

PER LA SALUTE DEI TOSCANI

PROPOSTE E OSSERVAZIONI AL DOCUMENTO DELLA REGIONE TOSCANA

'IPOTESI DI REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'INTEGRAZIONE
DEI SERVIZI SOCIO - SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI'



MAGGIO 2013

PER LA SALUTE DEI TOSCANI

Le riforme di struttura

La sanità e il sociale sono soggetti a cambiamenti continui, appena messo a regime un sistema le novità demografiche, le nuove evidenze epidemiologiche, le dinamiche socio economiche ecc. lo mettono in discussione inducendo a nuovi cambiamenti. La novità in questa contingenza è che dobbiamo restringere in pochi mesi cambiamenti strutturali che in condizioni normali avrebbero richiesto anni di lavoro e di sedimentazione nel dibattito politico e tecnico. Non abbiamo tempo perché la crisi morde ancora e i conti vanno messi in sicurezza per garantire un futuro al nostro sistema di servizi a prevalenza pubblica, non abbiamo tempo perché rimandare significherebbe agire in un contesto di dissesto finanziario conclamato invece di agire in una situazione di emergenza ma in qualche modo controllata.

La durezza e la persistenza della crisi sta superando la soglia della revisione della spesa pubblica, per arrivare ad incidere sulla natura stessa delle amministrazioni pubbliche. Di conseguenza, non si tratta più di operare tagli, economie e dolorosi sacrifici, ma vanno affrontate delle vere e proprie 'riforme di struttura'. Ristrutturazioni sistematiche che sono tanto più dolorose nei settori della sanità, del sociale, della casa, dell'istruzione, in quei mondi in cui le difficoltà dei singoli e delle famiglie possono provocare le conseguenze più gravi e drammatiche, e in cui le disuguaglianze aprono vere e proprie voragini di ingiustizia.

In particolare il sistema sanitario toscano è un vero e proprio patrimonio custodito gelosamente, fatto di strutture, strumenti, mezzi, professionalità, competenze, passioni. Un patrimonio che risponde orgogliosamente al nostro dettato costituzionale e che non vuole arretrare. Ha ormai radici tanto forti che l'accumularsi nel tempo di diritti assicurati dalle leggi non rappresenta più soltanto un dato legislativo, contingente e mutevole nel tempo, ma è ormai acquisito come un dato naturale. In buona sostanza rappresenta la reale tenuta dello stato sociale, per come lo abbiamo conosciuto finora.

Contemporaneamente il sistema sanitario è anche una delle maggiori 'fabbriche' della regione, in alcuni luoghi è davvero la maggiore azienda cittadina in termini di addetti, valore della produzione, ricadute nell'indotto locale. Si tratta dunque di un patrimonio regionale preziosissimo anche per le comunità locali sotto molteplici punti di vista che, tra tutti, abbiamo il dovere di difendere e sviluppare.

Sappiamo tutti benissimo, tuttavia, che per conservare, migliorare ed espandere il nostro sistema sanitario e magari integrarlo con quello sociosanitario, occorre confrontarsi costantemente con tre dimensioni tra loro divergenti: Salute - Risorse - Diritti.

- Garantire i Livelli di Assistenza
- Garantire il buon uso delle risorse economico-finanziarie
- Garantire i diritti e il coinvolgimento dei cittadini/utenti

Trovare un nuovo e necessario equilibrio tra queste tre dimensioni (Salute - Risorse - Diritti) è oggi il nostro compito, il compito degli amministratori, dei professionisti, delle comunità, delle forze politiche e sociali: in una parola, dei toscani. E' ovvio che se non utilizziamo bene le nostre risorse, quando esse si riducono non possono che provocare una riduzione dei LEA effettivamente erogati con la conseguente contrazione dei diritti di salute di tutte le persone, ma soprattutto dei segmenti più deboli delle nostre comunità.

Trovare un nuovo e necessario equilibrio basandoci sulle nostre capacità di innovazione e di riorganizzazione, è il vero fine dell'azione di governo. La trasparenza in materia è molto importante. Se sono necessarie riorganizzazioni nei servizi offerti in materia sanitaria e sociosanitaria, le scelte da fare richiedono partecipazione e chiarezza, secondo criteri di priorità razionali e non discriminatori. Partecipazione al processo decisionale, pubblicità delle scelte effettuate, non discriminazione nei loro effetti, sono i criteri cardine da seguire. E' in questo quadro generale che va collocata la revisione dei modelli organizzativi per l'integrazione dei servizi sociosanitari e socioassistenziali.

Le scelte della politica

Appare evidente come questo periodo sia segnato dalla compresenza di due opzioni agite contemporaneamente e che si sovrappongono in continuazione. La prima è legata alla centralizzazione dei processi di riorganizzazione, l'altra è legata alla richiesta di una maggiore concertazione istituzionale.

La centralizzazione della guida dei processi di riorganizzazione, insieme alla forte semplificazione dei passaggi decisionali necessari alla loro realizzazione, è una naturale e istintiva risposta alle sollecitazioni portate dallo stato di crisi che stiamo attraversando. L'emergenza, quella economica non meno di quella fisica, tende di norma a rafforzare il centro rispetto alla periferia. E una crisi prolungata crea una situazione di emergenza, che induce l'amministrazione regionale a non gravarsi del confronto con le autonomie locali. Sono soprattutto le strutture tecniche direzionali a cercare la massima semplificazione dei percorsi di riorganizzazione, stretti tra la complessità delle azioni da realizzare e le scadenze sempre più ravvicinate e ultimative.

La richiesta di maggiore concertazione istituzionale è invece fondata sulla consapevolezza che esistono obiettivi più ampi di quelli dettati da una semplice logica emergenziale, tutta giocata sul breve termine. La vera chiave di volta per rendere sostenibile e produttiva a medio termine la trasformazione di un sistema così delicato come quello sanitario e sociosanitario, risiede nella condivisione del nuovo assetto da parte dei singoli territori, delle singole comunità, delle amministrazioni, delle forze produttive e sociali locali.

Se la base direzionale, professionale e tecnica è indispensabile per avviare il cambiamento e produrre i primi risultati, in mancanza di alleanze propulsive con le organizzazioni territoriali, dopo uno o due anni i processi riorganizzativi saranno destinati a infrangersi contro i veti incrociati e le opposizioni locali. D'altronde proprio questa è stata la traiettoria emersa dalla vicenda dei piani di rientro che ha coinvolto quasi la metà delle regioni italiane. Il fenomeno è noto e consolidato, tanto è vero che proprio l'Assessorato Regionale alla sanità richiede e stimola fortemente la concertazione delle azioni di riorganizzazione del sistema sanitario regionale e la messa a regime di un nuovo sistema di *governance* istituzionale, più evoluto ed efficace dell'attuale.

A questo punto, però, occorre fare chiarezza, per non correre il rischio di giungere ad una condizione di inadeguatezza per quanto riguarda i rapporti istituzionali. Una situazione che si riverserebbe immediatamente nei rapporti tra Sindaci e Direttori Asl, da mettere comunque a regime con serietà e trasparenza, e successivamente con le strutture, le attività e i professionisti in ambito locale.

E' forte la sensazione che il superamento delle Società della Salute, sul piano della programmazione delle politiche, possa segnare l'estromissione delle amministrazioni locali dalla partecipazione al governo della sanità. D'altra parte negli ultimi mesi sono stati presi vari provvedimenti di grande importanza senza neppure svolgere comunicazioni informative in Conferenza Regionale:

- Fondi di dotazione delle Asl 2013
- Obiettivi per i Direttori Generali 2013
- Rideterminazione delle dotazioni dei posti letto per acuti
- Avvio delle azioni di riordino SSR – Priorità e risorse
- Accordo Regionale con i medici di medicina generale
- Indirizzi operativi per la continuità assistenziale in pediatria
- PO Materno-Infantile
- Riconversione attività di ricovero ospedaliero delle case di cura private
- Vita Indipendente – assegnazione risorse 2013
- PdL di modifica alla legge di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

La stessa D.G.R. 1235/2012 che tratta le azioni di riordino del SSR è stata ampiamente illustrata in Conferenza Regionale, nelle Conferenze aziendali e in una miriade di altre occasioni pubbliche, ma solo dopo la sua approvazione. Al contrario l'art. 11 della L.R.T. 40/2005, tuttora in vigore, definisce la conferenza regionale delle società della salute e delle conferenze zonali dei sindaci come l'organo attraverso il quale le amministrazioni locali partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale. In particolare:

- esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale
- esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale
- concorre all'elaborazione delle linee-guida relative ai Piani Integrati di Salute
- concorre a determinare la composizione del fondo sanitario regionale, con riferimento al riparto delle risorse tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza

- concorre alla quantificazione delle risorse che ciascuna azienda unità sanitaria locale deve destinare alle zone-distretto ove sono istituite società della salute
- concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati ovvero tra le società della salute, ove costituite, delle risorse del fondo sociale regionale
- esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali.

Da parte dei comuni è necessario comprendere quale possa essere l'orizzonte da condividere. Nella nostra regione nessuno può sottrarsi all'esigenza irrinunciabile di riorganizzare i sistemi sanitari e sociali, ma tutte le componenti in gioco hanno bisogno di rappresentare le criticità presentate dalle aziende sanitarie, dalle società della salute e dagli ambiti sociali entro un percorso pieno, che permetta un confronto vero. Un percorso ovviamente faticoso, che difficilmente porterebbe al consenso generalizzato su ciascuna delle misure da prendere, ma che renderebbe chiare le diverse posizioni e comprensibili gli obiettivi perseguiti. Soprattutto, sarebbe possibile costruire un terreno competente in cui i conflitti e gli interessi in gioco potrebbero confrontarsi e portare comunque un contributo alla costruzione dei sistemi pubblici in sanità e nel sociale.

Per queste ragioni molti amministratori locali sostengono che l'esperienza delle Società della Salute non deve andare perduta. Al di là delle modalità di gestione dei servizi, esse costituiscono un patrimonio locale di dialogo, collaborazione, integrazione tra amministrazioni e professionalità diverse, malgrado molti percorsi siano stati parziali e frammentati. A questo proposito le responsabilità sono da distribuire tra tutte le componenti, amministrazioni comunali comprese, ma quello che conta è trovare il modo per far proseguire la parte migliore di ciò che è stato costruito.

E' stato un grave errore, anche di una parte dei comuni, non opporsi con la giusta risolutezza al tema del cosiddetto 'Carrozzone SdS'. Quando una realizzazione istituzionale e pubblica viene svalutata ingiustamente in quel modo, non ne nasce niente di buono per nessuno, neanche per quelle componenti che apparentemente potrebbero avvantaggiarsene. Rompere un clima costruttivo sulla base di opinioni grossolane e infondate, provoca un danno all'intero sistema e apre fratture difficilmente recuperabili. D'altra parte è del tutto evidente che la vera ristrutturazione del sistema, per quanto riguarda gli assetti organizzativi, interessa il numero e la dimensione delle Aziende sanitarie da ridurre a non più di tre o quattro, insieme all'individuazione di ambiti fortemente strutturati dedicati all'organizzazione e al governo delle reti territoriali di assistenza. Ambiti territoriali necessariamente meno numerosi di quelli attuali, in modo da garantire bacini adeguati e maggiori uniformità organizzative. Oltretutto evitare di procedere lungo questa strada maestra, implica il rafforzamento del coordinamento di Area Vasta che sta acquisendo progressivamente competenze sempre più importanti di governo pur in assenza di un autonomo profilo pubblico. Così come è assente una qualsivoglia codifica dei processi decisionali di Area Vasta che consenta di costruire un rapporto solido e trasparente con le relative amministrazioni locali. Anche in questo caso, le modifiche alla L.R.T. 40/2005 apportate dalla Legge regionale finanziaria per l'anno 2012 non sono state discusse dalla Conferenza regionale delle società della salute e delle conferenze zonali dei sindaci.

Un primo nodo centrale è la governance. E' necessario realizzare un percorso collaborativo tra istituzioni, indispensabile per evitare lo smantellamento del sociosanitario e per garantire la tenuta territoriale dei servizi sanitari. Altrettanto necessario è individuarne il primo livello. Se l'articolazione zonale è la dimensione territoriale in cui realizzare l'integrazione sociosanitaria attraverso strutture decisionali più o meno formalizzate, la Conferenza aziendale dei sindaci può essere il luogo a cui attribuire la costruzione dei servizi territoriali.

In ogni caso, per ciascun livello della governance istituzionale occorre definire competenze, strumenti e procedure che siano snelle ma efficaci e reciprocamente vincolanti. Da questo punto di vista anche le Articolazioni di area vasta potrebbero trovare un assetto più operativo e adeguato alle competenze assegnate dalle modifiche alla L.R.T. 40/2005 apportate dalla finanziaria del 2012.

Su questi temi, le amministrazioni comunali produrranno proposte puntuali e strutturate anche in ambito tecnico, poiché appare di fondamentale importanza coordinare questa riorganizzazione con il superamento delle Società della Salute e con il riordino complessivo degli assetti organizzativi sanitari annunciati nella prossima riforma sanitaria regionale.

Le Società della Salute

La prima previsione delle Società della Salute è contenuta nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004. Essa era presentata come la sperimentazione di nuove soluzioni organizzative in grado di consolidare e rendere stabili i legami tra il mondo della sanità e quello dei comuni. Attraverso questo organismo si intendeva ricomporre un governo comune del territorio finalizzato alla realizzazione di obiettivi di salute, per attuare appieno l'integrazione sociosanitaria e promuovere la cooperazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute. Pur con tutti i limiti di una proposta iniziale, in quei paragrafi era già definito in maniera piuttosto consistente il profilo delle SdS che dovevano garantire, oltre al coinvolgimento delle comunità locali, altri aspetti fondamentali:

- La garanzia della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni
- Il controllo e la certezza dei costi, nonché l'equilibrio di bilancio
- L'universalismo e l'equità dell'accesso
- La promozione e la partecipazione dell'imprenditorialità *non profit*.

Tutto il PSR 2002-2004 era orientato verso una logica complessiva di riorganizzazione che riacquisiva e rafforzava il 'concetto di distretto, inteso come il livello a cui collocare l'organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale'.

Anche in attuazione delle disposizioni nazionali, il PSR 2002-2004 definiva la zona-distretto come *'la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell'organizzazione aziendale. In essa deve ritrovarsi l'unità e la globalità delle prestazioni, è in essa che si può realizzare la protezione efficace della salute a misura d'uomo, attraverso un'adeguata azione preventiva, che valorizzi il ruolo del medico di famiglia, le attività consultoriali, quelle sociali e domiciliari. E' soprattutto in tale ambito che va realizzata la partecipazione e la responsabilizzazione della comunità alla protezione della salute.'*

Il PSR 2002-2004 trattava le SdS come una maggiore specificazione di questa logica: la loro sperimentazione era intesa come la naturale evoluzione della 'zona-distretto' appena introdotta. L'unificazione funzionale tra Zona e Distretto, che allora erano ancora due ambiti territoriali differenti, ha segnato la creazione di un solo livello organizzativo per il governo della sanità territoriale, un ambito del tutto coincidente con le analoghe previsioni operate dalla L.R.T. 72/98 nelle materie sociali.

Questa speciale convergenza tra i due ordinamenti regionali, in materia sociale e in materia sanitaria, ha reso molto più agevole la costruzione dell'atto di indirizzo per la sperimentazione delle SdS, poiché è stato possibile basarsi su un processo di riorganizzazione territoriale già attivato lungo direttrici perfettamente coerenti tra loro.

Anche se favorito da queste condizioni positive, il documento di indirizzo è stato comunque oggetto di un lungo percorso di elaborazione tecnica e di confronto tra le parti interessate. I nodi da affrontare erano tanti: le funzioni, la forma giuridica, la distribuzione dei poteri, l'assetto organizzativo, gli strumenti, la gradualità del percorso di sperimentazione. Uno degli aspetti più problematici era costituito dal doppio vincolo imposto dalle normative sanitarie e da quelle proprie degli enti locali. La sperimentazione doveva rispondere ad entrambe e contemporaneamente fornire gli elementi utili ad innescare un processo di forte innovazione sia in ambito locale che regionale.

L'atto di indirizzo per la sperimentazione era un documento prezioso, piuttosto ricco e complesso. L'assetto di fondo che veniva delineato per le SdS in origine, pur con tutte le evoluzioni e le correzioni dovute, è stato fundamentalmente confermato dalle disposizioni che la L.R.T. n. 60/08 prevede per la loro messa a regime.

All'inizio la discussione si è soffermata a lungo sulla ricerca della forma giuridica più appropriata per le SdS. Già dalla prima sperimentazione esse sono state istituite in forma di consorzio pubblico, ai sensi degli articoli 30 e 31 del TUEL approvato con il D.Lgs. 267/2000. Questa scelta è stata ritenuta assolutamente discriminante, in particolare dalle Organizzazioni Sindacali, le quali hanno ravvisato in essa una condizione essenziale e imprescindibile per il mantenimento dei servizi territoriali nell'ambito della sfera pubblica.

Tuttavia questa stessa scelta ha anche comportato un lavoro complesso da parte delle zone impegnate nella sperimentazione, dovuto proprio alla costruzione tecnica dei consorzi, regolati da normative nazionali. Occorre considerare che i consorzi potevano assumere direttamente la gestione associata dei servizi comunali già nel corso della sperimentazione, una scelta ora fatta dalla maggior parte delle SdS con l'aggiunta di alcune materie sociosanitarie.

Lungo tutto il periodo sperimentale si è assistito ad una costante contraddizione tra questa configurazione giuridica, tanto fondamentale e strategica, e il costante richiamo alla leggerezza delle procedure amministrative e dell'assetto organizzativo. Un nodo non ancora sciolto, che si è ripresentato anche nella fase di avvio delle nuove SdS.

D'altra parte l'atto di indirizzo poneva come obiettivo della sperimentazione *'il rilancio della cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale, nonché il controllo dell'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi. L'obiettivo è perseguito con il coinvolgimento diretto delle comunità locali nei*

compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali e la realizzazione del Piano integrato di salute finalizzato al miglioramento della qualità ambientale e sociale ed alla promozione del benessere dei cittadini!

Si trattava di un fortissimo impegno dispiegato lungo tutto il campo delle 'forme di integrazione': istituzionale, gestionale, professionale, comunitaria. Non si limitava ad un solo aspetto, come avviene di solito attraverso l'utilizzo di linee-guida o di protocolli professionali dedicati a patologie o aree assistenziali specifiche. In questo caso l'atto di indirizzo ha voluto orientare l'attività complessiva degli enti che aderiscono al consorzio verso un processo di integrazione largo, strutturale e profondo, da attuare con la necessaria gradualità.

Successivamente la L.R.T. 60/2008 ha definito gli aspetti costitutivi delle SdS inserendoli stabilmente nel Sistema sanitario regionale e nel Sistema sociale. Difatti la parte più complessa di quella operazione era rappresentata proprio dal coordinamento delle normative specifiche per le SdS con gli snodi principali della L.R.T. 40/2005 che disegnava il nuovo, allora, Sistema Sanitario Regionale. In quel periodo l'Amministrazione regionale spinse moltissimo per diffondere il più possibile questo tipo di organizzazione.

Da questo punto di vista le Società della salute hanno rappresentato il tentativo di realizzare una grande infrastruttura pubblica che unisce strutture organizzative prima separate perché appartenenti ai comuni singoli e alle aziende sanitarie, il cui scopo è stato quello di mettere insieme ed unire operativamente le risorse, le capacità professionali e le competenze amministrative che popolano i territori toscani. Un tentativo che non ha generato costi o incarichi aggiuntivi di nessun genere, e forse proprio questo è stato uno dei limiti inconsapevoli dell'esperienza.

Certamente le SdS sono strumenti scomodi, ingombranti e sofisticati, proprio perché non si basano sulla moltiplicazione dei centri decisionali ma sul loro incrocio e sulla loro riduzione consensuale. In questi anni di attività si sono trovate spesso in 'contro tempo' rispetto alle tendenze generali dei sistemi sanitari e sociosanitari integrati, fino ad arrivare alla attuale situazione di confusione, contraddittorietà e continua mutazione delle normative nazionali di riferimento.

Ovviamente le SdS insieme a successi e avanzamenti, hanno evidenziato anche limiti e contraddizioni. Tuttavia una parte dei consorzi ha prodotto un fortissimo avanzamento riuscendo a coniugare i quattro livelli di integrazione fondamentali: l'integrazione istituzionale, l'integrazione gestionale, l'integrazione professionale e l'integrazione comunitaria (che noi normalmente chiamiamo 'partecipazione'). Proprio questo risulta essere il punto più prezioso e decisivo dell'esperienza delle SdS: aver prodotto degli avanzamenti in questi quattro campi dell'integrazione in maniera contemporanea e allineata. Raramente si trovano altrove dei riscontri simili, mentre in Toscana questa è stata la proposta generale e 'normale' di costruzione congiunta e integrata dei servizi e dei livelli di governo territoriale. Di solito, in altre regioni, si trovano esperienze di integrazione che hanno prodotto dei buoni risultati solo in uno di questi campi alla volta. E' da sottolineare che le esperienze sicuramente più positive comprendono sia SdS che hanno utilizzato il consorzio stesso come gestore dei servizi, sia SdS che hanno utilizzato il convenzionamento con l'Azienda Usl. Queste differenze riflettono le diverse condizioni e propensioni storiche degli ambiti territoriali interessati che, tuttavia, non hanno impedito la costruzione di percorsi virtuosi sebbene siano stati adattati alle singole caratteristiche locali.

Così come è palese che la 'spinta' portata dalle SdS al sistema regionale è stata così forte da essersi in vario modo riverberata positivamente in tutti gli ambiti locali. Basti pensare a quello che erano gli 'ambiti sociali' fino alla vigilia della L.R.T. 41/2005 e quello che sono diventati successivamente se non altro in termini di coesione istituzionale ed integrazione funzionale.

Un disimpegno improvviso e irragionevole dai percorsi di integrazione, in realtà non farebbe altro che portare in evidenza i ritardi accumulati dalle pubbliche amministrazioni e dalle aziende sanitarie. Anche nella nostra regione, che è unanimemente considerata all'avanguardia in questo campo, sono chiarissime le conseguenze negative prodotte dalle evoluzioni di carattere generale mancate nell'ultimo decennio, che riguardano sia gli assetti delle aziende sanitarie, sia gli assetti degli enti pubblici locali. Effetti negativi surrogati finora dall'impegno diretto di tante persone e di tante organizzazioni, che hanno comunque perseguito finalità collettive ulteriori ai singoli compiti e alle singole convenienze.

Inserito all'interno di queste potenziali linee di frattura, il semplice scioglimento dei Consorzi SdS (se effettuato senza prospettive e strumenti alternativi) sottoporrebbe il sistema toscano ad un forte rischio di frammentazione per quanto riguarda le gestioni associate socioassistenziali, e di separazione tra le linee organizzative aziendali e comunali in ambito sociosanitario.

Tre linee di azione contestuali

La trasformazione delle SdS, dunque, implica necessariamente il coordinamento di un insieme di misure specifiche volte a recuperare, in maniera distinta, le tre funzioni di sistema che finora erano insite nel consorzio:

- A. Associazionismo comunale
- B. Cooperazione tra comuni e aziende sanitarie
- C. Governance istituzionale.

A cui vanno aggiunti la definizione del percorso amministrativo per il superamento della forma consortile nel corso del 2013, e il sostegno fornito da un programma di accompagnamento realizzato congiuntamente da regione e comuni.

A. Associazionismo comunale.

In questo momento non esiste uno strumento che può sostituire questa funzione di sistema esercitata dai consorzi SdS. La L.R.T. 68/2012 regola solo le forme associative dei comuni obbligati, individuando degli ambiti territoriali necessariamente ridotti in cui è possibile esprimere tale propensione. La maggior parte dei comuni toscani però non è tra quelli obbligati, dunque si pone con forza l'esigenza di individuare delle modalità associative che possano coinvolgere in modo verosimile tutti i comuni toscani e recuperare nel contempo la dimensione territoriale della zona.

Lo strumento più flessibile e adattabile sia alle esigenze dei comuni obbligati che dei comuni non obbligati, in questo momento, non può che essere una Convenzione 'di secondo grado' tra comuni singoli e comuni già associati. Una Convenzione che riguarda solo l'esercizio associato delle funzione fondamentale relativa al 'sistema dei servi sociali' e che, condizione assolutamente fondamentale, sia stipulata tra i comuni (singoli o associati) dello stesso ambito zonale.

B. Cooperazione tra comuni e aziende sanitarie.

La seconda funzione di sistema del consorzio SdS riguarda la cooperazione tra comuni e aziende sanitarie. Il documento proposto in allegato alla manovra finanziaria regionale del 2013, è fondato su quattro strumenti:

- La Conferenza zonale della Salute che integra i Comuni della stessa zona con il DG Asl
- Il Piano Integrato di Salute (con il relativo Ufficio di Piano)
- La nuova figura aziendale del Direttore socio sanitario di distretto

L'Accordo di collaborazione tra Comuni e Asl

Per ciascuno dei nuovi strumenti, le normative regionali devono definire con chiarezza e certezza le funzioni svolte, le competenze assegnate, i poteri previsti, e fornire totale efficacia amministrativa a queste previsioni.

C. Governance istituzionale.

In questo momento la governance istituzionale nelle materie sanitarie e sociali è così articolata:

- Conferenza regionale delle Società della Salute
- Articolazione di Area vasta della conferenza regionale
- Conferenza dei sindaci
- Articolazione Zonale della conferenza dei sindaci

Ciascun livello sarà sottoposto a modifiche di vario tenore a causa dei cambiamenti nella normativa sanitaria e in quella degli enti locali. E' chiaro che possono nascere diverse ipotesi di riorganizzazione complessiva degli attuali quattro livelli della governance istituzionale, magari semplificandone almeno uno attraverso la capacità di rappresentanza delle unioni e delle convenzioni comunali.

ALLEGATO CON LE OSSERVAZIONI TECNICHE ALLA:

'Ipotesi di revisione del modello organizzativo per l'integrazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali'

Nel dibattito nazionale la Toscana è considerata una delle due o tre regioni che da sempre hanno illuminato la strada dell'integrazione sociosanitaria. Sia per le istituzioni pubbliche che per le organizzazioni private si è trattato di una scelta insieme strategica, operativa e valoriale. Difatti la tradizione toscana ha sempre costruito l'integrazione alla pari tra strutture organizzative, professionalità, attività e competenze appartenenti al sistema sanitario regionale con quelle appartenenti al sistema sociale comunale. Il maggiore fondamento sistematico di questa prospettiva è costituito dalla L.R.T. 72/98, seguita dal primo Piano Integrato Sociale Regionale. Successivamente si sono avvicinate tantissime disposizioni normative di rilievo ed è nata una vera e propria fioritura di esperienze locali che, attraverso vari assetti, sono arrivate fino alla opzione delle Società della Salute. Le SdS hanno rappresentato un salto di qualità enorme, perché legano i processi di integrazione alla missione di uno specifico soggetto pubblico costituito dalle stesse amministrazioni competenti nelle singole materie da integrare. Chiaramente ora il pericolo è quello di regredire fino a raggiungere uno stadio addirittura precedente alla L.R.T. 72/98 e all'Atto di Indirizzo per la sperimentazione delle SdS del 2003. L'integrazione rischia di essere considerata come un insieme di professionalità e attività sociali accessorie a quelle sanitarie, mentre le amministrazioni comunali possono essere intese come soggetti 'eventuali', da chiamare in causa quando bisogna assistere qualcuno in situazione di marginalità. Al contrario alla crisi bisognerebbe rispondere con una comunità più ricca e coesa, non più separata e settorializzata.

L'altra missione fondamentale del territorio è rappresentata dal presidiare i bisogni correlati alla cronicità. A questo scopo occorre rifondare il sistema delle attività sanitarie territoriali, riprogettando l'intera filiera dei servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera a bassa complessità.

Le cure primarie rappresentano il mattone intorno al quale riprogettare l'assistenza territoriale, creando un coordinamento professionale e operativo dei servizi che vanno dalla prevenzione della malattia, all'informazione e al sostegno al malato, all'orientamento del paziente all'interno della rete allargata dei servizi. Per quanto riguarda l'offerta assistenziale, particolare attenzione va posta verso la prevenzione primaria e secondaria, il miglioramento dei determinanti di salute, le cure domiciliari, le attività di sostegno alla fragilità, le patologie croniche.

D'altra parte queste stesse riflessioni sono alla base della riforma del SSR toscano avviata il 28 dicembre scorso e che ha generato tutta una serie di provvedimenti applicativi. E' impossibile pensare di attuare una trasformazione tanto profonda dei sistemi territoriali di cura senza coinvolgere sistematicamente le comunità locali insieme alle loro amministrazioni rappresentative. Per queste ragioni sono fortissime le preoccupazioni per l'effettiva tenuta degli strumenti tecnici di uscita dalle SdS, e continuo è l'interrogativo *'Perché mai la proposta regionale dovrebbe funzionare, se si ritiene che le SdS non abbiano funzionato?'*. Anche a questo scopo è necessario aprire una fase di valutazione oggettiva delle esperienze realizzate in questi anni, operazione che sarebbe oltretutto utilissima per supportare in maniera competente ed intelligente il percorso di riordino del SSR nelle sue ricadute territoriali.

1. Elementi di criticità

Il lavoro tecnico svolto dalle amministrazioni locali e dalle loro associazioni cerca, prima di tutto, di portare un contributo al consolidamento delle soluzioni tecniche proposte per la parte che riguarda l'integrazione sociosanitaria. In secondo luogo tenta di collegare le strutture dedicate all'integrazione con gli altri campi descritti in precedenza: le forme di esercizio delle funzioni fondamentali e la *governance* istituzionale in sanità.

Alcuni punti fermi, che da sempre hanno costituito l'impianto di base del cosiddetto 'modello toscano', sono stati considerati come degli ancoraggi fondamentali da conservare il più possibile, pur nella consapevolezza che in questa fase le normative nazionali spingono i percorsi di integrazione su binari paralleli e separati.

1.1. Coincidenza dell'ambito sociale e della zona-distretto

Le normative nazionali e regionali che riguardano in generale le funzioni fondamentali comunali, combinate con la parte specifica relativa agli obblighi che vincolano i comuni sotto i 5.000 ab., allo stato attuale rischiano di frantumare gli ambiti

territoriali sociali disegnati in toscana fin dalla L.R.T. 72/97.

Parallelamente, in campo sanitario i processi di riforma del Servizio Sanitario Regionale già varati, in assenza di un quadro complessivo che riconfiguri con precisione assetti organizzativi, competenze e responsabilità, mettono in questione il ruolo effettivo svolto dalla zona-distretto.

Siamo in presenza di processi dalla amplissima portata, provocati da norme e vincoli statali a tratti confusi e contraddittori, che sono solo nella fase iniziale di uno sviluppo probabilmente molto lungo. In questo momento, tuttavia, la loro combinazione provoca l'indebolimento insostenibile dei due capisaldi che hanno segnato finora i percorsi territoriali indicati dalla D.lgs. 229/99 e dalla L. 328/00. Si sta creando una condizione fortemente negativa che il superamento delle Società della Salute priverà dell'unico elemento attuale di tenuta.

Per queste ragioni è indispensabile individuare con precisione delle azioni che, almeno parzialmente, possono sopperire a tale mancanza sia in relazione agli ambiti sociali che alle zone-distretto. Nel primo caso i punti fondamentali da perseguire riguardano la possibilità di esercitare volontariamente le funzioni fondamentali comunali relative alla rete delle attività sociali in modo omogeneo tra i comuni di una stessa zona (obbligati o non obbligati); e di coordinare a questo scopo anche le relative forme di gestione, passaggio questo assolutamente indispensabile. Nel secondo caso i punti fondamentali da perseguire riguardano la certezza delle materie effettivamente delegate alla zona-distretto, i vincoli sulle risorse di cui essa viene dotata, la capacità tecnico-amministrativa di corrispondere effettivamente alla programmazione territoriale stabilita dalla relativa *governance* istituzionale.

1.2. Unicità della programmazione integrata

Gli stessi processi di riforma, quello che riguarda le funzioni fondamentali comunali e più in generale gli assetti delle amministrazioni locali, insieme a quello che riguarda la riorganizzazione del servizio sanitario regionale e più in generale le capacità di tenuta dei LEA sanitari, condizionano fortemente anche gli strumenti di programmazione integrata. Il Piano Integrato di Salute resta un presidio fondamentale, ma deve essere rivisto per renderlo coerente con le nuove normative e permettere il coordinamento delle programmazioni comunali con quelle delle aziende sanitarie.

L'aspetto più importante, tuttavia, risiede nell'effettiva efficacia dello strumento. Senza l'operatività delle misure stabilite, la programmazione è un esercizio vuoto e noioso, che alla lunga diventa mortificante per le professionalità e le istituzioni coinvolte.

1.3. Possibilità di gestione integrata dei servizi

La proposta tecnica regionale sviluppa soprattutto gli aspetti legati all'integrazione, campo in cui emergono con particolare evidenza le difficoltà prodotte dalle normative nazionali. Nel paragrafo successivo sono meglio specificate le osservazioni tecniche che riguardano i singoli strumenti. In ogni caso va sottolineato un aspetto generale: qualsiasi assetto finale assumeranno gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria, il loro valore operativo sarà comunque sorretto da un dispositivo di tipo pattizio. Alla fine, è nell'accordo tra le parti che ciascuna zona potrà trovare le necessarie connessioni tra l'azienda sanitaria e le diverse organizzazioni comunali (Unioni, Convenzioni, Consorzi sociali, Fondazioni, Comuni singoli), sia per definire gli assetti professionali e assistenziali che per determinare le forme di gestione dei servizi. Per questi motivi l'accordo di collaborazione è destinato a rimanere in ogni caso il vero elemento cardine dell'integrazione, almeno per i prossimi anni.

1.4. Processi di partecipazione

Le Società della salute hanno rappresentato un potenziale enorme nel campo della partecipazione, che ha trovato diversi gradi di applicazione, come del resto è stato per tutte le altre funzioni previste. Ritrovare degli istituti stabili e un percorso efficace di partecipazione lungo i due binari distinti nel sociale e nella sanità non è un impegno tecnico agevole. Diventa necessario confermare un organo di partecipazione in relazione all'integrazione sociosanitaria, e renderlo disponibile alle forme organizzative comunali attraverso l'accordo di collaborazione.

2. Considerazioni tecniche specifiche

Come è stato ripetuto in molte occasioni, per il momento la proposta regionale è incentrata sugli strumenti aziendali per l'integrazione sociosanitaria. Contemporaneamente alla definizione degli assetti e dei contenuti che riguardano i rapporti con le aziende sanitarie per l'integrazione sociosanitaria, il nuovo quadro normativo regionale dovrà disegnare una cornice chiara e certa entro cui i comuni potranno fare le proprie scelte amministrative e organizzative. A questo proposito, anche a livello squisitamente tecnico, il punto fondamentale resta sempre lo stesso: il superamento dei consorzi SdS non potrà avvenire sostituendo semplicemente questo strumento con un altro di genere diverso, al contrario occorrerà coordinare tra loro un ventaglio di strumenti differenti (CISS con Unioni, Convenzioni, Consorzi sociali, Fondazioni, Comuni singoli; e poi con la Conferenza Aziendale dei Sindaci e con le forme organizzative di Area Vasta).

2.1. Strumenti per l'integrazione sociosanitaria

Il primo gruppo di strumenti riguarda l'integrazione sociosanitaria. La proposta regionale individua chiaramente un impianto composto da: Conferenza Integrata SocioSanitaria, Direttore sociosanitario di zona, Piano Integrato di salute, Ufficio di piano, Budget sociosanitario di zona, Accordo di collaborazione. Di seguito vengono avanzate delle osservazioni ritenute utili e necessarie per il loro efficace funzionamento.

Estensione delle materie

La proposta regionale individua la Conferenza Integrata SocioSanitaria come il luogo istituzionale deputato all'integrazione, naturalmente le materie interessate dovranno essere definite con chiarezza:

- Non autosufficienza Anziani e Disabili
- Attività integrate di livello distrettuale Materno Infantile
- Attività integrate di livello distrettuale Dipendenze Patologiche
- Attività integrate di livello distrettuale Salute Mentale
- Promozione e educazione alla salute

A questo scopo è determinante l'introduzione di una declaratoria delle materie sanitarie a rilevanza sociale e di quelle ad alta integrazione sociosanitaria.

Resta da definire il regime di governance almeno per le altre materie afferenti al livello assistenziale della sanità territoriale, secondo le determinazioni normative ancora in vigore per le SdS, slegandole ovviamente dalle previsioni dell'art. 142 bis della L.R.T. 40/2005 poiché nella nuova prospettiva rimarrebbero comunque affidate alle aziende sanitarie:

- Sistema dei presidi distrettuali e case della salute
- Cure Primarie
- Medicina d'iniziativa

Conferenza Integrata SocioSanitaria

La proposta regionale delinea la composizione dell'organismo e tratteggia alcune delle sue funzioni principali, è necessario definire in maniera più specifica le competenze dell'organo e le sue modalità di funzionamento:

- Definisce gli indirizzi per la pianificazione strategica.
- Approva il Piano Integrato di Salute.
- Approva il budget integrato di ambito zonale.
- Esprime parere vincolante sulla nomina del responsabile di zona-distretto.
- Adotta lo schema dell'accordo di collaborazione.

A fronte della riduzione delle competenze rispetto alle SdS, resta di fondamentale importanza assegnare una reale funzione vincolante alle delibere della Conferenza Integrata SocioSanitaria, con particolare riferimento al budget integrato di zona.

Direttore sociosanitario di zona

Dal punto di vista organizzativo vanno precisate le modalità di nomina e le competenze richieste per questa figura e, soprattutto, va definita la sua collocazione funzionale e operativa nell'organizzazione aziendale sanitaria.

Alcune osservazioni specifiche:

- Nomina condivisa con i comuni del Direttore sociosanitario considerando nei requisiti di accesso sia i profili professionali di provenienza sanitaria che quelli sociali.

- Delega obbligatoria e uniforme per tutte le aziende sanitarie delle materie di competenza del Direttore socio-sanitario.
- Vincolo delle risorse destinate alle materie di competenza del Direttore socio-sanitario.
- Contabilità separata all'interno delle aziende sanitarie delle materie di competenza del Direttore socio-sanitario.
- Definizione delle funzioni tecnico-amministrative del sistema socio-sanitario assegnate al Direttore socio-sanitario. (supporto amministrativo alla zona-distretto, flussi informativi territoriali, responsabilità della contabilità separata).

Piano Integrato di Salute

Oltre alla determinazione degli indicatori di salute, il nuovo sistema dell'integrazione ha bisogno assoluto della cosiddetta 'programmazione attuativa'. Uno strumento semplice ed efficace che permetta di coniugare le azioni programmate con l'effettiva disponibilità delle risorse annuali di provenienza comunale, aziendale, regionale e statale. Solo il rapporto serio e vincolante tra azioni programmate, budget integrato e bilanci annuali di provenienza, può dare un minimo di consistenza all'uscita dalle SdS per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

Alcune osservazioni specifiche:

- Aggiornare il ciclo della programmazione pluriennale integrata in relazione alle norme sulle funzioni fondamentali comunali.
- Definire le materie, i tempi e le modalità della 'programmazione attuativa annuale'.
- Definire i vincoli e le modalità di controllo sull'andamento e sui risultati della programmazione.

Ufficio di piano

L'ufficio di piano è costituito dall'incontro e dall'integrazione di figure professionali provenienti dalle amministrazioni comunali, o dalle loro organizzazioni associate, dalle aziende sanitarie e dai consorzi SdS preesistenti. E' comunque necessario garantire la prosecuzione delle strutture organizzative utilizzate a questo stesso scopo dalle attuali SdS, in caso contrario l'ottimizzazione e la qualificazione delle risorse esistenti già realizzato in molte SdS andrebbero colpevolmente disperse. A questo scopo va esaminata con estrema attenzione la composizione dell'ufficio di piano, anche in relazione alle distinte aree di lavoro da ricoprire che riguardano sia l'assistenza alla CISS, sia il supporto alla programmazione e al monitoraggio, sia il supporto alla gestione dei servizi integrati. Così come va definito rigorosamente il rapporto di responsabilità che lega il direttore socio-sanitario di zona con l'ufficio di piano, e le funzioni che svolge l'ufficio di piano nell'ambito della zona-distretto.

Alcune osservazioni specifiche:

- Definizione delle competenze e degli strumenti utilizzati dall'Ufficio di piano.
- Definizione delle funzioni di supporto alle attività amministrative della CISS.
- Definizione delle funzioni di supporto alla programmazione del sistema territoriale dei servizi (PIS, Programmazione Attuativa, Budget, Fondi finalizzati, Progettazione, ecc..).
- Definizione delle funzioni di supporto alla raccolta dei flussi informativi di zona (Aster – AD/RSA FRC 115 – Risk – Simba – Rilevazione Istat – Livelli base di cittadinanza sociale, ecc..)
- Definizione delle funzioni di supporto alla gestione dei servizi socio-sanitari integrati e alla eventuale gestione dei servizi socioassistenziali (Regolamenti, Bilanci, Percorsi assistenziali, ecc..)

Budget integrato di zona

Con le Società della Salute è stato raggiunto un risultato unico nelle pratiche dell'integrazione: la possibilità di realizzare un solo bilancio economico su base zonale, in grado di coordinare e allocare contemporaneamente fonti finanziarie di natura sanitaria e di natura sociale pur mantenendone distinte le rendicontazioni. Malgrado solo una parte delle SdS abbia pienamente utilizzato questo potentissimo strumento evolutivo, rispetto al passato il salto di qualità è stato comunque enorme. E' difficile che il Budget integrato di zona possa sostituire appieno un vero e proprio bilancio economico annuale e pluriennale tuttavia, se rigorosamente coordinato con gli strumenti di programmazione e vincolato alle decisioni della CISS, questo strumento può svolgere un ruolo utile all'integrazione socio-sanitaria.

Alcune osservazioni specifiche:

- Le risorse assegnate al budget socio-sanitario di zona devono trovare il corrispettivo vincolo nei bilanci annuali di provenienza.
- Le risorse destinate alle attività sanitarie a rilevanza sociale devono trovare specifica evidenza nei bilanci delle aziende sanitarie ed essere gestite con contabilità separata.
- Le risorse destinate alle attività sociali a rilevanza sanitaria devono trovare specifica evidenza nei bilanci delle amministrazioni comunali ed essere gestite con contabilità separata nelle loro forme associate.

Accordo di collaborazione

Sciogliendo il legame della società della salute, che è un vero e proprio soggetto giuridico, i comuni e le aziende sanitarie possono trovare le forme di collaborazione operativa attraverso i normali accordi di cooperazione orizzontale da tempo previsti nella normativa nazionale. E' importante che l'accordo di collaborazione in materia di integrazione sociosanitaria acquisisca una sua caratterizzazione specifica nelle normative regionali, e che sia definito un riferimento-tipo con l'indicazione di alcuni contenuti essenziali e di alcuni spazi di flessibilità, in modo da adattare gli accordi alle condizioni peculiari di ogni singolo ambito zonale.

Resta da definire quali attività sociosanitarie possono essere realizzate dalle forme associate comunali in accordo con l'azienda sanitaria di riferimento (es. il fondo per la non autosufficienza può essere assegnato sia alla Azienda sanitaria, sia all'Unione o Convenzione comunale che ricomprenda i comuni della zona).

Alcune osservazioni specifiche:

- Definizione obbligatoria degli assetti organizzativi integrati adottati dalla zona.
- Definizione delle forme di cooperazione scelte in ambito professionale e delle relative soluzioni organizzative individuate.
- Definizione dei percorsi assistenziali adottati in ciascuna area assistenziale e conferma del percorso assistenziale per la non autosufficienza come fondamento dell'integrazione sociosanitaria.
- Definizione dei documenti annuali di programmazione economica-finanziaria (dei Comuni e dell'Azienda) necessari alla determinazione del budget sociosanitario di zona, in relazione alla declaratoria delle materie sociosanitarie e socioassistenziali.
- Definizione delle forme di cooperazione scelte per la realizzazione delle attività sociosanitarie integrate, e relative soluzioni organizzative individuate.
- Definizione delle forme di cooperazione eventualmente scelte per la realizzazione delle attività socioassistenziali, e relative soluzioni organizzative individuate.
- Definizione delle forme e dei percorsi di partecipazione in ambito sociosanitario e in ambito socioassistenziale.

2.2. Esercizio delle funzioni fondamentali comunali

Il secondo gruppo di strumenti riguarda le funzioni fondamentali comunali relative alla rete dei servizi sociali. Come è noto l'esercizio associato di queste funzioni può avvenire solo per mezzo dell'Unione dei comuni o della Convenzione tra comuni. Il primo è un soggetto giuridico a tutti gli effetti con una propria organizzazione, il secondo basa le proprie attività amministrative su un ufficio unico e quelle più gestionali sulle capacità del comune capofila.

Recentemente nella normativa nazionale è stata introdotta la facoltà di non sopprimere i consorzi di comuni attivi in campo socioassistenziale, a condizione che siano strettamente legati alla produzione di servizi. A ciò si aggiunge la possibilità, mai venuta meno, di formare allo stesso scopo delle fondazioni. Naturalmente questi ultimi strumenti, per la loro stessa natura operativa, difficilmente possono sostituire completamente le forme associative comunali e la loro capacità di rappresentare in maniera unitaria le potestà amministrative dei singoli comuni.

In realtà a questo gruppo di strumenti manca un tassello che permetta di ricomporre l'ambito territoriale sociale con maggiore facilità e flessibilità amministrativa. Il punto è che il processo associativo a cui sono obbligati i comuni sotto i 5.000 ab. è già avviato da tempo, e si è organizzato in relazione ad ambiti di riferimento minori e indipendenti dagli ambiti sociosanitari. Per il momento solo in cinque casi la forma associata comunale è omogenea e ampia quanto la zona sociosanitaria, si tratta infatti di unioni che coinvolgono tutti i comuni dell'ambito zonale.

E' indispensabile, quindi, la definizione di uno strumento associativo dedicato esclusivamente alle funzioni sociali, che in modo volontario permetta di riallineare su base zonale le potestà amministrative sia dei comuni obbligati sia dei comuni più grandi e di coordinare le loro forme gestionali. A questo scopo è necessario:

- Definire ambiti territoriali sociali coerenti con le zone sanitarie, allo scopo di mantenere le relazioni operative tra comuni di dimensioni diverse all'interno dello stesso ambito territoriale.
- Definire una forma per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali sociali in grado di aggregare i comuni non obbligati con i comuni che hanno già assolto ai loro obblighi associativi; una forma dedicata alla funzione sociale ed estesa alla dimensione zonale.
- Esplicitare le 'Fondazioni' tra gli strumenti per la gestione delle attività sociali.

2.3. Governance istituzionale

Il terzo gruppo di strumenti riguarda la governance istituzionale in sanità. L'assemblea dei soci delle Società della salute ha sostituito l'Articolazione zonale della conferenza dei sindaci, quindi ha portato le funzioni di programmazione strategica, di programmazione attuativa e di controllo delle attività di assistenza sanitaria territoriale entro una relazione molto più evoluta e strutturata.

Dal punto di vista tecnico si tratta di individuare il luogo e le nuove modalità con cui le amministrazioni locali, l'amministrazione regionale e le aziende sanitarie si incontrano per esercitare la governance delle materie afferenti alla sanità territoriale. Se la proposta regionale individua un organo di livello zonale strettamente deputato a realizzare l'integrazione sociosanitaria, resta ancora indeterminato il percorso sulle altre materie sanitarie territoriali di competenza delle attuali SdS, al di là della forma di gestione che tornerà ad essere completamente affidata alle aziende sanitarie.

Conferenza Aziendale dei Sindaci

La Conferenza aziendale dei sindaci è ovviamente il primo organismo interessato da evoluzioni di questo tenore, a questo proposito si propongono alcune integrazioni alle attuali previsioni normative.

A. La conferenza aziendale dei sindaci assume la funzione di snodo tra la creazione dell'area vasta e la dimensione locale delle zone-distretto, pertanto la conferenza aziendale dei sindaci è parte attiva relativamente a:

- l'interazione tra l'organizzazione dei servizi in ambito zonale, l'organizzazione in ambito aziendale e la costruzione degli ambiti di area vasta con i relativi standard di riferimento;
- l'interazione tra i piani integrati di salute, il piano attuativo locale e il piano di area vasta con le rispettive dotazioni economico-finanziarie.

B. La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale, o loro delegati, e dal direttore generale, o suo delegato; i diversi soggetti sono rappresentati secondo pesi relativi e la conferenza svolge le proprie funzioni attraverso il voto ponderato. Tra le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione è prevista anche quella dell'espressione di un parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale.

C. In riferimento all'organizzazione dei servizi sanitari ricompresi nel livello essenziale di assistenza territoriale, la conferenza aziendale dei sindaci definisce con il direttore generale della azienda sanitaria accordi reciprocamente vincolanti nelle materie relative a:

- Organizzazione della rete dei presidi e delle case della salute
- Sviluppo delle aggregazioni funzionali dei medici di medicina generale
- Organizzazione dei servizi per le cure primarie
- Sviluppo delle azioni per la sanità d'iniziativa
- Organizzazione delle attività ad alta integrazione relative alla Salute Mentale e alle Dipendenze Patologiche

D. La Conferenza aziendale dei sindaci è dotata di una segreteria che supporta il funzionamento dell'organismo, le sue attività amministrative e il suo concorso alla programmazione, anche in relazione ai relativi uffici di piano.

Conferenza dei Sindaci di area Vasta

L'Area Vasta è il passaggio successivo della cosiddetta 'governance multilivello', anche in questo caso si propongono alcune integrazioni alle attuali previsioni normative.

A. La Conferenza dei sindaci di area vasta regola le relazioni tra i comuni e le aziende sanitarie afferenti alla stessa area vasta, ivi comprese le aziende ospedaliero universitarie, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri, e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale. La Conferenza dei sindaci di area vasta è composta dai Presidenti delle Conferenze aziendali dei sindaci e delle Conferenze zonali dei sindaci (o altro organismo corrispondente), afferenti alla stessa Area vasta.

B. In particolare la Conferenza dei sindaci di area vasta:

- a) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta;
- b) approva il piano di area vasta;
- c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina coordinatore di area vasta;
- d) esamina gli atti del bilancio consolidato di area vasta di previsione e consuntivo;

- e) propone al Presidente della Giunta regionale la revoca del coordinatore di area vasta;
- f) esprime parere obbligatorio sui piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie e relative relazioni aziendali.

C. La Conferenza dei sindaci di area vasta esprime parere obbligatorio sugli atti di programmazione dell'area vasta (offerta percorsi assistenziali, livelli appropriati di erogazione, consolidamento bilanci Asl, modifiche a PAL e PAO), e sui conseguenti atti di concertazione interaziendale.

D. La Conferenza dei sindaci di area vasta è dotata di una segreteria che supporta il funzionamento dell'organismo, le sue attività amministrative e il suo concorso alla programmazione.

3. Percorso di trasformazione o liquidazione del consorzio

Il complesso degli interventi normativi da individuare per permettere il superamento dei consorzi SdS riguarda perlomeno quattro leggi regionali:

- L.R.T. 40/2005 'Disciplina del servizio sanitario regionale'
- L.R.T. 41/2005 'Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale'
- L.R.T. 66/2008 'Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza'
- L.R.T. 68/2011 'Norme sul sistema delle autonomie locali'

Le attività tecniche di elaborazione delle proposte e delle soluzioni dovranno garantire il massimo coordinamento possibile tra le diverse normative regionali interessate.

Fase liquidatoria dei consorzi SdS

In caso di trasformazione della SdS nel consorzio sociale (ipotesi B), rispetto alla tempistica proposta è opportuno considerare la possibilità di prevedere prima il recesso dell'Azienda Asl e poi la trasformazione del consorzio:

- a. Approvazione Legge regionale
- b. Delibera Usl recesso dal consorzio
- c. Delibera assemblea consortile di presa d'atto del recesso USL con allegato piano di scorporo/ di liquidazione dei beni mobili, immobili, dei rapporti attivi /passivi della Usl.
- d. Delibera Assemblea di trasformazione in altra forma con allegato nuovo Statuto, nuova Convenzione ecc.
- e. Decreto di estinzione della Sds nella forma attualmente conosciuta per eventuali rapporti residuali.

L'Azienda sanitaria subentra nelle funzioni già svolte dalla SdS in materia socio sanitaria secondo gli assetti gestionali definiti nel piano di scorporo.

Personale

Le Società della salute si avvalgono di personale proveniente dagli enti consorziati e, in misura molto minore, di personale proprio. I rapporti di lavoro sono multiformi, annoverando rapporti a tempo indeterminato, determinato e un largo ventaglio di rapporti cosiddetti 'atipici'. In non pochi casi si tratta di personale impegnato da molti anni, alcuni fin dall'avvio delle sperimentazioni, che hanno accumulato un bagaglio estremamente significativo di esperienze specifiche sul campo, oltre a diritti eventualmente tutelabili nelle forme consentite. Si tratta di un patrimonio da non disperdere. A questo scopo il piano di successione, sia nell'ipotesi A che nell'ipotesi B, dovrà assicurare la piena copertura del personale impegnato, in qualsiasi forma e di qualsiasi provenienza, nella Società della Salute.

Fase transitoria

Appare opportuno valutare l'opportunità di definire in maniera più approfondita la fase transitoria precedente al completamento delle trasformazioni o delle liquidazioni dei consorzi SdS.