per l'adozione di tecniche agricole ad impiego basso o nullo di anticrittogamici;

- implementare gli interventi volti a garantire che i prodotti destinati all'infanzia ed i giocattoli non contengano prodotti tossici e non rappresentino un pericolo per la salute dei bambini.

#### **D) Radiazioni**

In questo campo occorre implementare le politiche per lo sviluppo di iniziative volte ad ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti (radon) e non ionizzanti (inclusa la radiazione ultravioletta di origine solare e artificiale) e accrescere la consapevolezza su come prevenire tali rischi, proteggendo in particolare la popolazione, in via precauzionale, dagli eventuali effetti a lungo termine generati dall'esposizione cronica alle sempre più numerose sorgenti di radiazioni non ionizzanti sul territorio nazionale (campi elettromagnetici generati da elettrodotti e impianti di telecomunicazioni), tenendo comunque conto che, allo stato attuale delle conoscenze, non vi sono dati univoci e certi su tali effetti, rivolgendo un'attenzione particolare alla salute dei bambini e degli adolescenti.

#### **E) Acque di balneazione**

Obiettivi da raggiungere sono:

- promuovere una gestione integrata della qualità delle acque, tale da permettere azioni volte a prevenire l'esposizione dei bagnanti a rischi sanitari inaccettabili, non solo attraverso il monitoraggio, ma soprattutto attraverso misure di gestione che includano: il riconoscimento, la valutazione e la riduzione o eliminazione delle possibili cause della contaminazione, la previsione dell'inquinamento e quindi del rischio sanitario associato alla balneazione;
- dare un'informazione più completa e aggiornata in tempo reale alla popolazione sulle condizioni delle spiagge, sulle pratiche di gestione e sulla qualità delle acque di balneazione, potenziando e sviluppando i processi di partecipazione dei cittadini.

#### **F) Risorse idriche**

L'obiettivo da realizzare è garantire che il tasso di estrazione delle risorse idriche risulti sostenibile su lungo periodo e sia garantita la disponibilità e la protezione della qualità dell'acqua per consumo umano assicurando adeguate misure per migliorare l'accesso, la sicurezza e la potabilità dell'acqua, coerentemente agli obiettivi contenuti nel documento *Millennium Development* attraverso l'implementazione delle politiche per lo sviluppo di iniziative volte a perseguire l'obiettivo dell'Unione europea, che mira a garantire standard di sicurezza elevati per l'acqua potabile e ridurre gli effetti ambientali negativi di alcune pratiche agricole ed industriali e il totale e adeguato recepimento del

D.Lgs. 11 maggio 1999, n. 152 e della Direttiva Quadro 2000/60/CE in materia di acque.

### G) Inquinamento acustico

L'obiettivo da realizzare è la prevenzione o la riduzione degli effetti nocivi dell'inquinamento acustico sull'organo dell'udito e sull'intero organismo, garantendo l'individuazione ed il controllo, se non la rimozione di questo fattore di rischio negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo il rispetto dei limiti di emissione imposti dalla normativa vigente ed implementando le iniziative per ridurre l'esposizione all'inquinamento acustico, in linea con la normativa comunitaria.

**Ambiente e salute**

### H) Rifiuti

In linea con gli obiettivi del VI programma ambientale (anni 2001–2010) «Ambiente 2010» dell'Unione europea, i provvedimenti normativi vigenti, di recepimento di direttive europee (dir. CE 1999/31, 2000/53, 2000/59 e 2000/76) nell'ambito dell'area gestione dei rifiuti prevedono l'obiettivo di una sensibile riduzione complessiva della quantità di rifiuti prodotti e, per quelli che ancora sono prodotti, di raggiungere una situazione in cui:

- i rifiuti non siano più pericolosi o che perlomeno presentino rischi molto limitati per l'ambiente e per la salute umana;
- la maggior parte dei rifiuti venga reimmessa nel ciclo economico, soprattutto attraverso il riciclaggio, o restituita all'ambiente in forma utile o perlomeno non nociva;
- le quantità di rifiuti destinate allo smaltimento finale siano ridotte al minimo assoluto e siano distrutte o smaltite in maniera sicura e trattati in siti più vicini al luogo di produzione.

## 16. I Piani sanitari regionali

Entro 150 giorni dall'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni devono adottare il proprio Piano regionale, la cui predisposizione è di competenza della Giunta regionale.

Il Piano sanitario regionale, il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, ha la finalità di definire — per l'ambito di azione regionale — **gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale** (coincidente con il triennio del Piano sanitario nazionale), nonché le conseguenti linee di azione da perseguire.

Un importante ruolo partecipativo è svolto dalle autonomie locali, dalle formazioni sociali private senza scopo di lucro, impegnate nella assistenza sociale e sanitaria, dalle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati ed, infine, dalle strutture accreditate dal SSN.

Tale collaborazione è garantita anche dalla sottoposizione del progetto del Piano sanitario regionale alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale la cui istituzione con leggi regionali, è prevista dal D.Lgs. 229/1999 (artt. 2, *2bis*, *2ter*). Fanno parte della conferenza in questione, per ciascun azienda USL, alcuni rappresentanti delle autonomie locali, quali: il Sindaco o il presidente della Conferenza dei Sindaci o il presidente della Circostrizione, a seconda delle dimensioni dell'azienda stessa.

Nelle ipotesi in cui il Piano sanitario non venga adottato dalla Regione, si applicano le disposizioni contenute nel Piano sanitario nazionale (tale applicazione è assicurata da un intervento sostitutivo del Governo). La Regione che sia rimasta inadempiente entro un anno dall'entrata in vigore del PSN deve provvedere entro un termine stabilito dal Ministro della salute, non inferiore a tre mesi. Decorso tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta dello stesso Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, adotta i provvedimenti necessari a dare attuazione al PSN nella Regione, se del caso anche mediante la nomina di un commissario *ad acta*.

## 17. I Piani attuativi locali

Il D.Lgs. 229/1999 (artt. 2, comma 1 e 2quiquies) stabilisce che spetta alla legislazione regionale disciplinare il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo l'*iter* procedurale di adozione del Piano attuativo locale, nonché le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati.

Rilevante è, pertanto, il **Programma delle attività territoriali** (art. 3quater, comma 3), documento con il quale viene organizzata la localizzazione ed il funzionamento dei servizi, per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli.

In caso di mancata attuazione del piano attuativo locale, il Sindaco, o la Conferenza dei Sindaci possono chiedere alla Regione la revoca o la non conferma del direttore generale.

Dunque, un ruolo fondamentale è svolto dal direttore generale dell'azienda USL e dal Sindaco (o dalla Conferenza dei Sindaci o dalla Conferenza dei Presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento). È il Sindaco che, per garantire il soddisfacimento delle esigenze sanitarie della popolazione, nell'ambito della programmazione regionale, provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; ne verifica l'andamento generale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore generale ed alla Regione.

Sempre alle Regioni, inoltre, è affidato il compito di costituire appositi organismi che elaborino, per le aree metropolitane, il **Piano attuativo metropolitano**. Nelle ipotesi in cui la Regione non provveda a questi adempimenti e non istituisca, con apposita legge, la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale, il Ministro della salute, sentita la Regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un termine per provvedere. Qualora, decorso tale termine, la Regione sia ancora inadempiente, il Ministro propone al Consiglio dei Ministri di attuare un intervento sostitutivo, anche attraverso la nomina di un commissario *ad acta*. In considerazione dell'importanza attribuita alla attività di programmazione svolta a livello loca-

le dalle Regioni, l'intervento del Governo non impedisce alle stesse di esercitare le funzioni loro attribuite fino a quando gli organi regionali non abbiano provveduto in materia.

## **18. Il programma nazionale per le linee guida**

Si tratta di uno strumento programmatico che fa parte del Piano sanitario nazionale e nasce sotto la responsabilità dell'Agazia per i servizi sanitari regionali e dell'Istituto superiore di sanità. Si pone come obiettivo la stesura di linee guida che permettano al medico di avere a disposizione le migliori conoscenze scientifiche esistenti, in base alle quali fare una diagnosi o programmare un intervento in conformità ai principi dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sulla salute.

**Programma nazionale  
per le linee guida**

Per linea guida si intende una raccomandazione che i medici utilizzano come punto di riferimento nelle loro decisioni. La correttezza e il rigore scientifico del loro contenuto sono assicurati dal fatto che le linee guida vengono elaborate a partire dalle informazioni disponibili nella letteratura medica. Sono quindi utili anche dal punto di vista educativo e formativo.

Dal punto di vista del cittadino, le linee guida hanno molte ambizioni. Prima fra tutte, quella di fornire un quadro obiettivo delle possibilità di diagnosi e di terapia, contribuendo a sfatare il mito della medicina onnipotente e a ridimensionare le aspettative dei malati. Inoltre, la disponibilità di versioni per il pubblico da al paziente i mezzi per valutare la proposta dello specialista, diminuendo il rischio di esporsi a interventi inutili e aumentando la libertà di scegliere, in base alle proprie esigenze personali, come procedere nella ricerca del miglior stato di salute possibile.