



**MATERIALE DEL CONVEGNO
"PER UNA QUALITÀ CONDIVISA DEI SERVIZI SANITARI"
Bologna, 19-20 maggio 2003**

Il Piani per la salute come strumento di ascolto delle comunità

di Marco Biocca - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Ai Piani per la salute collaborano presso l'Agenzia sanitaria regionale Sara Capizzi, Bianca Maria Carozzo, Eleonora Corciolani, Claudia Galassi, Giulia Guerzoni, Augusta Nicoli e Vanessa Vivoli e presso l'Assessorato alla sanità Alba Carola Finarelli, Pierluigi Macini, Angelo Stefanini e Angela Zanichelli.

La promozione della salute è la capacità di condizionare i fattori che la determinano. E' un processo che comprende azioni dirette a rafforzare le capacità delle persone, azioni dirette a cambiare le condizioni sociali, ambientali, fisiche ed economiche e anche azioni dirette ad orientare l'offerta di servizi sanitari, assistenziali, educativi, ecc.

La promozione della salute può essere anche considerata come il modo attraverso il quale le comunità fanno ascoltare la propria voce in merito ai problemi di salute e alle politiche con cui vengono affrontati. Essere ascoltati è, infatti, il presupposto perché si instauri una effettiva comunicazione tra i soggetti coinvolti che è, a sua volta, la condizione più favorevole perché questi possano essere affrontati tenendo conto dell'insieme delle dimensioni esistenti e delle possibilità di soluzione.

Questi elementi sono ben riconoscibili nelle strategie che l'Organizzazione mondiale della sanità propone da alcuni decenni. Essi costituiscono anche un punto di riferimento sostanziale del Servizio sanitario nazionale italiano, che ha ormai 25 anni e ha raggiunto importanti risultati di salute, riconosciuti a livello internazionale.

Eppure, anche se ci troviamo in una situazione certamente positiva, almeno in termini relativi, esistono seri problemi che i cittadini chiedono di affrontare in particolare nella comunicazione per la salute.

Tutte le indagini sulla qualità percepita dei servizi sanitari evidenziano difficoltà nelle relazioni tra i medici e i pazienti e tra le organizzazioni sanitarie e i cittadini. Sono difficoltà relative a problemi di accesso e di assistenza o che rendono più penose le condizioni dei malati e dei loro familiari. E anche a livello di comunità la situazione non è migliore. Non vi sono modalità organizzate di partecipazione alle scelte per la salute ad eccezione di quelle previste per il normale funzionamento delle amministrazioni locali. Queste hanno, tuttavia, carattere delegato e sono spesso del tutto insoddisfacenti. In questi anni la distanza tra gli operatori sanitari e le persone, e anche tra gli amministratori e i cittadini, è aumentata.

Anche per queste ragioni il Piano sanitario regionale dell'Emilia-Romagna 1999-2001 prevedeva che fossero costruite opportunità e programmi concreti di ascolto dei cittadini e di promozione della salute in un contesto territoriale e operativo che è stato chiamato "Piani per la salute" (PPS).

Nelle pagine che seguono verranno brevemente descritti i presupposti su cui i PPS sono stati avviati, il percorso che stanno seguendo, le modalità di coinvolgimento attivo dei cittadini, la situazione in cui si trovano attualmente e alcuni dei nodi principali che li caratterizzano.

La ricostruzione e la descrizione di un fenomeno complesso, che ha coinvolto molte centinaia di persone, che si è sviluppato anche con modalità originali e distinte in molte aree della regione è difficile. E' attualmente in corso presso l'Agenzia sanitaria regionale una ricerca approfondita che, con strumenti dell'analisi sociologica, mira appunto a valutare i PPS come contesti di partecipazione alle decisioni locali.

Le considerazioni che in questa sede vengono riassunte sono il frutto di una serie di incontri con i principali protagonisti dei PPS a livello locale tenutesi nel periodo novembre 2002 – gennaio 2003. Dopo un primo inquadramento generale, la trattazione verrà svolta in modo non sistematico attraverso la caratterizzazione di alcuni elementi chiave.

L'avvio dei Piani per la salute

I Piani per la salute possono essere definiti come una sorta di marchio registrato della Regione Emilia-Romagna per le strategie di promozione della salute.

A seguito del Piano sanitario regionale 1999-2001 la Giunta regionale ha emanato un documento di Linee guida (del. 321/2000) che in sostanza parte dalla constatazione che:

- quasi tutti gli strumenti delle politiche per la salute sono nelle mani degli Enti di governo locale;
- l'approccio globale ai problemi deve seguire necessariamente le linee proprie della ecologia umana, che analizza e affronta i rapporti tra l'uomo e l'ambiente sociale, fisico ed economico;
- per risolvere nel modo più efficace la gran parte dei problemi di salute sono necessarie azioni intersettoriali;
- è sempre necessaria una consapevole partecipazione della comunità;
- i molteplici fattori – la maggior parte non sanitari – che condizionano la salute (determinanti) interagiscono dinamicamente tra di loro.

Così il Piano per la salute viene definito "il piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria".

L'area geografica di riferimento corrisponde in partenza a quella della Azienda USL o della Provincia. E' di durata triennale e viene elaborato sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale.

La sede in cui si realizza il coordinamento intersettoriale delle azioni del Piano è la Conferenza socio-sanitaria territoriale (CSST). Questa definisce le strategie condivise per obiettivi comuni tra:

- le istituzioni, che esercitano funzioni rilevanti per la salute della popolazione;
- le organizzazioni sociali, che danno voce ai bisogni e alle istanze etiche e contribuiscono alla mobilitazione delle risorse;
- i produttori, che concorrono con l'offerta di prestazioni e servizi.

La programmazione negoziata, che sta alla base di tale strategia, persegue una politica di salute la quale va oltre, pur comprendendola in sé, una mera politica dei servizi. Essa presuppone modalità di partecipazione che consentano la collaborazione non subordinata di tutti gli attori sociali e stimolino un coinvolgimento concreto di chi ha interesse e opportunità.

Il campo d'azione dei PPS è, quindi, un'area di convergenza tra interessi per la realizzazione di azioni per la salute, partecipazione dei diretti interessati e ricerca sul campo per la sperimentazione di percorsi adeguati. Si tratta in primo luogo per le amministrazioni e per i servizi sanitari di opportunità per l'ascolto delle esigenze dei cittadini.

Muoversi in uno scenario alquanto affollato

Non si devono confondere i PPS con gli altri strumenti di programmazione che gli organi del governo locale e il Servizio sanitario nazionale, ai diversi livelli di responsabilità, utilizzano per l'organizzazione dell'offerta di servizi:

- il Piano sociale di zona che è il modo per coordinare in modo organico la diversa offerta di servizi sociali;
- il Piano attuativo sanitario (a carattere infrastrutturale), regionale e locale;

- il Piano delle Azioni a validità triennale, che prevede le attività e relative risorse messe in campo dalle Aziende sanitarie;
- il Piano Annuale di Attività, che rappresenta appunto la traduzione operativa annuale aziendale che comprende in sé integrandoli i Programmi delle Attività Territoriali (distrettuali) e, quindi, anche le risposte indotte dai PPS.

Il Piano per la Salute è uno strumento per lo sviluppo delle politiche per la salute, nuovo ma con radici antiche, che la Regione Emilia-Romagna si è data per affrontare con modalità intersettoriali, partecipate e negoziate gli obiettivi di salute che localmente vengono individuati (selezione delle priorità e programmazione negoziata).

Il percorso dei PPS segue alcune tappe principali:

- l'analisi dei problemi
- la scelta delle priorità
- la costruzione del piano
- la realizzazione
- il monitoraggio e la valutazione

Le prime due tappe sono state realizzate in tutte le aree della regione con modalità in parte diverse, ma sostanzialmente comparabili. I Piani per la salute sono diventati un fenomeno politicamente evidente e significativo nel dibattito per la salute di oggi. Il Documento di Programmazione Finanziaria 2002 e il dibattito sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale ne tengono conto esplicitamente. Il livello di avanzamento, i risultati raggiunti, l'impatto che stanno avendo sulla cultura e i comportamenti per la salute non sono, tuttavia, uniformi. E, soprattutto, si stanno incontrando alcuni problemi complessi che ne possono condizionare lo sviluppo.

Come era stato anticipato si propone ora di approfondirne gli aspetti più salienti attraverso un possibile repertorio di parole chiave.

La scoperta

La scoperta è uno degli elementi che, forse, spiega meglio l'evidente entusiasmo che ha caratterizzato la fase di avvio dei PPS in tutta la regione. E' una scoperta multipla.

In parte è la scoperta di altri interlocutori/attori, a volte del tutto sconosciuti, interessati ai temi di salute affrontati e di innumerevoli altre iniziative e progetti riconducibili ai PPS, anche condotti con approcci e modalità dissimili e non necessariamente coerenti gli indirizzi inizialmente adottati.

Per altri versi è la sperimentazione di un metodo di lavoro partecipato (per i temi e le modalità) che si configura come un laboratorio o una ricerca, in cui si ha la sensazione di costruire assieme e di poter essere effettivamente ascoltati, almeno dalla amministrazione pubblica. Si scopre in tal modo che la partecipazione può essere importante non solo come uno strumento più efficace, ma anche come un fine in se stessa.

La scoperta dei PPS ha suscitato aspettative e ora richiede risposte adeguate. Ha bisogno di tradursi in decisioni e in azioni convincenti. Non deve lasciare a lungo la possibile sensazione che si sia attivato un meccanismo artificiale, strumentale e, alla fine dei conti, inconcludente perché non sa incidere su meccanismi di decisione, sui comportamenti, sugli interessi. C'è la necessità di concretizzare i risultati di questo lavoro.

Quali possano essere risultati soddisfacenti, tuttavia, non sempre è chiaro ai partecipanti. Il desiderio di raggiungere risultati concreti serve a giustificare scelte minimaliste. La ricerca esige obiettivi concreti e visibili. La demagogia che spinge verso orizzonti larghi è considerata un pericolo. L'utopia di poter affrontare temi cruciali è una spinta insopprimibile per evitare la negazione delle ragioni che hanno portato alla progettazione dei Piani.

I Cittadini competenti

Nello sviluppo dei PPS hanno svolto un ruolo significativo molti amministratori di Enti locali, che li hanno considerati un'opportunità per sperimentare modalità innovative di comunicazione con i cittadini.

Va sottolineato, tuttavia, che un contributo importante è stato offerto anche da un largo numero di cittadini fortemente impegnati nelle comunità, nelle istituzioni, nelle organizzazioni sociali, nello svolgimento della loro professione (operatori sanitari, insegnanti, giornalisti, ecc.). Solo pochi tra loro hanno un effettivo ruolo diretto di decisione. Soprattutto hanno un ruolo di orientamento, di stimolo, di aggregazione. Con tale competenza istituzionale, sociale o professionale, hanno anche una forte motivazione ad acquisire competenze culturali: per questo sono stati definiti "cittadini competenti". Sono circa 1500-2000 in tutta la regione.

I cittadini competenti hanno partecipato con interesse ai diversi percorsi proposti, finalizzati ad armonizzare linguaggi e approcci alla promozione della salute e a costruire processi strutturati e formalizzati in modo anche originale (Parlamento e Governo, Gruppo dei Saggi, ecc.).

Diversi sono stati gli strumenti e i metodi utilizzati per realizzare la ricognizione e la rilevazione dei problemi e la selezione delle priorità: questionari; interviste; tecniche di gruppo come gruppi focus e gruppi nominali; corsi e laboratori formativi; gruppi di lavoro; forum, panel, comitati di saggi, giurie di cittadini; siti web interattivi.

E' possibile includere la partecipazione dei cittadini competenti ai PPS tra gli esempi di cittadinanza attiva e prenderla in considerazione come uno dei modelli per favorire il coinvolgimento dei cittadini nella vita quotidiana delle amministrazioni pubbliche, in particolare dei Comuni. Può rappresentare anche una delle forme della devoluzione, in quanto permette di rendere democraticamente e seriamente contestabili le decisioni adottate sui temi in discussione. I cittadini competenti sono, infine, una potenziale risorsa su cui contare in futuro per la valutazione delle politiche sanitarie, ovviamente se verranno mantenute le condizioni per un loro diretto coinvolgimento.

I profili di salute

Per definire la mappa dei problemi e selezionare le priorità, i cittadini competenti, hanno usato sia le proprie conoscenze e percezioni che una documentazione tecnica predisposta appositamente dai Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende sanitarie.

Queste raccolte organizzate di informazioni, prodotte in tutte le aree della regione, sono state chiamate "Profili di salute" perché finalizzate a offrire un quadro panoramico della situazione. Contengono informazioni su distinte aree tematiche - quali, ad esempio, gli aspetti demografici, ambientali, socio-economici, gli stili di vita, le cause di malattia e di mortalità, nonché la percezione soggettiva di salute dei cittadini - che hanno importanti ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere e sulla qualità di vita delle persone.

Rappresentano la voce dei tecnici perché sono costruiti con i dati provenienti dalle statistiche correnti, dai sistemi informativi di enti/associazioni, da indagini mirate, dalla letteratura scientifica. I problemi di salute indagati non differiscono in modo sostanziale tra le aree ma sono stati affrontati e trattati con diversa sensibilità, capacità e attenzione. L'articolazione territoriale è stata aziendale o provinciale con riferimenti subaziendali e confronti geografici e temporali.

In tutti i Profili sono stati indagati: gli aspetti demografici e gli stili di vita, con particolare attenzione a fumo, alimentazione, attività fisica e alcool; l'area della morbosità e della mortalità per principali cause e, in particolare, le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie infettive, le dipendenze patologiche, gli incidenti stradali, gli infortuni lavorativi e le malattie professionali.

Particolare attenzione è stata rivolta ad alcuni gruppi di popolazione come anziani, donne, infanzia e adolescenza anche attraverso schede apposite.

Alcuni Profili hanno approfondito soprattutto gli aspetti ambientali, sociali, culturali e ricreativi, economici e relativi alle disuguaglianze socio-economiche di salute. In altri sono stati utilizzati pressoché esclusivamente dati di stretta competenza sanitaria, riferiti alle condizioni di salute della popolazione; non sono state quindi riportate informazioni su aspetti ambientali, sociali, culturali e ricreativi, economici e relativi alle disuguaglianze socio-economiche. Altri ancora non hanno trattato gli aspetti ambientali, mentre hanno affrontato gli aspetti

sociali ed economici.

La percezione soggettiva dello stato di salute dei cittadini è stata presa in considerazione soltanto in pochi casi e con livelli diversi di approfondimento ricavabili da questionari, da focus group o da interviste di gruppo.

Il linguaggio e l'impaginazione sono stati spesso curati con una certa attenzione anche se rimangono difficoltà di comprensione per chi non ha consuetudine con i termini tecnici e l'uso delle tabelle. E, soprattutto, permangono problemi nell'impostazione a cui dovrebbero contribuire i potenziali utilizzatori per garantirne l'effettiva valore d'uso.

E' importante sottolineare, comunque, come da molti anni non venissero prodotti in modo così diffuso e approfondito strumenti di questo genere, di comunicazione sulla salute tra tecnici e decisori.

La programmazione negoziata

Il Piano per la salute, che deve attuarsi attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione, precoce e attiva, di tutti gli attori sociali della comunità può essere considerato un esempio di ciò che viene definita una "programmazione negoziata".

La partecipazione dei cittadini rappresenta il presupposto innovativo che, assieme alle politiche intersettoriali, può realizzare concretamente la promozione della salute di una popolazione in un determinato contesto territoriale, è uno dei fattori di maggiore complessità, ma rappresenta anche una grande opportunità, nella realizzazione dei PPS.

Partecipazione è una parola molto usata, per indicare varie tipologie di attività che vanno da forme puramente simboliche o a carattere informativo-consultivo a iniziative che prevedono un forte potere della comunità nella determinazione delle scelte che la riguardano attraverso la formulazione del piano o la sua effettiva realizzazione.

La partecipazione della comunità nel processo di costruzione del Piano per la salute permette di conseguire importanti obiettivi come:

- il miglioramento delle conoscenze dei problemi, dei bisogni di salute e delle risorse presenti nella comunità (reti, progetti, esperienze, attori sociali, ...) attraverso la raccolta e l'elaborazione degli indicatori epidemiologici e delle opinioni dei cittadini (ascolto);
- il miglioramento dello stato di salute della comunità attraverso la realizzazione di programmi di intervento efficaci;
- lo sviluppo della comunità attraverso:
 - la realizzazione di momenti di incontro e di confronto tra cittadini e istituzioni;
 - la responsabilizzazione diffusa dei diversi attori rispetto ai problemi e alle scelte di salute;
 - l'aumento del potere della comunità nei confronti della tutela della propria salute (per dare, al cittadino competenze, conoscenze e un ruolo attivo nei confronti della tutela della propria salute);
 - la creazione e lo sviluppo di reti e collaborazioni tra i diversi attori istituzionali e della società civile;
 - il miglioramento della coesione sociale e del rapporto di fiducia tra istituzioni e società civile (aprire uno spazio di partecipazione può servire a fare incontrare, a far superare dei pregiudizi e creare delle condizioni che permettano di ricostruire dei rapporti di fiducia, che è uno dei collanti fondamentali per la società).

Le Aziende sanitarie hanno tre principali funzioni da svolgere nei Piani per la salute:

- sono uno dei soggetti più influenti per lo sviluppo di azioni per la salute nel territorio, anche solo per la loro dimensione;
- dispongono delle risorse tecniche e finanziarie necessarie per il supporto alle attività;
- sono interessate a considerare le indicazioni dei Piani nella programmazione e nella gestione dell'offerta assistenziale.

In questo senso sono direttamente interessate le direzioni strategiche, le direzioni e i servizi distrettuali e i dipartimenti di sanità pubblica. Il loro contributo può limitarsi alla produzione dell'informazione (Profili di salute) o alla proposta di scelte di priorità (partnership) o anche allargarsi al coinvolgimento nella realizzazione delle azioni. Nella realtà di questa prima fase va osservato come il coinvolgimento degli operatori e delle strutture sanitarie, sia stato ancora modesto, quasi distante. La dimensione distrettuale e il collegamento con le diverse attività assistenziali sociali e sanitarie che vi si realizzano rimane un obiettivo da perseguire.

L'intersectorialità è uno dei nodi strategici del PPS. La volontà di confrontarsi con punti di vista diversi, con angolazioni e prospettive di altri Enti o Istituzioni, con il privato sociale, con il tessuto socioeconomico, con portatori di culture, bisogni, aspettative diverse e non da ultimo anche con le altre aree della propria azienda, così come la gestione della complessità della intersectorialità sono da sempre dei punti caldi di ogni programma di lavoro che voglia coinvolgere in modo paritario ambiti diversi.

La difficoltà alla integrazione programmatica tra i progetti di Agenda 21, Città Sane, Piani per la Salute, Piani sociali di zona, Piano del traffico, è solo uno dei tanti esempi possibili.

La gestione della intersectorialità deve tuttavia tener conto di una serie di ostacoli quali ad esempio:

- mancata comprensione dei benefici che si potrebbero ottenere;
- "territorialismo": le istituzioni ed organizzazioni difendono la propria area di competenza da ciò che percepiscono come "minacce d'ingerenza", perdita di prestigio, potere;
- competitività per risorse finanziarie limitate;
- eccessiva rigidità nella procedura formale di definizione del bilancio;
- norme e normative che disciplinano ciò che un singolo settore può e non può fare;
- insicurezza circa le implicazioni di un cambiamento;
- mancanza di fiducia tra i singoli ed i settori, istituzioni e organismi;
- conflitti organizzativi e nelle pratiche di lavoro;
- organizzazione del lavoro che scoraggia il pensiero creativo e la presa di rischio;
- differenze di potere, condizione sociale ed influenza;
- "agende nascoste", sia a livello individuale che di settori, istituzioni e organismi;
- preoccupazione di offuscare i riconoscimenti;
- strutture professionali che non riconoscono o non premiano il lavoro intersectoriale;
- rapidi cambiamenti organizzativi e nel turn-over del personale;
- sistemi informativi che privilegiano singoli settori e tecniche di comunicazione che inibiscono il lavoro intersectoriale.

La partecipazione dei cittadini al Piano per la salute, presuppone tuttavia non solo un cittadino più informato e consapevole, ma anche istituzioni e organizzazioni sociali che sappiano valorizzare tale partecipazione e la trasformino in azioni concrete.

Le Conferenze sanitarie territoriali, che sono state recentemente trasformate in Conferenze socio-sanitarie territoriali con l'ampliamento della loro sfera di responsabilità, solo raramente hanno assunto i PPS come lo strumento di sintesi e di sviluppo di politiche integrate che ci si aspettava. Hanno rivolto piuttosto la loro attenzione verso strumenti più codificati, per i quali era più evidente la disponibilità di risorse o più stringente l'assunzione di impegni.

Anche i Sindacati hanno svolto un ruolo limitato in questa fase di sviluppo dei PPS ad eccezione di quelli dei pensionati che, tuttavia, hanno caratteristiche alquanto diverse. Le ragioni di questo scarso interesse possono, forse, essere ricercate nelle modalità di negoziazione che i PPS prevedono, più improntate alla condivisione che al conflitto.

Le priorità di salute

Una rigorosa selezione delle numerosissime possibili priorità di salute (e delle ancor più numerose definizioni), necessaria per poter arrivare a piani concreti, ha portato a un quadro molto ricco (vedi tabella) che, tuttavia, riconosce anche elementi abbastanza simili in tutta la regione.

Gli argomenti selezionati sono di grande spessore, caratterizzati non solo dalla loro rilevanza, ma spesso anche dalla assenza di un interlocutore unico, di un'istituzione o di una organizzazione che possa farsi carico interamente del problema. Per affrontare adeguatamente questi temi è necessario uno sforzo convergente e integrato di soggetti diversi, sia sotto il profilo delle azioni possibili che sotto quello più specifico dell'offerta di servizi.

Spesso sono citate alcune grandi patologie, come i tumori e le malattie cardiovascolari. Sono stati anche inclusi alcuni comportamenti a rischio (nell'alimentazione, nell'abuso di droghe o di farmaci, etc.) o che potrebbero contribuire alla promozione della salute. Questi temi, che risentono probabilmente della influenza che i tecnici sanitari o gli amministratori hanno esercitato, sono stati eventualmente riportati a priorità più trasversali.

Le disuguaglianze nei confronti della salute non hanno trovato largo spazio tra le priorità. E' possibile che i cittadini competenti coinvolti nelle scelte non abbiano avuto gli occhi o la volontà per metterle in evidenza. I Profili di salute, tuttavia, non sono stati in grado di rappresentarle adeguatamente.

Parimenti non ha ricevuto grande attenzione il tema della salute sul lavoro: né come prospettiva delle imprese, né come impegno delle organizzazioni sindacali (con la notevole eccezione dei sindacati dei pensionati), né come rischio da combattere e neppure come opportunità per migliorare la salute.

Alcune considerazioni conclusive

Il meccanismo di avvio dei PPS è stato positivo. Si è giunti ora in una fase di passaggio verso la costruzione di risposte concrete coerenti con gli obiettivi di priorità condivisi.

I PPS non prevedono risorse aggiuntive, ma contano soprattutto sulla forza di attrazione e orientamento di quelle esistenti, sulla possibilità di esercitare una funzione catalitica e di impulso. Sono state scoperte risorse e opportunità, ma si fatica a trovare il modo per farle convergere verso direzioni comuni, per valorizzarle coordinandole in un contesto più ampio, per farle divenire grappoli di una pianta comune, spesso ibrida.

Si era, probabilmente, dato per scontato che si sarebbero attivate nuove strade piuttosto che mettere in evidenza e valorizzare quelle esistenti. E questa caratteristica di committenza più di carattere politico e culturale non è sempre pienamente compresa.

C'è il rischio di vedere i PPS come un orto recintato, separato da altri su cui lavorano istituzioni, organizzazioni, magari anche forze politiche diverse. Strade parallele, in qualche modo anche in competizione.

Si può verificare, così, un netto contrasto con l'ipotesi di utilizzare i PPS come strumento di ascolto delle comunità relativamente alle politiche per la salute e di indirizzo integratore derivante dalle scelte di priorità e dalle modalità di partecipazione dei cittadini competenti.

Peraltro è sempre assai difficile progettare interventi complessi che richiedono l'integrazione di settori diversi. Queste difficoltà hanno basi nella differenze culturali e ideologiche, nelle separazioni istituzionali, nei corporativismi di varia natura e anche nelle competizioni personali. Esistono ad ogni livello, ma sono più facili da risolvere laddove, sul campo, si affrontano concretamente i problemi.

Non va, tuttavia, dimenticato che una progettazione intersettoriale ha bisogno anche di un'adeguata competenza tecnica, cioè della capacità di giungere a un'intesa concreta e definita, di mettere insieme i fattori che concorrono alla sua realizzazione, di acquisire le risorse disponibili, di disporre di un motore che alimenti e che renda sincronici i movimenti delle varie parti. C'è bisogno di "giardinieri" che sappiano far germogliare e crescere queste che, al momento, sono solo delle ipotesi favorevoli.

La presenza di bravi giardinieri è una delle condizioni necessarie per trovare la strada che porta a sistema i diversi piani di programmazione esistenti (sociale, sanitario, ambientale, produttivo, culturale, ecc.) e che rappresenta un nodo critico centrale nella attuale prospettiva dei PPS.

Per queste ragioni il programma 2003 di supporto ai Piani per la salute previsto dall'Agenzia sanitaria regionale

prevede:

- una ricerca intervento per analizzare i PPS come contesti di partecipazione alle decisioni locali;
- una serie di workshop regionali rivolti ai cittadini competenti coinvolti per confrontare le esperienze sviluppate localmente;
- un corso regionale per i responsabili della progettazione e del coordinamento dei PPS;
- un sito web e una banca dati della documentazione prodotta.

Tabella 1. Temi prioritari per i Piani per la salute (febbraio 2003)