



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12-07-2004 (punto N. 39)

Delibera

N .682

del 12-07-2004

Proponente

ENRICO ROSSI

ANGELO PASSALEVA

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale

Dirigente Responsabile: Aldo Ancona

Estensore: Michele Lanzi

Oggetto:

Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI

Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI

PAOLO BENESPERI

SUSANNA CENNI

RICCARDO CONTI

TOMMASO FRANCI

MARCO MONTEMAGNI

ANGELO PASSALEVA

ENRICO ROSSI

MARIA CONCETTA ZOPPI

Assenti:

CHIARA BONI

AMBROGIO BRENNIA

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	Denominazione
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

- Visti il Piano Sanitario Regionale 2002/2004 ed il Piano Integrato Sociale Regionale 2002/2004, approvati rispettivamente con deliberazioni C.R.T. n.60 del 9 Aprile 2002 e n.122 del 24 luglio 2002
- Considerato che il PSR al punto 2.1 pone, tra le scelte strategiche “ Gli Obiettivi di salute” prevedendo espressamente che:
 - questi si realizzano primariamente a livello delle comunità locali;
 - che i soggetti, che, prioritariamente se ne fanno carico, sono le autorità locali insieme con le articolazioni zonali delle aziende sanitarie e con le componenti della società civile;
 - che al fine del loro perseguimento si possono sperimentare nuovi modelli gestionali, come definito al paragrafo 2.2.(tra i quali ,la sperimentazione delle Società della Salute);
- Considerato altresì che lo strumento essenziale di intervento è individuato nel Piano integrato di salute, di cui al paragrafo 3.1.2.“ (coerente con il Programma delle attività territoriali, previsto dall’articolo 3 quater del d.lgs n. 229/99);
- Ricordato che il PSR 2002/2004 al punto 2.2 prevede che: ”La riforma della organizzazione sanitaria territoriale riguarda tutto il territorio regionale e promuove il passaggio culturale ed operativo da erogazione di assistenza territoriale a realizzazione di Piani integrati di salute”;
- Evidenziato che il PSR suddetto, nell’ambito della sperimentazione delle Società della salute, attribuisce un importante rilievo alla predisposizione del Piano Integrato di Salute (PIS), (punto 2.2.7.3) che diventa sostitutivo del Piano di zona-distretto e del Piano sociale di zona; ed è posto tra gli atti obbligatori di governo che devono essere prodotti dalle Società della salute;
- Rilevato che il PSR al punto 3.1.2. -I piani integrati di salute- individua e specifica i contenuti di massima e di metodo per la costituzione dei PIS precisando che: “La Giunta regionale elabora apposite linee guida di supporto alle aziende sanitarie ed alle amministrazioni locali al fine di catalizzare il processo di costruzione ed attuazione dei progetti, anche attraverso fasi sperimentali. Le linee guida devono orientare sugli aspetti tecnici, operativi e valutativi dei progetti, ed indicare i necessari riscontri negli strumenti integrati di programmazione a livello regionale e locale ”;
- Preso atto che mediante un apposito gruppo di lavoro tra i tecnici della Direzione del Diritto alla salute e quelli dell’Agenzia Regionale di Sanità sono state analizzate ed approfondite tutte le tematiche utili alla preparazione di indirizzi operativi per la predisposizione dei Piani integrati di salute;
- Visto l’allegato documento elaborato, sulla base del lavoro soprarichiamato, dalla Direzione Generale del Diritto alla Salute e dall’ARS, “Linee guida per la realizzazione dei piani integrati di salute”;
- Considerato che le linee guida dovranno orientare la formazione dei PIS sull’intero territorio regionale tenendo conto dei modelli organizzativi in atto o prescelti, per poter meglio aderire alle varie realtà territoriali, e che a tal fine il documento contiene al suo interno, oltre alla indicazioni generali sul PIS, quale strumento operativo e di programmazione per la generalità delle zone sociosanitarie, le indicazioni specifiche sia per le zone che non sperimentano le società della salute sia per quelle che sono

interessate alla sperimentazione, con indirizzi in ordine alle fasi di Costruzione del PIS - Attuazione del PIS – Valutazione dei risultati;

Acquisita l'intesa raggiunta al Tavolo di concertazione interistituzionale nella seduta del 21 giugno 2004;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

- di approvare le Linee guida per la realizzazione dei Piani integrati di salute, contenute nell'allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, in attuazione di quanto stabilito dalla Deliberazione C.R.T. n.60 del 9 Aprile 2002 (PSR 2002/2004) al punto 3.1.2.

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95, è pubblicato per intero, unitamente all'allegato, sul BURT, ai sensi dell'art. 3, comma 1, della L.R. 18/96 e successive modifiche ed integrazioni.

ML/sl

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
ALDO ANCONA

Il Direttore Generale
ALDO ANCONA

LINEE GUIDA PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI INTEGRATI DI SALUTE

Il Piano Integrato di Salute - Premessa

Il PIS è uno strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e della loro interconnessione con quelle relative ai settori, in primo luogo ambientali e territoriali, che abbiano comunque influenza sullo stato di salute della popolazione .

Il PIS in quanto strumento della nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale previsto dal PSR 2002/2004, trova applicazione sull'intero territorio della Regione Toscana e disegna un nuovo processo di programmazione della zona-distretto che per raggiungere una piena realizzazione dovrà necessariamente trovare una applicazione graduale. La sperimentazione delle Società della Salute consente di accelerare il processo nelle zone-distretto interessate alla stessa e valorizzare gli aspetti realizzativi e prescrittivi del nuovo strumento.

Le linee guida pertanto orientano la costruzione dei PIS in modo omogeneo per le parti strutturali e metodologiche, promuovendo processi di adeguamento ed adattamenti locali in base alle scelte organizzative delle zone e alla sperimentazione delle SdS.

L'atto di indirizzo si compone di due capitoli specifici, uno relativo alle zone socio-sanitarie che non sperimentano le Società della Salute (linee generali) e l'altro per le zone che sono interessate dalla sperimentazione.

Attraverso il PIS le comunità locali governano la salute collettiva e interagiscono col sistema dei servizi. Premessa fondamentale è l'interazione fra il complesso dei servizi sanitari e sociosanitari con quello proprio dei servizi socioassistenziali

Il PIS costituisce la modalità di operare della zona-distretto, inteso come ambito territoriale e livello politico e gestionale, nonché nel caso della Società della Salute, come livello integrato di governo dei servizi.

Il PIS , a regime, sostituisce il programma operativo di zona e il Piano sociale di zona.

Il PIS è lo spazio privilegiato della partecipazione, diretta o mediata, individuale e collettiva, dei cittadini, nel rispetto della titolarità e delle competenze delle istituzioni locali in ordine ai processi di programmazione territoriale.

In quanto strumento di programmazione a valenza intersettoriale, il PIS opera in coerenza con le linee programmatiche definite a livello regionale dal Piano regionale di sviluppo e dai piani di settore, nonché, a livello comunale in coerenza con gli atti di programmazione definiti dalle Amministrazioni comunali e partecipati alla Conferenza zonale dei Sindaci e ad altri eventuali livelli, da individuarsi con atti successivi.

La relazione tra il PIS e gli altri strumenti di programmazione settoriale è di natura interattiva, il PIS contiene i riferimenti di coerenza progettuale, logica e temporale, con l'azione di un Piano settoriale:

Il PIS interagisce, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e/o d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi relativi agli ambiti d'intervento di competenza dei comuni nei settori : ambiente, trasporti, formazione, sviluppo economico.

Il PIS prevede obiettivi di salute e benessere, ne determina standard quantitativi e qualitativi e attiva strumenti per valutarne il raggiungimento.

Il PIS si compone di azioni progettate (di programmi e progetti operativi) relative a problemi di rilievo sociale a pertinenza locale, con specifici e valutabili obiettivi di salute, attraverso le quali orientare l'operatività dei servizi e valorizzare le potenzialità del contesto sociale e istituzionale.

I PIS sono cofinanziati dai soggetti realizzatori; la misura della partecipazione al finanziamento è definita, attraverso la concertazione tra i soggetti istituzionali, in base agli obiettivi specifici, al tipo e settore d'intervento ed alle relative competenze, alle caratteristiche delle risorse necessarie.

Ogni progetto, costituente il PIS, contiene le indicazioni delle diverse quote di partecipazione economica con riferimento alle specifiche fonti del bilancio di provenienza delle quote stesse.

La realizzazione del PIS implica il compimento delle fasi di:

- costruzione del PIS, definizione delle azioni progettate (dei programmi e dei progetti operativi) che lo compongono;
- attuazione del PIS, attuazione degli interventi previsti dalle azioni progettate (dai progetti operativi);
- valutazione dei risultati.

L'avvio del processo di realizzazione del PIS è determinato da un atto deliberativo dell'articolazione zonale della C.d.S. che sancisce l'accordo in merito con la AUSL, nella sua articolazione zonale. Tale atto contiene anche una ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del PIS.

Il PIS, nella sua forma compiuta, dopo cioè che siano stati definiti in tutti i loro aspetti i progetti che lo compongono, viene approvato dall'articolazione zonale della C.d.S., che se ne assume la responsabilità politica e, per la parte di sua competenza, economica.

Copia del PIS approvato viene inviata alla C.d.S. di riferimento dell'Azienda USL. Questa ne valuta la corrispondenza con gli indirizzi presenti nel PAL vigente.

I risultati evidenziati costituiscono, insieme alle indicazioni operative e gli obiettivi di salute derivanti dai PIS delle diverse zone-distretto e dalle SdS, base di riferimento per la predisposizione del PAL successivo.

La realizzazione del PIS è compito dei comuni associati, per quanto riguarda gli atti politico-amministrativi, dei servizi sanitari e delle strutture tecniche dei comuni per quanto riguarda gli aspetti tecnico-gestionali.

La definizione dei progetti del PIS è compito delle strutture tecniche dell'Azienda ASL e delle strutture tecniche dei comuni coordinate secondo le modalità tecnico/organizzative individuate dalla C.d.S. .

Qualora la C.d.S. attribuisca detta funzione alla segreteria tecnica (Delibera CRT n.122/02), la stessa potrà essere variata nella sua composizione.

I report di valenza politico-istituzionale denominati "Relazione sugli esiti del PIS", inviati dalle articolazioni zonali della C.d.S. e dalle SdS alla CdS di riferimento sono utilizzati da quest'ultima come supporto per la valutazione della Relazione sanitaria aziendale.

Il PIS ha durata triennale ma può essere aggiornato annualmente.

1 Linee generali

1.1 Costruzione del PIS

La costruzione del PIS si sviluppa nelle fasi logico-temporali:

- individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità;
- scelta delle priorità;
- definizione delle azioni;
- stesura dei progetti.

La prima fase, individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità che caratterizzano il territorio e la popolazione della zona, ha una funzione generativa sulla validità delle sue conclusioni poggiano le possibilità d'efficacia dell'intero processo di realizzazione del PIS.

L'obiettivo di fase è la costruzione di una identità di welfare di zona riconosciuta dalla comunità.

Il prodotto di fase da raggiungere con le necessarie gradualità, è l'Immagine di Salute della zona: quadro sintetico e connotato dei problemi e delle opportunità che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio e della popolazione e che la comunità riconosce come pertinenti al proprio stato di salute.

L'Immagine di salute emerge dalla collaborazione realizzativa di soggetti tecnici e politici:

- strutture tecniche dell'Azienda ASL,
- strutture tecniche delle amministrazioni locali,
- amministratori locali,
- soggetti della partecipazione: forze sociali, volontariato sociale, gruppi di popolazione, singoli cittadini.

L'Immagine di Salute può nascere:

- dalla verifica della percezione diffusa di un problema,
- dalle verifiche delle opportunità del territorio, in termini di vantaggi di salute,
- dal confronto con gruppi di popolazione che esprimono un problema e/o proposte di gestione,
- dalla valutazione condivisa di evidenze epidemiologiche e dei risultati di specifiche indagini.

Propedeutica alla costruzione dell'Immagine di Salute è la realizzazione del Profilo di Salute di zona. Il Profilo di Salute raccoglie, dalle istituzioni competenti, e ordina i dati, demografici, sanitari, sociali, ambientali, disponibili relativi alla zona.

Il Profilo di Salute è un documento tecnico realizzato in modo integrato da esperti dedicati.

Il Profilo di Salute svolge le funzioni:

- di archivio integrato dei dati relativi ai fenomeni demografici, sociali, sanitari, ambientali, espressi mediante numeri assoluti, proporzioni, tassi;
- di occasione di integrazione delle attività informative;
- di supporto alla costruzione dell'Immagine di Salute, fornendo le evidenze epidemiologiche e dei risultati di specifiche indagini su cui basare le valutazioni condivise.

Poiché l'Immagine di Salute è una rappresentazione problematica connotata, che ipotizza o chiarisce i nessi tra i vantaggi ed i problemi e le loro cause, essa, in riferimento al grado di definizione di tali nessi, già indica la tipologia degli interventi necessari. In particolare l'Immagine di Salute può segnalare la necessità di attivare

ricerche locali partecipate con l'obiettivo di approfondire la conoscenza di un problema. Il quadro delle esigenze locali di ricerca è uno degli elementi dell'Immagine di Salute.

In generale ad ogni problema è associata una ipotesi di soluzione.

La scelta delle priorità ha l'obiettivo di definire una gerarchia tra le coppie problema-soluzione, vantaggi-sviluppo, espresse dall'Immagine di salute. La fase ha valenza tecnica e politica, ad essa partecipano sia soggetti tecnici sia politici, intendendo tra questi ultimi oltre ai soggetti istituzionali del governo locale anche i soggetti della partecipazione.

I criteri della selezione ordinativa possono essere:

- rilevanza sul territorio, gravità e frequenza del problema nella popolazione;
- risolvibilità tecnica del problema;
- possibilità di consolidamento e sviluppo delle cause che generano vantaggi;
- disponibilità sul territorio di competenze adeguate agli interventi;
- grado di condivisione degli obiettivi da parte dei soggetti che operano la selezione;
- fattibilità economica dell'intervento;
- misurabilità dei risultati attesi;
- dimensione temporale degli effetti previsti dell'intervento;
- effetti sistemici dell'intervento, conseguenze prevedibili su altri settori del sistema locale.

Le priorità individuate dovranno essere tradotte in obiettivi di salute.

La decisione relativa alle Azioni da programmare e attivare consegue all'ordinamento gerarchico dei problemi-soluzioni, tale decisione è compito dei soggetti politici.

Alcune soluzioni possono non competere alle amministrazioni locali, in questo caso si dovrà attivare una procedura di interlocuzione o concertazione col livello amministrativo competente.

Ogni azione presuppone la definizione di programmi articolati in progetti operativi.

La stesura dei programmi e dei progetti operativi è compito delle strutture tecniche delle amministrazioni comunali e dell'Azienda ASL, coordinate secondo le modalità tecnico/organizzative prescelte dalla Conferenza dei Sindaci (CdS).

I programmi, nell'ambito dei necessari equilibri di bilancio, sono orientati a coordinare l'insieme delle risorse disponibili per la realizzazione del PIS, secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute.

I progetti operativi sono orientati alla realizzazione degli interventi necessari a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento .

Ogni progetto operativo contiene:

- un responsabile tecnico per la sua stesura e realizzazione;
- obiettivi generali e obiettivi operativi;
- le risorse tecnologiche umane e finanziarie allocate e loro provenienza;
- le attività necessarie, la loro successione temporale i risultati attesi, i soggetti realizzatori;
- il tipo e la scansione temporale delle verifiche in itinere;
- soggetti responsabili di eventuali atti amministrativi necessari al superamento di fase;
- modalità operative degli interventi, organizzate in un piano di lavoro che identifichi le fasi logiche e temporali, delle attività;
- indicatori di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

1.2 Attuazione del PIS

La fase attuativa del PIS segue la sua approvazione da parte dell'articolazione zonale della C.d.S.

L'attuazione del PIS richiede che gli obiettivi di salute vengano articolati in programmi e progetti operativi e che tali attività vengano realizzate e gestite sulla base di patti territoriali tra le amministrazioni locali, l'articolazione zonale dell'AUSL e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del PIS.

Il patto può essere in un documento che è parte integrante del PIS e viene con esso approvato.

Trova efficacia amministrativa in un atto specifico, individuato dalla Conferenza dei Sindaci che impegna le strutture gestionali dei singoli soggetti firmatari del patto ad assumere i programmi ed i progetti previsti dal PIS ed i relativi oneri.

L'attuazione del PIS rappresenta l'occasione per esperire forme di integrazione operativa intersectoriale e fra strutture pubbliche e private.

La conclusione di fase prevede un report che, per ciascuna azione progettata, indichi:

- gli interventi realizzati, o il grado di realizzazione, e per quelli non realizzati i motivi;
- la valutazione del grado di integrazione della operatività;
- il consuntivo economico;
- i fattori che hanno ostacolato la realizzazione degli interventi;
- i fattori che hanno favorito la realizzazione degli interventi.

Le risorse economiche del PIS sono identificabili nei bilanci di riferimento degli enti competenti alla gestione delle attività e derivano da risorse proprie nonché risorse conferite agli enti dallo Stato, dalla Regione, da enti o organismi che partecipano alla realizzazione dei progetti, da quote di compartecipazione e da altre eventuali fonti.

1.3 Valutazione dei risultati

Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi di salute del PIS.

La valutazione dei risultati è competenza della Articolazione zonale della C.d.S. e trova fondamento sia sulla percezione che i soggetti istituzionali e della partecipazione hanno dei mutamenti intervenuti per effetto del PIS sia sui valori quantitativi assunti dagli indicatori appositamente progettati per la valutazione.

È importante che valutazione scientifica e percezione sociale dei risultati del PIS trovino una sintesi comune. Il raggiungimento di tale sintesi ha, da una parte, un significato metodologico e, dall'altra, aumenta le probabilità di rendere continuo il processo di costruzione partecipata dei PIS.

La valutazione risponde alle domande:

- cosa è cambiato in termini di salute nell'ambito territoriale della zona-distretto?;
- quali problemi, nonostante gli interventi messi in atto con il PIS, non sono stati risolti?;
- cosa è cambiato in termini di integrazione informativa e operativa nella zona?.

Le risposte a queste domande sono il risultato di un processo di interazione tra soggetti tecnici, politico-istituzionali e della partecipazione.

Tale processo si sviluppa attraverso momenti di:

- analisi tecnica dei risultati e delle modalità realizzative del PIS;
- informazione e comunicazione con la popolazione.

Le occasioni di comunicazione riguardano innanzitutto i soggetti della partecipazione che hanno contribuito alla costruzione del PIS.

Il processo di valutazione produce due documenti complementari:

- un report tecnico, che ha la funzione di migliorare, attraverso il confronto intersettoriale e interzonale, l'approccio tecnico alla programmazione integrata;
- un report di valenza politico-istituzionale, o "Relazione sugli esiti del PIS", approvato dall'articolazione zonale della C.d.S. e inviato alla C.d.S. di riferimento dell'Azienda USL.

2 Il PIS nelle Società della Salute (SdS)

Le linee generali di indirizzo trovano le seguenti specificazioni per orientare la costruzione del PIS nella sperimentazione delle Società della Salute.

Il PIS costituisce la modalità di espressione delle funzioni di governo della Società della Salute attraverso un modello integrato di programmazione per obiettivi di salute.

Il PIS costituisce una priorità nel calendario degli atti di governo della SdS.

Il PIS assume il programma operativo di zona, sostituendolo.

Il PIS sostituisce anche, per tutte le materie individuate dal punto 3.1 del PISR, il Piano Sociale di Zona.

Il PIS prevede obiettivi di salute e benessere, ne determina standard quantitativi e qualitativi e attiva strumenti per valutarne il raggiungimento.

Il PIS si compone di azioni progettate (di programmi e progetti operativi) relative a problemi di rilievo sociale e pertinenza locale, con specifici e valutabili obiettivi di salute, attraverso le quali orientare l'operatività dei servizi e valorizzare le potenzialità del contesto sociale e istituzionale

Il PIS interagisce, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e/o d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi relativi agli ambiti d'intervento di competenza dei comuni nei settori: ambiente, trasporti, formazione, sviluppo economico.

Il PIS ha durata triennale. Annualmente la Giunta della Società della Salute, a fronte di accertate esigenze, può integrare o modificare il Piano.

Nella fase di sperimentazione la Giunta della Società della Salute può deliberare l'avvio graduale del processo di realizzazione del PIS.

L'avvio del processo di realizzazione del PIS è determinato da un atto deliberativo della Giunta della SdS, contenente gli indirizzi per la predisposizione del PIS e una ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la sua realizzazione. Tale deliberazione attiva la fase di costruzione del PIS

Il PIS, definiti in tutti i loro aspetti i programmi e i progetti che lo compongono, viene redatto in un documento unitario dal Direttore della SdS e da questi inviato per l'approvazione alla Giunta della SdS.

La Giunta, sentiti il Comitato di Partecipazione e la Consulta del Terzo settore, approva il PIS e lo invia alla C.d.S. di riferimento dell'Azienda USL. In fase di prima attuazione, questa ne valuta la corrispondenza con gli indirizzi presenti nel PAL vigente.

I risultati evidenziati costituiscono, insieme alle indicazioni operative e gli obiettivi di salute derivanti dai PIS delle diverse zone-distretto e dalle SdS, base di riferimento per la predisposizione del PAL successivo.

L'approvazione del PIS da parte della Giunta della SdS attiva la fase di attuazione del PIS.

La realizzazione del PIS implica il compimento delle fasi di:

- costruzione del PIS, definizione dei progetti che lo compongono;
- attuazione del PIS, realizzazione degli interventi previsti dalle azioni progettate;
- valutazione dei risultati.

2.1. costruzione del PIS

La costruzione del PIS si sviluppa nelle fasi logico-temporali:

- individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità;
- scelta delle priorità;
- definizione delle azioni;
- stesura dei progetti.

La prima fase, individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità che caratterizzano il territorio e la popolazione della zona, ha una funzione generativa sulla validità delle sue conclusioni poggiano le possibilità d'efficacia dell'intero processo di realizzazione del PIS.

L'obiettivo di fase è la costruzione di una identità di welfare di zona riconosciuta dalla comunità.

Il prodotto di fase da raggiungere con le necessarie gradualità, è l'Immagine di Salute della zona: quadro sintetico e connotato dei problemi e delle opportunità che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio e della popolazione e che la comunità riconosce come pertinenti al proprio stato di salute.

L'Immagine di salute emerge dalla collaborazione realizzativa di soggetti tecnici e politici:

- strutture tecniche dell'Azienda ASL,
- strutture tecniche delle amministrazioni locali,
- amministratori locali,
- soggetti della partecipazione: forze sociali, volontariato sociale, gruppi di popolazione, singoli cittadini.

L'Immagine di Salute può nascere:

- dalla verifica della percezione diffusa di un problema,
- dalle verifiche delle opportunità del territorio, in termini di vantaggi di salute,
- dal confronto con gruppi di popolazione che esprimono un problema e/o proposte di gestione,
- dalla valutazione condivisa di evidenze epidemiologiche e dei risultati di specifiche indagini.

Propedeutica alla costruzione dell'Immagine di Salute è la realizzazione del Profilo di Salute di zona. Il Profilo di Salute raccoglie, dalle istituzioni competenti, e ordina i dati, demografici, sanitari, sociali, ambientali, disponibili relativi alla zona.

Il Profilo di Salute è un documento tecnico realizzato in modo integrato da esperti dedicati.

Il Profilo di Salute svolge le funzioni:

- di archivio integrato dei dati relativi ai fenomeni demografici, sociali, sanitari, ambientali, espressi mediante numeri assoluti, proporzioni, tassi;
- di occasione di integrazione delle attività informative;
- di supporto alla costruzione dell'Immagine di Salute, fornendo le evidenze epidemiologiche e dei risultati di specifiche indagini su cui basare le valutazioni condivise.

Poiché l'Immagine di Salute è una rappresentazione problematica connotata, che ipotizza o chiarisce i nessi tra i vantaggi ed i problemi e le loro cause, essa, in riferimento al grado di definizione di tali nessi, già indica la tipologia degli interventi necessari. In particolare l'Immagine di Salute può segnalare la necessità di attivare ricerche locali partecipate con l'obiettivo di approfondire la conoscenza di un problema. Il quadro delle esigenze locali di ricerca è uno degli elementi dell'Immagine di Salute.

In generale ad ogni problema è associata una ipotesi di soluzione.

La scelta delle priorità ha l'obiettivo di definire una gerarchia tra le coppie problema-soluzione, vantaggi-sviluppo, espresse dall'Immagine di salute. La fase ha valenza tecnica e politica, ad essa partecipano sia soggetti tecnici sia politici, intendendo tra questi ultimi oltre ai soggetti istituzionali del governo locale anche i soggetti della partecipazione.

I criteri della selezione ordinativa possono essere:

- rilevanza sul territorio, gravità e frequenza del problema nella popolazione;
- risolvibilità tecnica del problema;
- possibilità di consolidamento e sviluppo delle cause che generano vantaggi;
- disponibilità sul territorio di competenze adeguate agli interventi;
- grado di condivisione degli obiettivi da parte dei soggetti che operano la selezione;
- fattibilità economica dell'intervento;
- misurabilità dei risultati attesi;
- dimensione temporale degli effetti previsti dell'intervento;
- effetti sistemici dell'intervento, conseguenze prevedibili su altri settori del sistema locale.

Le priorità individuate dovranno essere tradotte in obiettivi di salute:

La decisione relativa alle Azioni da programmare e attivare consegue all'ordinamento gerarchico dei problemi-soluzioni, tale decisione è compito dei soggetti politici.

Ogni azione presuppone la definizione di programmi articolati in progetti operativi.

La stesura dei programmi e dei progetti operativi è compito delle strutture tecniche delle amministrazioni comunali e dell'Azienda ASL, coordinate secondo le modalità tecnico/organizzative prescelte dalla Giunta della SdS.

I programmi, nell'ambito dei necessari equilibri di bilancio, sono orientati a coordinare l'insieme delle risorse disponibili per la realizzazione del PIS, secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute.

I progetti operativi sono orientati alla realizzazione degli interventi necessari a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento .

Ogni progetto operativo contiene:

- un responsabile tecnico per la sua stesura e realizzazione;
- obiettivi generali e obiettivi operativi;
- le risorse tecnologiche umane e finanziarie allocate e loro provenienza;
- le attività necessarie, la loro successione temporale i risultati attesi, i soggetti realizzatori;
- il tipo e la scansione temporale delle verifiche in itinere;
- soggetti responsabili di eventuali atti amministrativi necessari al superamento di fase;
- modalità operative degli interventi, organizzate in un piano di lavoro che identifichi le fasi logiche e temporali, delle attività;
- indicatori di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

2.2 attuazione del PIS

La fase attuativa del PIS segue la sua approvazione da parte della Giunta della SdS. L'attuazione del PIS richiede che gli obiettivi di salute vengano articolati in programmi e progetti operativi e che tali attività vengano realizzate e gestite sulla base di patti territoriali tra, la SdS e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del PIS.

Il patto può essere in un documento che è parte integrante del PIS e viene con esso approvato.

Trova efficacia amministrativa in un atto specifico, individuato dalla Giunta della SdS che impegna le strutture gestionali dei singoli soggetti firmatari del patto ad assumere i programmi ed i progetti previsti dal PIS ed i relativi oneri.

L'attuazione del PIS rappresenta l'occasione per esperire forme di integrazione operativa intersettoriale e fra strutture pubbliche e private.

La conclusione di fase prevede un report che, per ciascuna azione progettata, indichi:

- gli interventi realizzati, o il grado di realizzazione, e per quelli non realizzati i motivi;
- la valutazione del grado di integrazione della operatività;
- il consuntivo economico;
- i fattori che hanno ostacolato la realizzazione degli interventi;
- i fattori che hanno favorito la realizzazione degli interventi.

Le risorse economiche del PIS sono identificabili nei bilanci di riferimento degli enti competenti alla gestione delle attività e sono composte da risorse proprie, nonché risorse conferite agli enti dallo Stato, dalla Regione, da enti o organismi che partecipano alla realizzazione dei progetti, da quote di compartecipazione e da altre eventuali fonti.

Le risorse di competenza degli enti associati derivano dalle quote capitarie storiche assegnate a livello zonale per i servizi sanitari e per le attività socio-assistenziali dei comuni, nonché dalle quote di compartecipazione.

Le risorse sono organizzate in forma associata per le competenze comunali, e con l'individuazione del budget di zona-distretto per le competenze sanitarie.

La determinazione delle risorse di provenienza sanitaria segue, con la necessaria gradualità, lo sviluppo del processo di riequilibrio tra la quota capitaria storicizzata e quella dei parametri di competenza, avendo comunque a riferimento l'equilibrio economico complessivo del sistema territoriale dei servizi.

L'insieme delle risorse individuate costituisce vincolo per ciascuno dei soggetti coinvolti e per il complesso delle attività della SdS.

2.3 valutazione dei risultati

Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi generali del PIS.

La valutazione dei risultati è compito della Giunta, coadiuvata dalla Consulta del Terzo settore, dal Comitato di partecipazione e dal Direttore.

La valutazione si fonda sia sulla percezione che i soggetti istituzionali e della partecipazione hanno dei mutamenti intervenuti per effetto del PIS sia sui valori quantitativi assunti dagli indicatori appositamente progettati per la valutazione.

La valutazione risponde alle domande:

- cosa è cambiato in termini di salute nell'ambito territoriale della zona-distretto?;
- quali problemi, nonostante gli interventi messi in atto con il PIS, non è stato risolto?;
- cosa è cambiato in termini di integrazione informativa e operativa nella zona?.

Le risposte a queste domande sono il risultato di un processo di interazione tra soggetti di governo, tecnici e della partecipazione. Tale processo si sviluppa attraverso momenti di:

- analisi tecnica dei risultati e delle modalità realizzative del PIS;
- informazione e comunicazione con la popolazione.

Le occasioni di comunicazione riguardano innanzitutto i soggetti della partecipazione che hanno contribuito alla costruzione del PIS.

Il processo di valutazione produce due documenti complementari:

- un report tecnico, che ha la funzione di migliorare, attraverso il confronto intersettoriale e interzonale, l'approccio tecnico alla programmazione integrata;
- un report di valenza politico-istituzionale, o "Relazione sugli esiti del PIS", approvato dalla Giunta, che confluisce, come parte distinguibile e integrata, nella Relazione annuale della SdS.

La "Relazione sugli esiti del PIS" viene dalla giunta inviato alla Regione, ai Comuni, alla ASL, alla C.d.S. di riferimento ed agli altri soggetti pubblici e privati che hanno partecipato all'attuazione del PIS.