



Il nuovo assetto sociosanitario della Toscana

Una prima lettura delle modifiche alle leggi regionali di settore

Settembre 2014

Redazione a cura di Michelangelo Caiolfa

Federsanità – Anci Toscana

Indice

Parte Prima - Gli aspetti generali

1. Introduzione

- 1.1. I passaggi fondamentali di questi anni
- 1.2. La posizione di Anci Toscana
- 1.3. Le Proposte di Legge 312 e 313 del 2014
- 1.4. Le scelte della politica

2. La struttura delle leggi regionali 44/2014 e 45/2014

- 2.1. La governance istituzionale
- 2.2. Gli assetti zonali
- 2.3. La programmazione integrata
- 2.4. Legenda

3. Gli elementi di pragmatismo assunti nelle nuove normative sociosanitarie

- 3.1. Il monitoraggio delle Società della salute
- 3.2. I principali aspetti da evidenziare
- 3.3. I nuovi strumenti per l'integrazione

Parte Seconda - Alcuni approfondimenti

4. Il processo di costruzione dei nuovi assetti sociosanitari

- 4.1. L'ambito territoriale sociale
- 4.2. L'integrazione sociosanitaria
- 4.3. Le Società della salute

5. Gli strumenti di programmazione

- 5.1. Il piano di inclusione zonale
- 5.2. L'atto per l'integrazione e il programma delle cure primarie
- 5.3. Il piano integrato di salute

6. I luoghi della *governance* istituzionale e gli istituti di partecipazione

- 6.1. La conferenza aziendale
- 6.2. La *governance* multilivello
- 6.3. Gli istituti per la partecipazione

Allegati

- A. Raccolta coordinata degli articoli della l.r. 40/2005 modificati dalla l.r. 44/2014
- B. Raccolta coordinata degli articoli della l.r. 41/2005 modificati dalla l.r. 45/2014

1. Introduzione

Di modificare l'assetto regionale sociosanitario fondato sulle società della salute si è iniziato a parlare tra il 2010 e il 2011, in seguito all'introduzione di alcune normative che riguardavano le materie di competenza comunale. Si trattava solo dell'inizio di una lunghissima e controversa vicenda nazionale che tra cambiamenti, ondeggiamenti e contraddizioni, ha condizionato fino ad ora la definizione delle funzioni fondamentali comunali, le forme per il loro esercizio associato e, di conseguenza, anche le modalità dell'integrazione sociosanitaria sia a livello nazionale che regionale.

Parallelamente anche il sistema sanitario nazionale è entrato in un complesso periodo di riorganizzazione sotto l'impulso contemporaneo di due grandi forze trasformative: l'esigenza di superare il baricentro assistenziale storicamente assegnato alle attività ospedaliere, per arrivare a definire una compiuta organizzazione territoriale in grado di affrontare il mutamento dei bisogni di salute in atto; i riflessi della crisi economica e infrastrutturale che ha scaricato i suoi effetti anche sulla capacità di finanziamento pubblico del servizio sanitario, e lo ha fatto in modo a volte scomposto e improvvisato.

Si tratta di due processi di cambiamento dalla portata enorme, che si trovano ancora in una fase intermedia di sviluppo. Probabilmente si assesteranno tra qualche anno, quando dalle riforme costituzionali sarà scaturito un assetto abbastanza solido e stabile anche per le amministrazioni locali, e quando sarà compiuto il riordino delle materie ora concorrenti tra stato e regioni anche in campo sanitario.

1.1. I passaggi fondamentali di questi anni

Finora sono state le norme in materia di razionalizzazione della spesa, il vero strumento con cui i governi statali che si sono avvicendati in questi anni hanno governato gli assetti organizzativi degli enti locali. Una vicenda analoga ha riguardato anche gli assetti delle organizzazioni sanitarie, seppure in modo più indiretto nel caso delle regioni che non hanno presentato disequilibri significativi nel bilancio di parte sanitaria. Come è noto, queste azioni di razionalizzazione hanno avuto un'origine e delle traduzioni operative piuttosto complesse e travagliate, che si stanno protraendo da anni dando vita a norme applicative che cambiano ogni sei mesi in maniera spesso incoerente e contraddittoria.

Gli effetti di queste misure sono evidenti anche nel caso dell'integrazione sociosanitaria toscana. Riassumendo al massimo la complessa vicenda che si è dipanata in questi anni, è possibile individuare tre passaggi fondamentali:

- A. La discussione della forma consortile assunta dalle Società della salute.
- B. La proposta di un assetto sociosanitario alternativo a quello centrato sulle Società della Salute.
- C. Il riordino degli enti del servizio sanitario regionale e le nuove modalità di integrazione sociosanitaria.

A. La discussione della forma consortile assunta dalle Società della salute.

Il punto di partenza è rappresentato dall'art. 2, comma 186, lettera e), della legge finanziaria statale 2010 (legge 191/2009), sostanzialmente confermato da una sentenza della Corte Costituzionale (sent. n. 326/2010), che disponeva la soppressione dei consorzi di funzioni tra gli enti locali, con assunzione da parte dei comuni *'delle funzioni già esercitate dai consorzi soppressi e delle relative risorse e con successione ai medesimi consorzi in tutti i rapporti giuridici e ad ogni altro effetto'*.

Secondo l'interpretazione prevalente (anche se non esclusiva, vedi Delibera 101/2010 della Sezione Piemonte della Corte dei Conti) tale disposizione si applicava, a decorrere dal 2011, ai singoli enti per i quali avrebbe avuto luogo il rinnovo del rispettivo consiglio, con efficacia dalla data del medesimo rinnovo.

Successivamente il decreto legge 78/2010, convertito dalla legge 22/2010, ha anticipato alcuni importanti contenuti della riforma delle autonomie locali. In particolare:

- Ha definito come funzioni fondamentali dei comuni quelle elencate dall'art. 21 comma 3 legge delega sul federalismo (legge 42/2009) che comprendono l'assistenza sociale.
- Ha previsto che le funzioni fondamentali siano obbligatoriamente esercitate in forma associata dai comuni sotto i 5.000 ab. (3.000 ab. per quelli montani) tramite convenzione o unione di comuni.
- Ha previsto che i comuni capoluogo di provincia, o con popolazione superiore a 100.000 ab., non sono obbligati all'esercizio delle funzioni in forma associata.

La legge regionale toscana nel 2005 istituì le Società della Salute in forma di consorzi *'ai sensi della vigente normativa in materia di enti locali'*. Alla data della sua entrata in vigore quella disciplina regionale era perfettamente conforme con le disposizioni nazionali, sia per quanto riguarda la forma associativa prescelta che per quanto attiene alle competenze attribuite ai nuovi enti così istituiti. Le normative nazionali intervenute successivamente, invece, hanno sollevato delle problematiche giuridiche secondo due distinti profili:

- La natura giuridica consortile delle SdS, in rapporto alle norme che dispongono la soppressione dei consorzi di funzioni.
- L'esercizio da parte delle SdS delle funzioni di organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale (rientranti nell'ambito delle funzioni fondamentali dei Comuni), in rapporto alle norme che permettono l'esercizio associato solo tramite convenzione o unione dei comuni.

B. La proposta di un assetto sociosanitario alternativo alle SdS.

Durante la Conferenza regionale del 19 febbraio 2013 è stata presentata una *'Ipotesi di revisione del modello organizzativo per l'integrazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali'*. Cardine della proposta era l'istituzione a livello zonale della Conferenza per l'integrazione socio-sanitaria, un organismo che avrebbe riunito i comuni della zona con l'azienda sanitaria di riferimento per governare l'integrazione, elaborare la programmazione zonale su queste materie e il PIS, costruire un budget sociosanitario di riferimento, regolare l'accesso ai servizi. Importantissima era la previsione del voto ponderato e la capacità deliberativa sulla gestione integrata socio-sanitaria. In relazione al Ciss erano previsti anche un Direttore socio-sanitario di zona e un Ufficio di piano. Lo strumento giuridico previsto per regolare questo tipo di costruzione era l'unico possibile in quel momento: un accordo di collaborazione tra gli enti.

Nel frattempo si sono alternati molti interventi di modifica delle norme nazionali che riguardavano i consorzi comunali. Tra le varie vicende, all'art. 9 della legge 135/2012 (che ha convertito il decreto legge 95/2012) è stato introdotto il comma 1-bis che consentiva il mantenimento dei consorzi comunali nelle materie socioassistenziali. Resta comunque aperta la questione relativa al rapporto tra questo istituto e l'esercizio associato obbligatorio delle funzioni fondamentali da parte dei comuni sotto i 5.000 / 3.000 abitanti.

C. Il riordino degli enti del servizio sanitario regionale e le nuove modalità di integrazione sociosanitaria.

Nella seduta del 18 dicembre 2013, il Consiglio regionale ha approvato una mozione che impegna *'la Giunta e il Consiglio a presentare entro marzo 2014 una nuova proposta di organizzazione degli enti del sistema sanitario regionale ed a presentare le proposte di legge necessarie, volte ad armonizzare la normativa vigente*

in materia, al fine di prevedere il superamento dell'attuale sistema incentrato sulle Società della Salute salvaguardando il principio dell'integrazione socio-sanitaria e valorizzando il ruolo degli enti locali.'

In quel momento in Consiglio regionale giacevano due proposte di modifiche alla l.r. 40/2005 che, tuttavia, non sviluppavano una nuova organizzazione degli enti del sistema regionale toscano limitandosi a prevedere la semplice e repentina soppressione delle Società della salute.

Durante i lavori di tipo tecnico che erano stati avviati nell'ormai lontano gennaio 2011, (a cui hanno partecipato tecnici regionali, delle sds, dei comuni, dell'anci e dell'uncem) era emersa con nettezza anche un'ipotesi più evoluta e articolata. Si trattava di un vero disegno organico che riguardava il riassetto dei livelli di *governance* che legano le amministrazioni comunali alle aziende sanitarie; livelli che a loro volta venivano coordinati con alcuni strumenti associativi di ambito zonale capaci di sostenere adeguatamente sia l'integrazione sociosanitaria, sia l'esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali.

1.2. La posizione di Anci Toscana: tre linee di azione contestuali

Nel corso dell'intero periodo di interlocuzione politica e tecnica che ha preceduto l'elaborazione delle PdL 312 e 313, l'Anci Toscana ha sempre mantenuto la posizione poi raccolta nel documento 'Per la salute dei toscani' del maggio 2013. Il nodo fondamentale consisteva nel considerare le società della salute non come semplici strumenti di integrazione dei servizi sociosanitari per non-autosufficienti, ma come strumenti di sistema immersi in un vasto insieme di interrelazioni che andavano dal governo associato delle materie sociali, sociosanitarie e della sanità territoriale, fino agli elementi di governance sanitaria diventati da tempo un presidio tradizionale nel mondo toscano.

Secondo Anci Toscana, dunque, la trasformazione delle Società della salute avrebbe necessariamente implicato il coordinamento di un insieme di misure specifiche volte a recuperare, in maniera distinta ma contestuale, le tre funzioni di sistema insite nella natura stessa del consorzio:

- La ricostruzione degli strumenti di *governance* tra regione e comuni.
L'assemblea delle Società della salute assorbe il ruolo e le funzioni della Conferenza zonale dei sindaci, incardinandone le attività sull'impianto fornito da un ente pubblico che rende efficace la sua attività deliberativa. Attività che viene espressa attraverso un voto ponderato a cui partecipa direttamente anche il direttore generale dell'azienda sanitaria. Per questi motivi, superare il sistema delle società della salute implica il riordino dei livelli e delle modalità di funzionamento dell'intero sistema di *governance* istituzionale regionale.
- L'aggiornamento degli strumenti associativi e operativi per l'integrazione sociosanitaria.
Eliminare il consorzio sociosanitario e sostituirlo con una Conferenza zonale integrata che non si appoggia su uno strumento giuridico abbastanza solido, rappresenterebbe un rischio per tutti i servizi integrati. Lo strumento più flessibile e adattabile sia alle esigenze dei comuni che a quelle delle aziende sanitarie, almeno per il momento, non può che essere una Convenzione associativa su base zonale riferita all'esercizio associato delle funzioni sociosanitarie integrate. Una Convenzione che, condizione assolutamente fondamentale, sia stipulata tra i comuni (singoli o associati) dello stesso ambito zonale insieme all'azienda sanitaria di riferimento.
- La tenuta dell'ambito territoriale sociale, in relazione ai nuovi assetti delle istituzioni locali e agli obblighi di associazione per i piccoli comuni.

Le Società della salute sono state costruite per esercitare anche la gestione associata comunale dei servizi sociali in ambito zonale, se le si vuole superare occorre individuare uno strumento che può sostituirle in questa funzione di sistema. La l.r. 68/2012 regola le forme associative dei comuni obbligati, individuando degli ambiti territoriali necessariamente ridotti in cui è possibile esprimere tale propensione. Buona 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.

Secondo Anci Toscana a queste tre linee principali andavano aggiunte altre due azioni di sistema: la definizione del percorso amministrativo per l'eventuale superamento della forma consortile nel corso del 2014-2015; il sostegno fornito da un programma di accompagnamento realizzato congiuntamente da regione e comuni.

Come emerge chiaramente da queste argomentazioni, il superamento delle società della salute costituisce un obiettivo molto complesso che esige risposte all'altezza della situazione, da ottenere attraverso la produzione di misure normative molto delicate che si sostengono e si influenzano a vicenda per comporre un quadro di governo (istituzionale, professionale e tecnico) coerente ed efficace. Misure che devono intervenire in maniera coordinata sia in materia sanitaria e sociosanitaria che in materia sociale.

1.3. Le Proposte di Legge 312 e 313 del 2014

Una pausa nel complesso vortice delle norme statali di razionalizzazione della spesa pubblica, ha permesso di costruire una proposta di riassetto sociosanitario sufficientemente solida e coerente in attuazione dell'impegno preso dal Consiglio regionale nel dicembre 2013. Le Proposte di Legge 312 e 313 modificano rispettivamente la l.r. 41/2005 e la l.r. 40/2005 introducendo una serie di misure strettamente coordinate tra loro e capaci di affrontare tutto il complesso dei problemi presentati dal riassetto sociosanitario.

L'integrazione sociosanitaria prevista dalla proposta di legge n. 313 si basa su un ventaglio ridotto di strumenti associativi e operativi rispetto ai quali i singoli ambiti territoriali possono trovare l'assetto che garantisce loro il migliore equilibrio e la maggiore efficacia, sempre nel quadro degli obiettivi condivisi con l'intero sistema regionale. Alcune delle combinazioni possibili rappresentano delle soluzioni del tutto inedite e potenzialmente interessanti per tutto il territorio nazionale. Tra queste opzioni, lo stesso consorzio 'Società della Salute' può ritrovare una sua collocazione adeguata e coesistere correttamente con altri strumenti associativi ed operativi.

Lo stretto coordinamento tra le due proposte di legge permette anche di tracciare un compiuto sistema di governance che regola su più livelli i rapporti tra la regione e i comuni, integrandosi in maniera strutturale con le aziende sanitarie e le forme associate comunali. Anche in questo caso vengono affrontati alcuni dei problemi di maggiore rilievo emersi dal 2005 ad oggi, avanzando diverse soluzioni fortemente innovative ma altrettanto interessanti e sostenibili. Il ruolo rinnovato attribuito alla conferenza regionale e alle singole conferenze aziendali pone nuovamente l'accento sulla reale capacità di condivisione dei problemi e delle soluzioni da parte delle responsabilità amministrative dei comuni e delle aziende, e rappresenta una grande sfida per il futuro.

La proposta di legge n. 312 ricostruisce, nell'ambito dei nuovi contesti normativi nazionali, alcuni dei punti fermi che da sedici anni hanno caratterizzato il sistema sociale integrato toscano: la coincidenza dell'ambito sociale e della zona-distretto, l'unicità della programmazione integrata, la possibilità di gestione integrata dei servizi, i riferimenti unitari per gli aspetti professionali e per quelli di programmazione su base zonale. Anche

in questo caso sono presenti dei contenuti profondamente innovativi e particolarmente interessanti, come il riferimento incrociato tra le funzioni fondamentali in ambito sociale e gli obiettivi di servizio della programmazione regionale e locale.

Successivamente il lavoro di ascolto e di approfondimento svolto dalla IV Commissione consiliare permanente, particolarmente ampio e accurato, ha ulteriormente migliorato l'impianto iniziale delle proposte di legge grazie anche alla grande attenzione e al corposo contributo fornito dalle strutture tecniche preposte. Il Consiglio regionale ha così varato, in un tempo relativamente breve, un articolato particolarmente complesso in grado di dare vita ad un processo evolutivo di ampia portata sui temi dell'associazionismo, dell'integrazione e della governance nelle materie sanitarie e sociali.

1.4. Le scelte della politica

Appare evidente come questo lunghissimo periodo sia stato segnato dalla compresenza di due opzioni agite contemporaneamente e che si sono sovrapposte 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, strette tra la complessità delle azioni da realizzare e le scadenze sempre più ravvicinate e ultimative richieste dalle misure di razionalizzazione della spesa.

La richiesta di una 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 pochissimo tempo i processi riorganizzativi sono di solito 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 da più parti è stata avanzata la richiesta di una forte azione di riorganizzazione del sistema sanitario regionale e della messa a regime di un nuovo sistema di *governance* istituzionale, più evoluto ed efficace dell'attuale.

Purtroppo questa richiesta è stata legata, talvolta in modo un po' raffazzonato, ad una proposta di azzeramento delle esperienze nate con le Società della salute che è stata avanzata secondo una linea piuttosto secca e repentina. Ne è scaturita la forte sensazione che il superamento delle Società della Salute, sul piano della programmazione delle politiche, in realtà avrebbe condotto alla totale estromissione delle amministrazioni locali dalla partecipazione al governo della sanità sia a livello locale che regionale. Occorre considerare che questa vicenda ha subito una violenta accelerazione proprio mentre il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale stava segnando uno degli innumerevoli episodi controversi che hanno caratterizzato il suo travagliato iter. Il PSSIR era stato congelato e la D.G.R. 1235/2012, che tratta le azioni di

riordino del SSR assumendo di fatto le funzioni proprie di un *piano attuativo regionale*, era stata ampiamente illustrata in Conferenza Regionale, nelle Conferenze aziendali e in una miriade di altre occasioni pubbliche, ma solo dopo la sua approvazione che era avvenuta prima di qualsiasi confronto istituzionale.

Da parte delle amministrazioni comunali, tuttavia, 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 reale confronto tra le responsabilità istituzionali e quelle tecniche. Un percorso ovviamente faticoso, che difficilmente porta al consenso generalizzato su ciascuna delle misure da prendere, ma che rende chiare le diverse posizioni e comprensibili gli obiettivi da perseguire. Soprattutto, rende possibile costruire un terreno competente in cui i conflitti e gli interessi in gioco possono confrontarsi e portare comunque un contributo all'evoluzione dei sistemi pubblici nella sanità e nel sociale.

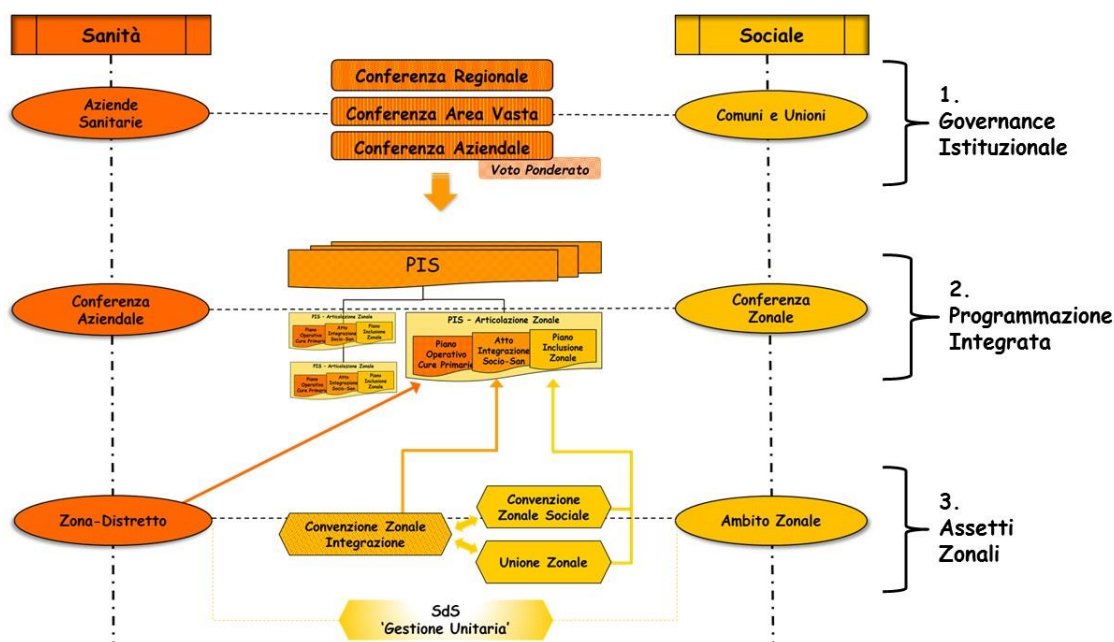
Il disegno che sostiene le ultime modifiche portate alle principali leggi regionali in materia cerca di rispondere positivamente a queste due richieste, entrambe legittime e opportune: una maggiore centralizzazione dei processi di riorganizzazione, una maggiore concertazione istituzionale. Difatti viene fortemente rafforzato il processo 'associativo' di riorganizzazione, e vengono assegnati funzioni e ruoli ai luoghi di *governance*, cercando nel contempo di allargare lo sguardo verso i futuri processi di cambiamento a cui saranno sottoposti sia gli assetti delle amministrazioni locali che quelli delle organizzazioni sanitarie.

2. La struttura delle leggi regionali 44/2014 e 45/2014

Il processo di riorganizzazione dell'attuale sistema regionale sociosanitario interviene in un periodo di grandi mutamenti, che si producono senza soluzione di continuità sia in campo sanitario che nelle materie degli enti locali. Il punto è che queste due dinamiche, la riorganizzazione dei sistemi sanitari verso assetti organizzativi basati sulle attività territoriali e la riorganizzazione delle funzioni fondamentali degli enti locali e delle relative modalità di esercizio, non sono ancora giunte a dei punti di approdo stabili, certi e duraturi.

Le proposte di modifica della l.r. 40/2005 e della l.r. 41/2005 introducono delle innovazioni che cercano ricostruire un impianto coeso, ordinato, efficace, ma anche sufficientemente flessibile, in modo da permettere al sistema di adattarsi alle future evoluzioni degli assetti istituzionali e organizzativi locali.

Per queste ragioni le proposte di legge provano a ribaltare la classica impostazione su cui si basano le architetture istituzionali, partendo dal basso: dalle necessità e dai bisogni di salute delle nostre comunità, e dalle esigenze pratiche di enti locali ed aziende sanitarie. Per perseguire questo obiettivo non si affidano a sovrastrutture imposte dal centro ma forniscono un ristretto ventaglio di opzioni gestionali per l'integrazione. Tutte, però, devono rispondere ad un sistema di programmazione regionale fondato su obiettivi di salute condivisi e concertati, chiari e resi evidenti dalla letteratura scientifica internazionale, dalle evidenze epidemiologiche, e soprattutto dall'esperienza maturata nelle tante realizzazioni positive toscane.



'L'impianto complessivo delle l.r. 44/2014 e 45/2014'

Far dialogare in modo strutturato il mondo della sanità, che fa leva sulle aziende sanitarie, con quello socio assistenziale, riservato dalla legislazione nazionale in via esclusiva ai comuni, è certamente un'operazione ad alta complessità. Tuttavia resta tuttora un passaggio necessario e decisivo, se si vogliono consolidare le buone pratiche territoriali senza disperdere le punte avanzate di integrazione sociosanitaria ottenute sia con le società della salute che con altre forme organizzative.

A questo scopo, il complesso delle modifiche proposte alle leggi risponde contemporaneamente a due vincoli:

A. Riorganizzazione ed armonizzare gli enti del sistema regionale sanitario e sociosanitario integrato per rendere più completo, razionale ed efficace il quadro delle competenze da esercitare e delle relazioni da sviluppare;

B. individuare degli strumenti operativi 'di sistema' per l'integrazione sociosanitaria, per la programmazione per la salute e per l'esercizio delle funzioni, in grado di fornire nuovo impulso alla costruzione dei sistemi regionali e locali di servizio, e di garantire la necessaria elasticità richiesta dai processi nazionali di riforma ancora in corso.

Questo capitolo espone una brevissima traccia riassuntiva che incrocia tra loro le proposte di modifiche alla l.r. 40/2205 e alla l.r. 41/2005 secondo uno schema impostato su tre livelli:

1. La *governance* istituzionale
2. La programmazione integrata
3. Gli assetti zonali

La descrizione dei tre livelli non segue però il loro ordine di numerazione infatti, dopo aver esaminato la parte dedicata alla 'governance istituzionale', viene affrontato prima il livello degli 'assetti zonali' e poi quello della 'programmazione integrata'.

2.1. La *Governance* istituzionale

Sono individuati tre livelli di *governance* istituzionale in cui si incontrano le capacità di governo della regione e delle aziende sanitarie, con quelle degli enti locali e delle loro forme associate (regionale, area vasta, aziendale). Per ciascuno di essi vengono definiti gli organismi e la loro composizione, i ruoli e le funzioni assegnate, gli strumenti da utilizzare. A questi tre livelli di *governance* si aggiunge l'organizzazione zonale che acquista un ruolo più orientato alla dimensione operativa delle attività territoriali e dell'integrazione sociosanitaria. E' questo un passaggio fondamentale che immette la '*nuova organizzazione degli enti del servizio sanitario*' in un contesto razionale e compiuto di relazioni reciproche, volte alla condivisione e alla costruzione del sistema regionale sanitario e sociosanitario integrato.

La Conferenza Aziendale supera la sua attuale dimensione che di solito, al di là delle operazioni di nomina del direttore generale, riduce questo luogo ad un semplice punto informativo dove al più si illustrano i bilanci delle ASL e talvolta si discutono gli eventuali indirizzi dei PAL. Attraverso le modifiche di legge diventa il luogo della *governance* effettivamente praticata, dove le decisioni vengono deliberate secondo un sistema di pesi relativi tra amministrazioni comunali e azienda sanitaria.

Snodo centrale della *governance* multilivello è la Conferenza di Area Vasta, organizzata in modo che le decisioni vengano condivise ma anche vincolate al rispetto di tempi definiti. In questa sede si affrontano fra gli altri i temi delle reti ospedaliere, del rapporto con le Università, e della determinazione delle soglie di attività.

Il luogo della definizione degli obiettivi regionali, del monitoraggio e della omogeneizzazione del sistema rimane la Conferenza regionale che cambia denominazione e compiti. Sarà indispensabile definirne in un apposito regolamento le singole funzioni, in relazione agli ambiti di intervento definiti dalla legge.

2.2. Gli assetti zonali

L'ambito sociale/zona distretto rappresenta il punto cardine delle proposte di modifica legislativa. A questo scopo viene incentivata fortemente la gestione associata della funzione fondamentale sociale a livello di ambito/zona, in modo da costituire un unico soggetto in grado di dialogare con l'articolazione zonale della ASL. L'associazionismo del sociale vale per tutti i comuni ricompresi nell'ambito territoriale, anche per quelli non obbligati per dimensione, al fine di costituire la necessaria massa critica per affrontare l'insieme delle problematiche sociali e per dialogare efficacemente con la sanità. Spesso i bisogni sociali emergenti necessitano di dimensioni non esauribili negli attuali confinamenti comunali e l'associazionismo può diventare, se opportunamente incentivato, il nuovo modello per la gestione del socio assistenziale comunale a livello di ambito/zona.

Per queste ragioni le proposte di modifica fissano alcuni riferimenti di base per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali sociali: l'ambito territoriale coincide con quello della zona-distretto; la conferenza zonale è il riferimento per i comuni o per le unioni; la convenzione zonale è lo strumento per l'esercizio associato, in alternativa naturalmente all'eventuale unione 'di zona'.

Questi cardini di base sono coordinati con lo strumento previsto in ambito sanitario, la convenzione zonale per l'integrazione sociosanitaria, con la possibilità di inserire all'interno degli accordi tutto il rapporto di programmazione con le cure primarie e le nuove case della salute.

Per i territori che lo decidessero è inoltre possibile prevedere il mantenimento di forme consortili simili alle attuali, così come previsto e consentito dalle attuali normative nazionali.

Il ruolo della zona-distretto nel governo tecnico delle attività sanitarie territoriali e nell'integrazione sociosanitaria viene meglio identificato e rafforzato, allo scopo di fornire un riferimento certo ed operativo su cui impennare il grande sforzo necessario per produrre un assetto maggiormente orientato sulle attività territoriali.

Importantissimo anche nel nuovo assetto sociosanitario resta il ruolo strutturato del Volontariato e del Terzo settore, che si estende anche alle zone in cui non è costituita la società della salute, al pari del rapporto con le Parti Sociali adeguato normativamente alle modifiche proposte.

2.3. La programmazione Integrata

Il rapporto tra i vari organismi della governance istituzionale (Conferenza regionale; Conferenze di area vasta; Conferenze aziendali) e i sistemi di servizio di livello zonale, è affidato agli strumenti di programmazione imperniati sulla capacità deliberativa delle Conferenze aziendali. A ciascun istituto di livello zonale previsto per l'organizzazione dei servizi, corrisponde un relativo strumento di programmazione:

- Alla Convenzione (o Unione) zonale per l'esercizio associato delle funzioni sociali corrisponde lo strumento di programmazione del Piano d'Inclusione Zonale.
- Alla Convenzione zonale per l'integrazione sociosanitaria corrisponde lo strumento di programmazione dell'Atto per l'integrazione sociosanitaria.
- Alla zona-distretto della Asl corrisponde lo strumento di programmazione del Programma operativo delle cure primarie (oltre naturalmente alla programmazione generale definita dal PAL aziendale).

Il Piano Integrato di Salute è portato a livello della Conferenza aziendale ed è articolato per zone-distretto. In questo modo è possibile identificare nel Profilo di salute uno strumento omogeneo per la definizione dei bisogni e degli obiettivi di salute generali che investono tutto il territorio aziendale; mentre le singole articolazioni del PIS hanno il compito di coordinare gli strumenti di programmazione zonale (PIZ, Atto per

l'integrazione, Programma cure primarie) rispetto agli obiettivi, alle risorse e alla capacità dei singoli sistemi di servizio locali.

Il PIS viene prima avviato e poi adottato dalla Conferenza aziendale (che delibera secondo un sistema di pesi relativi tra le sue componenti), nel mentre le singole Conferenze zonali elaborano le articolazioni del PIS coordinando le attività sociali (e del 'sociale allargato') con le attività sociosanitarie e le attività delle cure primarie di competenza del distretto sanitario.

Si tratta di un processo circolare che prende avvio dal livello aziendale, passa al livello zonale per definire l'integrazione dei sistemi di servizio, e ritorna al livello aziendale per ricomporre le necessarie ed indispensabili compatibilità con il bilancio e le programmazioni di ambito sanitario.

Il Piano d'Inclusione Zonale è comunque elaborato e approvato dalla Conferenza zonale dei sindaci, e definisce anche l'integrazione con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca.

Legenda

Conferenza regionale dei sindaci (l.r. 40/2005, art. 11)

E' composta dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci ed è copresieduta dagli assessori regionali. Sono invitati Anci, Uncem e Coordinatori di area vasta.

Conferenze dei sindaci di area vasta (l.r. 40/2005, art. 11 Bis)

E' composta dai presidenti delle conferenze aziendali dei sindaci e delle conferenze zonali afferenti alla stessa area vasta. Partecipano il coordinatore, gli altri direttori generali e il rettore della università di riferimento.

Conferenza aziendale dei sindaci (l.r. 40/2005, art. 12)

E' composta dai sindaci dei comuni e dai presidenti delle unioni afferenti alla stessa azienda sanitaria, insieme al rispettivo direttore generale. Il 66 % delle quote di partecipazione è assegnato agli enti locali (e viene distribuito secondo la popolazione residente); il 33% delle quote di partecipazione è assegnato all'azienda sanitaria. La conferenza delibera con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67% delle quote.

Funzioni fondamentali comunali (l.r. 41/2005, art. 11)

I comuni sono titolari della progettazione e della gestione del sistema locale dei servizi sociali. L'esercizio associato della funzione è assolto mediante: definizione del percorso assistenziale personalizzato; definizione delle condizioni per l'accesso alle prestazioni erogate; erogazione delle prestazioni; progettazione e gestione degli interventi e dei servizi per famiglie, anziani, minori, disabili, immigrati, nomadi, persone a rischio di esclusione sociale; autorizzazione al funzionamento e vigilanza strutture residenziali e semiresidenziali.

Conferenza zonale dei sindaci (l.r. 41/2005, art. 34 e art. 35)

E' composta dai sindaci dei comuni e dai presidenti delle unioni afferenti allo stesso ambito zonale. I voti dei comuni sono in relazione al peso della popolazione. La partecipazione alla conferenza non comporta indennità o gettoni di presenza.

Ambito territoriale per l'esercizio associato (l.r. 41/2005, art. 33)

Le zone-distretto costituiscono gli ambiti territoriali per: l'integrazione socio sanitaria; l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale; l'esercizio associato della funzione fondamentale sociale da parte dei comuni obbligati.

Esercizio associato delle funzioni (l.r. 41/2005, art. 36)

I comuni svolgono l'esercizio associato delle funzioni mediante convenzione o unione di comuni, in riferimento agli ambiti delle zone-distretto.

Convenzione per l'integrazione sociosanitaria (l.r. 40/2005, art. 70 bis)

La convenzione è stipulata dai comuni, o dalle unioni, della zona distretto e dall'azienda sanitaria del territorio. Definisce le modalità organizzative adottate in ambito sociosanitario per: i processi di programmazione e di partecipazione in ambito sociosanitario; l'integrazione socio-sanitaria; il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati; la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati. La convenzione può essere volontariamente estesa all'esercizio delle funzioni sociali comunali.

Responsabile di zona-distretto (l.r. 40/2005, art. 64)

La zona-distretto assicura la presa in carico e il trattamento assistenziale delle cronicità nonché la valutazione multidimensionale e la presa in carico unitaria delle non autosufficienze. A ciascuna zona-distretto è preposto un responsabile di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale previa intesa con

la conferenza zonale dei sindaci, che agisce sulla base e nei limiti delle deleghe conferite, in particolare, in materia di assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.

Coordinatore sociale (*l.r. 41/2005, art. 37*)

Il coordinatore sociale di zona-distretto è individuato, ove non costituita la società della salute, dalla conferenza zonale dei sindaci d'intesa con l'azienda unità sanitaria locale: è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale; coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi; fa parte dell'ufficio di direzione della zona-distretto. Laddove è costituita la società della salute il coordinatore sociale può essere individuato anche tra il personale della stessa o degli enti consorziati.

Società della Salute (*l.r. 40/2005, art. 71 novies decies*)

Le società della salute già costituite possono continuare ad esercitare le funzioni se, entro il 31 dicembre 2014, il loro assetto organizzativo soddisfa due requisiti:

- Gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni relative alle attività sociosanitarie ad alta integrazione e alle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale.
- Gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni relative alle attività di assistenza sociale individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

Piano Integrato di salute (*l.r. 40/2005, art. 21*)

Il PIS è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale ed è articolato per ciascuna zona-distretto. E' approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci sulla base delle proposte formulate dalle conferenze zonali, previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento. Il PIS coordina in particolare le materie relative alle cure primarie e all'integrazione sociosanitaria, con i piani di inclusione zonale.

Piano di inclusione zonale (*l.r. 41/2005, art. 29*)

Il PIZ è lo strumento di programmazione zonale che si riferisce alla funzione fondamentale sociale dei comuni, definisce le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale, e determina gli obiettivi di servizio. Individua le risorse necessarie alla realizzazione delle attività e degli interventi previsti in attuazione degli obiettivi di servizio, nonché alla realizzazione dei progetti innovativi promossi anche da soggetti del terzo settore. Il PIZ definisce l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, e con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca.

Atto per l'integrazione sociosanitaria (*l.r. 40/2005, art. 22, comma 5, lettera b*)

L'atto per l'integrazione sociosanitaria è articolato per zona-distretto e definisce: i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria; il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

Programma operativo delle cure primarie (*l.r. 40/2005, art. 22, comma 5, lettera a*)

Il programma operativo annuale delle cure primarie è articolato per zona-distretto e definisce: i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale; i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

3. Gli elementi di pragmatismo assunti nelle nuove normative sociosanitarie

Nel corso del dibattito che ha accompagnato le proposte di modifiche legislative, più volte è stato sottolineato il cosiddetto 'approccio pragmatico' adottato dal legislatore regionale per l'elaborazione della l.r. 44/2014 e della l.r. 45/2014. In effetti, di fronte ad una situazione regionale molto complessa e di fatto in stallo da più di quattro anni, che si confrontava con processi nazionali di riforma tanto vasti quanto contraddittori, è stato privilegiato un approccio più pratico che ideologico. Le scelte non sono state indirizzate verso la creazione di un ulteriore 'modello unico regionale', ma verso l'individuazione di un ridotto e convergente ventaglio di proposte organizzative fortemente innovative e modellate sulle più diffuse esperienze locali. Assetti che lasciano un relativo grado di libertà agli assetti zonali, ma che sono collocate all'interno di una rete regionale solida, ben definita e ben regolata.

I motivi alla base di questa impostazione sono piuttosto semplici. A partire dalla l.r. 72/98 in poi, nei 34 ambiti territoriali toscani si sono sedimentati assetti molto diversi tra loro, che nessuna azione di regolazione generale ha mai indotto a convergere. Ovviamente l'unico 'salto' proposto è stato quello, enorme, rappresentato dalla l.r. 68/2008 che costituiva formalmente le Società della salute. Tuttavia, come è noto, quell'enorme processo è stato arrestato nei fatti tra il 2010 e il 2011. Proprio l'analisi degli assetti effettivamente conseguiti dalle 25 SdS in quel periodo, insieme alle caratteristiche emerse negli altri 9 ambiti territoriali, ha evidenziato gli elementi conoscitivi e razionali che hanno alimentato l'impostazione pragmatica delle nuove normative sociosanitarie.

3.1. Il monitoraggio delle Società della Salute - anno 2012

In ottemperanza al protocollo sottoscritto tra Regione, Anci Toscana e Federsanità, l'Osservatorio sulle SdS nel 2012 ha organizzato una rilevazione finalizzata a comporre un'immagine chiara e semplice della situazione reale che si è stratificata nel corso del tempo, così da poter seguire con cognizione di causa le evoluzioni delle Società della salute.

Tre delle 28 articolazioni zonali che avevano avviato il percorso di costituzione nei termini definiti dalla l.r. 68/2008 non hanno perfezionato gli atti, quindi il monitoraggio ha interessato le 25 SdS effettivamente costituite ed operanti. Sono stati affrontati sei argomenti:

1. Le funzioni attivate in riferimento a quelle definite dall'articolo 71 bis, comma 3 della l.r. 40/005, prendendo in considerazione sia le previsioni contenute negli statuti che l'effettivo assetto raggiunto nel 2011. (Programmazione strategica - Programmazione operativa annuale - Organizzazione e gestione Alta Integrazione - Organizzazione e gestione Socioassistenziale - Controllo obiettivi programmati).
2. Alcuni dei principali aspetti che riguardano l'organizzazione delle SdS, con particolare riferimento al rapporto con la zona-distretto. (Direzione SdS - Organizzazione Zona Distretto - Attribuzione del personale - Accordi sindacali).
3. I principali regolamenti adottati dalle SdS. (Organizzazione - Contabilità - Accesso ai servizi - Forme di partecipazione).
4. Gli atti fondamentali approvati dalle SdS successivi allo statuto e alla convenzione istitutiva. (Programmazioni - Bilanci - Coinvolgimento con enti consorziati).

5. le azioni e gli strumenti a supporto del sistema locale di salute sviluppati dalle singole SdS. (Accordi - Comunicazione e Formazione - Sistemi Informativi - Strumenti di controllo).

6. Un'area del tutto aperta dedicata alla raccolta degli elementi di criticità riscontrati in generale durante il percorso di costruzione della SdS.

Le attività di monitoraggio hanno raccolto più di 3.000 informazioni puntuali che riguardano 54 argomenti specifici. Oltre alle funzioni realmente attivate rispetto a quelle previste per legge, sono stati rilevati gli assetti organizzativi delle SdS e le interazioni stabilite con l'azienda sanitaria e con i comuni consorziati. Sono state registrate le attività di programmazione svolte, nella loro ampiezza e nella loro profondità, unitamente alle attività di regolazione del sistema dei servizi di zona. E' stata disegnata l'area dei servizi effettivamente gestita da ogni singola SdS rilevando in modo specifico le materie ad essa assegnate, il personale impegnato e le dimensioni economico-finanziarie impiegate. Infine è stata delineata la propensione di ciascuna SdS a consolidare e promuovere il sistema locale di salute.

3.2. I principali aspetti da evidenziare

In generale i continui cambiamenti subiti dalla normativa nazionale di riferimento hanno di fatto provocato l'interruzione del processo di costruzione delle SdS, portando molte esperienze ad assumere un atteggiamento prudente e conservativo. Altre SdS hanno comunque sviluppato una serie di azioni di governo, organizzazione e gestione di varia profondità, potendo contare sullo slancio accumulato durante la precedente fase sperimentale.

Ne emerge un quadro piuttosto composito, che una fase iniziale di regolazione regionale imperniata su obiettivi certi ed omogenei aveva sicuramente fatto evolvere verso una maggiore uniformità. Tuttavia l'azione di regolazione si è presto interrotta, per cui si sono prodotte forti differenze tra gli assetti previsti negli atti fondamentali di alcune SdS e l'organizzazione effettiva che si è stratificata in questi anni. Molte organizzazioni hanno trovato una sorta di 'equilibrio di attesa' durante la lunghissima pausa provocata dall'incertezza normativa. Per ciascuna SdS questo equilibrio ha assunto delle caratteristiche peculiari in relazione a molti fattori che si influenzano reciprocamente: l'ampiezza, la collocazione e la tipologia del territorio di competenza; la natura e la storia degli assetti organizzativi precedenti alla SdS; gli atteggiamenti più o meno propulsivi assunti dai comuni o dalla azienda sanitaria; la propensione all'innovazione manifestata dalle diverse professionalità coinvolte e dalle organizzazioni produttive private; le competenze e la capacità di concertazione espresse dalle forze sociali e politiche locali; le competenze e la capacità di partecipazione espresse dalle organizzazioni della cittadinanza attiva.

Date le premesse, la rilevazione 2012 è stata orientata proprio su questo obiettivo principale: registrare attraverso uno strumento omogeneo l'assetto effettivamente raggiunto nel 2011 dalle SdS, per ricomporre una fotografia generale e attendibile del sistema regionale senza spingersi eccessivamente in profondità.

Secondo le informazioni ricavate dal monitoraggio, in primissima approssimazione è possibile raggruppare le singole SdS lungo due direttrici: il grado di organizzazione espresso e le modalità di gestione dei servizi effettivamente adottate nel 2011.

- Grado di organizzazione. Molte SdS hanno prodotto regolamenti, costruito una prima organizzazione del personale (in avvalimento o meno), sviluppato azioni per la costruzione del sistema locale di salute. Altre SdS hanno proposto una minore spinta organizzativa.
- Forma di gestione. La normativa regionale ha previsto due forme di gestione: diretta da parte del consorzio SdS o in convenzione con la Asl di riferimento; in più la SdS dell'Alta Valdesa ha potuto utilizzare

anche una specifica forma organizzativa già attiva prima del 1.1.2008. Tuttavia alcune esperienze hanno conservato le forme gestionali presenti prima della costituzione della SdS, senza riorganizzarle.

Naturalmente un minore grado di organizzazione del consorzio SdS non implica automaticamente che il livello qualitativo dei servizi sia in qualche modo deficitario, ma segnala solo la propensione del consorzio a ordinare e strutturare le proprie attività interne ed esterne.

La tabella successiva riporta in estrema sintesi gli assetti raggiunti effettivamente nel 2011 dalle 25 SdS che hanno partecipato al monitoraggio. E' da notare che alcune SdS non utilizzano la stessa forma di gestione per i servizi sociosanitari rispetto a quella impiegata per i servizi socioassistenziali; mentre almeno 5 SdS utilizzano contemporaneamente più forme di gestione per servizi che appartengono alla stessa materia (sociosanitaria o socioassistenziale che sia). Per queste ragioni le forme gestionali registrate sono più numerose delle 25 SdS monitorate.

Raggruppamenti Società della Salute	Forme di gestione					
	Consorzio		Asl		Forme precedenti	
	Socio-San	Socio-Ass	Socio-San	Socio-Ass	Socio-San	Socio-Ass
Maggiore	5	7	7	7	8	3
Minore			4	2	7	8

‘La distribuzione delle SdS secondo il grado di organizzazione e le forme di gestione’

Riducendo al massimo la varietà delle soluzioni operative adottate e considerando in prima istanza come più significativa l'area socioassistenziale (che meglio evidenzia il percorso di associazione tra comuni), è possibile considerare che 7 SdS utilizzano prevalentemente il consorzio come erogatore di servizi, 9 SdS utilizzano prevalentemente l'azienda sanitaria, 9 SdS continuano ad utilizzare prevalentemente le forme precedenti.

Occorre sottolineare altre due caratteristiche del sistema SdS che una rappresentazione così sintetica rischia di lasciare in secondo piano:

- In un dato ambito territoriale possono convivere diverse forme gestionali che agiscono nelle stesse materie socioassistenziali, perché:
 - in alcune zone con un elevato numero di comuni esistono più forme 'storiche' per la gestione associata, che non hanno ancora trovato un'organizzazione condivisa;
 - alcuni comuni hanno delegato la produzione dei servizi all'azienda sanitaria, mentre altri comuni provvedono direttamente in forma singola.
- Alcuni ambiti territoriali avevano già organizzato in passato una forma completa ed omogenea di gestione associata che, a causa dell'incertezza normativa, non è stata ancora armonizzata con la SdS.

Fin da queste primissime considerazioni generali emergono gli elementi che hanno prodotto il forte grado di differenziazione manifestato dal sistema delle Società della Salute. L'assetto gestionale di base effettivamente assunto dalle singole SdS e la propensione all'organizzazione del sistema locale dei servizi, sono caratteristiche da tenere ben distinte dalla capacità generale di *governance* della salute che pure ha costituito uno dei principi fondativi delle SdS. Un quadro più completo ed analitico della situazione è esposto nel rapporto completo relativo al monitoraggio 2012.

E' possibile considerare che almeno per due gruppi l'esperienza della Società ha dato dei risultati positivi sia per quanto riguarda la gestione integrata dei servizi, sia per quanto riguarda la costruzione del sistema complessivo relativo al governo istituzionale, alla condotta professionale e ai livelli di partecipazione:

- Le 7 SdS che hanno scelto la gestione attraverso il consorzio
- Le 7 SdS che si sono avvalse del convenzionamento con la Asl e hanno raggiunto un alto grado di organizzazione.

Almeno in questi 14 casi l'esperienza delle Società della Salute 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'). Una caratteristica che costituisce il punto più prezioso e decisivo dell'esperienza delle SdS, perché ha permesso di mantenere allineati gli avanzamenti in questi quattro campi agendo contemporaneamente su una pluralità di leve per l'integrazione. E' questo il vero portato assolutamente originale dell'esperienza svolta e che raramente trova riscontri altrove. In altre regioni sono presenti esperienze molto interessanti, ma che hanno prodotto dei buoni risultati solo in uno o due livelli di integrazione alla volta.

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 sanitaria. 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. 41/2005 e quello che sono diventati successivamente se non altro in termini di coesione istituzionale ed integrazione funzionale.

3.3. Gli elementi di pragmatismo assunti dalle nuove normative sociosanitarie

A fronte di un grado di differenziazione così elevato presentato dalle 25 SdS, e confermato nelle altre 9 zone in cui il consorzio non è mai stato costituito, il primo obiettivo del legislatore regionale è stato quello di garantire la tenuta delle esperienze locali positive che, paradossalmente, avrebbero potuto subire dei grossi danni qualora un potenziale 'nuovo modello unico' avesse presentato delle rigidità insuperabili. Esperienze positive costruite sia in presenza di SdS, che in assenza del consorzio.

Il secondo obiettivo è stato quello di innestare, all'interno degli stessi strumenti individuati per sostenere le esperienze positive, alcuni elementi propulsivi per le gli ambiti zionali in cui i processi di organizzazione e di coesione hanno incontrato più difficoltà.

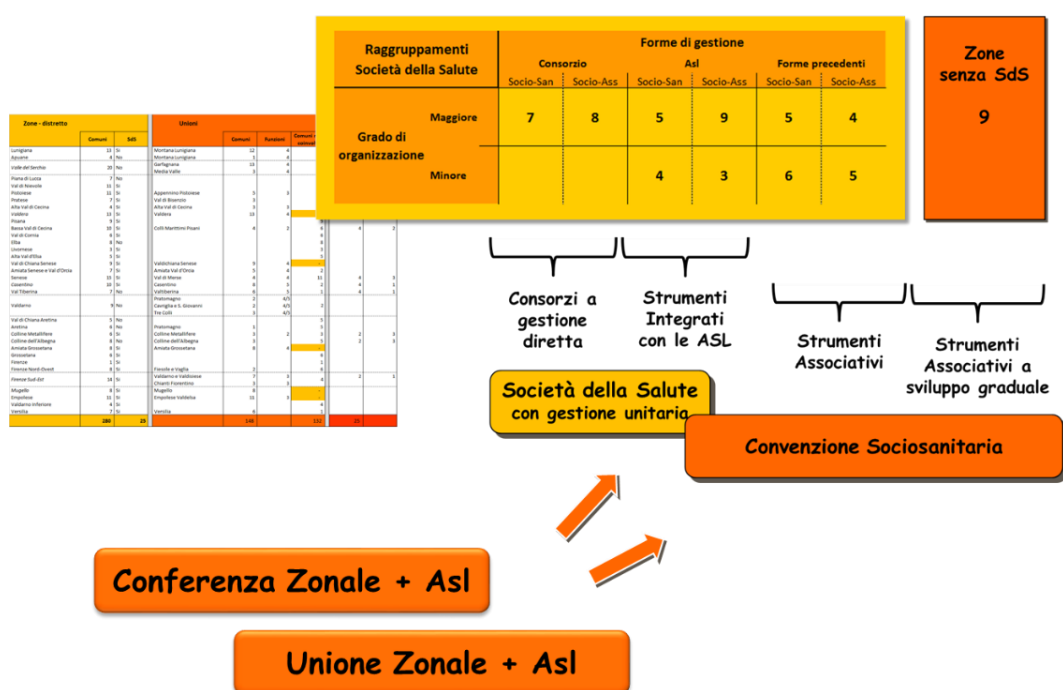
Come evidenziato in precedenza, i 4 grandi raggruppamenti in cui è possibile suddividere i 34 ambiti toscani presentano dei caratteri di base sensibilmente diversi tra loro:

- A. Il primo gruppo si basa sulla gestione diretta affidata al consorzio SdS di gran parte delle attività.
- B. Il secondo gruppo si basa sulla gestione affidata all'azienda sanitaria di gran parte delle attività.
- C. Il terzo gruppo non ha riscontrato nella nascita della SdS un cambiamento significativo rispetto agli assetti precedenti e la gestione delle attività è tuttora frammentata.
- D. Il quarto gruppo raccoglie gli ambiti che non hanno costituito il consorzio SdS e non hanno raggiunto un sistema zonale coeso e omogeneo.

Naturalmente si tratta di rappresentazioni approssimative che servono solo da riferimento schematico per illustrare la genesi delle nuove norme sociosanitarie regionali. Un'analisi più puntuale è stata organizzata nel

rapporto completo del monitoraggio 2012. L'aspetto più interessante per il futuro, comunque, è la possibilità di utilizzare il monitoraggio non solo per delineare le principali caratteristiche del sistema delle SdS, ma anche per tratteggiare il profilo completo di ciascuna singola Società della salute.

Il secondo grande elemento da considerare è quello relativo al processo di associazione delle amministrazioni comunali. Come è noto i comuni sotto i 5.000 abitanti (3.000 per quelli montani) sono obbligati all'esercizio associato delle funzioni fondamentali, e a questo scopo possono utilizzare solo gli strumenti della Convenzione o dell'Unione tra comuni. Da alcuni anni sono in atto dei percorsi di associazione che interessano la maggior parte degli ambiti territoriali sociosanitari, tanto che il processo coinvolge più della metà dei comuni toscani. Lo strumento associativo di gran lunga più utilizzato è quello dell'Unione dei comuni, in questo momento in cinque ambiti territoriali sono state costituite delle Unioni che coincidono perfettamente con la zona-distretto.



'I riferimenti dei nuovi strumenti zionali per l'integrazione'

Considerati in maniera contestuale alle SdS, questi grandi processi associativi ancora in atto moltiplicano oltremodo i gradi di differenziazione che caratterizzano i singoli ambiti territoriali. Rispetto alla complessità che una situazione del genere può provocare per il futuro governo dei sistemi sociosanitari locali, il legislatore regionale ha agito cercando di individuare uno strumento per l'integrazione sociosanitaria ulteriore alle SdS e adattabile alle diverse caratteristiche dei singoli ambiti territoriali, così come sono emersi dal monitoraggio delle SdS e dall'analisi delle altre zone.

In effetti le scelte sugli assetti sociali e sociosanitari di zonali sono lasciate alle singole Conferenze integrate dal DG Asl, o alle giunte delle Unioni comunali che coincidono con l'ambito della zona-distretto sempre integrate con il DG Asl di riferimento. Tuttavia il percorso di riorganizzazione deve avvenire secondo tempi e modalità ben determinati. Se le nuove normative sociosanitarie individuano un ventaglio di opzioni e combinazioni entro cui i singoli ambiti territoriali possono organizzare il proprio assetto, d'altra parte il

regime generale in cui i singoli assetti zonali si muovono è invece molto più stretto del sistema regionale precedente. Probabilmente questo è il regime più stretto di sempre.

In sostanza si tratta della costruzione di un sistema regionale molto conformato e governato attraverso scadenze precise, vincoli sull'accesso ai finanziamenti e obblighi sulla programmazione integrata. L'attuale varietà degli assetti zonali viene ridotta, e vengono posti in essere vincoli e azioni che tendono a ricondurre i singoli assetti zonali nell'ambito di due precisi percorsi di convergenza salvaguardando nel contempo la loro libertà organizzativa.

4. Il processo di costruzione dei nuovi assetti sociosanitari

4.1. L'ambito territoriale sociale

A partire dalla l.r. 72/1998, il sistema toscano si è sempre basato sulla coincidenza dell'ambito territoriale sociale con quello della zona-distretto. L'ambito sociale definisce l'area entro cui va costruita necessariamente un'unica programmazione pluriennale, e va realizzata l'eventuale gestione associata dei servizi e delle attività. Dal 1998, dunque, la coincidenza tra gli ambiti territoriali del sociale e della sanità costituisce l'elemento basilare ed insostituibile di tutto il sistema integrato toscano, nonché il reale fondamento dei processi di governance istituzionale sviluppati a partire dal superamento dei 40 presidi ospedalieri compiuto negli anni '90. A causa di una serie di sovrapposizioni e problemi presenti nelle normative nazionali in materia di enti locali, si è posta la necessità di ricostruire i fondamenti storici della Toscana nel nuovo mondo delle funzioni fondamentali comunali e delle forme di associazione previste per le amministrazioni locali. Quasi tutto l'aggiornamento della l.r. 41/2005 è stato dedicato a questo scopo: ricreare l'ambito territoriale zonale e dotarlo di un luogo di governo comune, di uno strumento per la sua programmazione e di un dispositivo amministrativo per la sua eventuale gestione unitaria.

L'articolo 33 della l.r. 41/2005 definisce le zone-distretto come gli ambiti territoriali per l'integrazione sociosanitaria e per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale. Questa disciplina è valida anche per i comuni obbligati all'esercizio associato. Il riferimento è all'art. 56 della l.r. 68/2011 che recita *'L'esercizio delle funzioni fondamentali dei comuni in materia di servizi sociali è disciplinato dalla legislazione regionale di settore'*. Pur nella sua semplicità, questo è il fondamento da cui prende avvio l'intera opera di ricostruzione del classico assetto toscano nell'ambito delle normative nazionali e regionali che riguardano l'organizzazione degli enti locali. In assenza di questa previsione di legge, gli ambiti territoriali per l'esercizio associato da parte dei comuni obbligati non sarebbero stati coordinati con gli ambiti di programmazione e di gestione delle materie sociosanitarie.

L'articolo 34 della 41/2005 istituisce la conferenza zonale dei sindaci e l'articolo 35 ne regola le attività. Sembrerà strano, ma nelle normative regionali precedenti alle ultime modifiche, la conferenza zonale in realtà era normata solo all'interno della normativa sanitaria regionale con riferimento alla conferenza aziendale, e precisamente al comma 5 dell'art. 12: *'nelle zone prive di società della salute [...] sono costituite le conferenze zonali dei sindaci, composte da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale della zona-distretto [...]'*. La prima novità, quindi, è che questo organismo sia stato normato in modo specifico nella legge regionale che disciplina le materie sociali, e non sia più considerata una semplice appendice (un comma) della normativa sanitaria. La seconda novità è che la conferenza è composta dai sindaci dei comuni della zona e dai presidenti delle eventuali unioni che esercitano la funzione fondamentale sociale. In questo semplice passaggio è riassunto tutto il valore del processo di associazionismo comunale in atto, e rappresenta la base per semplificare l'intera catena della governance istituzionale che passa per le conferenze aziendali e per quelle di area vasta. Per quanto riguarda le funzioni, vengono sancite per legge quelle che ha solitamente svolto questo organismo: coordina le funzioni dei comuni in materia sociale, svolge le attività di programmazione locale e approva la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria.

L'articolo 29 della 41/2005 disciplina lo strumento di programmazione locale che riguarda le funzioni fondamentali comunali in ambito sociale. Il Piano di Inclusione Sociale (PIZ) determina le attività da svolgere tramite le reti di servizi, gli obiettivi di servizio da perseguire, e individua le risorse necessarie alla loro realizzazione. Già nelle norme di legge, quindi, appare chiaramente la volontà del legislatore regionale di sgombrare il campo da ogni equivoco, attribuendo al PIZ la valenza di un atto generale per la programmazione dei servizi, delle attività e degli interventi relativi alle funzioni sociali comunali. Uno

strumento che non è limitato alla sola rilevazione dei bisogni assistenziali e alla predisposizione di alcuni progetti sperimentali. In questa prospettiva, il passaggio sugli obiettivi di servizio appare particolarmente interessante perché connette stabilmente il processo di programmazione con la definizione delle attività da realizzare in uno specifico ambito territoriale, individuandone i livelli organizzativi e quantitativi.

Più volte sia la l.r. 41/2005 che la l.r. 40/2005 introducono dei richiami all'Ufficio di piano. Si tratta di una struttura composta da personale proveniente sia dai comuni che dall'azienda sanitaria e dedicata al supporto della programmazione in ambito zonale e aziendale. A livello zonale elabora il Piano di inclusione zonale e l'articolazione del Piano integrato di salute, l'insieme degli uffici di piano zonali supporta le attività della Conferenza aziendale dei sindaci.

L'articolo 36-bis della l.r. 41/2005 disciplina gli strumenti mediante i quali è possibile svolgere l'eventuale esercizio associato della funzione sociale che, naturalmente, sono la Convenzione dei comuni o l'Unione dei comuni sempre in riferimento agli ambiti delle zone-distretto. E' questa la norma che chiude il cerchio, perché mette a disposizione delle amministrazioni comunali uno strumento in linea con le disposizioni nazionali in materia di funzioni fondamentali, ma che è riferito ad un ambito territoriale coincidente con quello sanitario e non più agli ambiti previsti dalla l.r. 68/2011.

Zone - distretto			Unioni				Convenzioni	
	Comuni	SdS	Comuni	Funzioni	Comuni non coinvolti		Comuni	Funzioni
Lunigiana	13	Si	Montana Lunigiana	12	4	1		
Apuane	4	No	Montana Lunigiana	1	4	3		
Valle del Serchio	20	No	Garfagnana	13	4		3	3
			Media Valle	3	4	4		
Piana di Lucca	7	No				7		
Val di Nievole	11	Si				11		
Pistoiese	11	Si	Appennino Pistoiese	5	3	6		
Pratese	7	Si	Val di Bisenzio	3		4		
Alta Val di Cecina	4	Si	Alta Val di Cecina	3	3	1		
Valdera	13	Si	Valdera	13	4	-		
Pisana	9	Si				9		
Bassa Val di Cecina	10	Si	Colli Marittimi Pisani	4	2	6	4	2
Val di Cornia	6	Si				6		
Elba	8	No				8		
Livornese	3	Si				3		
Alta Val d'Elsa	5	Si				5		
Val di Chiana Senese	9	Si	Valdichiana Senese	9	4	-		
Amiata Senese e Val d'Orcia	7	Si	Amiata Val d'Orcia	5	4	2		
Senese	15	Si	Val di Merse	4	4	11	4	3
Casentino	10	Si	Casentino	8	5	2	4	1
Val Tiberina	7	No	Valtiberina	6	5	1	4	1
			Pratomagno	2	4/5			
Valdarno	9	No	Cavriglia e S. Giovanni	2	4/5	2		
			Tre Colli	3	4/5			
Val di Chiana Aretina	5	No				5		
Aretina	6	No	Pratomagno	1		5		
Colline Metallifere	6	Si	Colline Metallifere	3	2	3	2	3
Colline dell'Albegna	8	No	Colline dell'Albegna	3		5	2	3
Amiata Grossetana	8	Si	Amiata Grossetana	8	4	-		
Grossetana	6	Si				6		
Firenze	1	Si				1		
Firenze Nord-Ovest	8	Si	Fiesole e Vaglia	2		6		
Firenze Sud-Est	14	Si	Valdarno e Valdiesese	7	3		2	1
			Chianti Fiorentino	3	3	4		
Mugello	8	Si	Mugello	8		-		
Empolese	11	Si	Empolese Valdelsa	11	3	-		
Valdarno Inferiore	4	Si				4		
Versilia	7	Si	Versilia	6		1		
	280	25		148		132	25	

'Le associazioni comunali e gli ambiti delle zone-distretto al maggio 2014'

Il primo obiettivo del legislatore regionale, dunque, è stato quello di ricostituire i fondamenti del sistema integrato sociale all'interno nel nuovo corpo normativo nazionale degli enti locali. In caso contrario il sistema avrebbe corso il pericolo di vedere i comuni più piccoli, e dunque obbligati ad associarsi, costretti a prendere

una strada diversa dai comuni più grandi, facendo saltare di fatto l'ambito zonale. In questi anni molti provvedimenti legislativi statali hanno anticipato più volte alcuni contenuti propri del nuovo codice delle autonomie, affrontando il tema delle funzioni fondamentali comunali in modo un po' frammentato ed estemporaneo. Soprattutto, l'approccio utilizzato è stato quasi sempre slegato da una visione compiuta dei nuovi enti locali verso cui tendere. Per quanto riguarda poi i piccoli comuni e i relativi obblighi di associazione, le norme statali sono state esplicitamente ispirate da obiettivi immediati di razionalizzazione della spesa pubblica, più che da un processo di ricomposizione delle responsabilità territoriali di governo. Sono questi i motivi di fondo che hanno portato le normative di settore ad essere tanto altalenanti, lacunose e contraddittorie.

Ai fini dell'integrazione sociosanitaria e della costruzione dei sistemi territoriali di servizio, la grande varietà assunta dai processi di associazionismo comunale rappresenta una questione assolutamente centrale. In questo momento più della metà dei comuni toscani è coinvolta in forme di questo tipo e cinque unioni comunali coincidono perfettamente con l'ambito territoriale della zona-distretto. Il quadro riassunto nella tabella precedente presenta sicuramente delle imprecisioni e dovrebbe già essere aggiornato, tuttavia può fornire facilmente l'idea della complessità e della eterogeneità dei processi di riorganizzazione territoriale in atto con cui bisogna confrontarsi anche in campo sociale e sociosanitario.

Il primo passo da compiere a breve è quello di aggiornare la conferenza zonale dei sindaci adeguando la sua composizione nel caso in cui siano presenti unioni comunali che esercitano la funzione fondamentale di cui all'art. 11 della l.r. 41/2005. Le norme prevedono anche l'elaborazione di un regolamento per il funzionamento dell'organismo. Il secondo passo riguarderà l'elaborazione del Piano di Inclusione Zonale, il cui aggiornamento annuale è condizione per l'assegnazione delle risorse del Fondo sociale regionale, utilizzando a questo scopo il relativo ufficio di piano. In questo stesso ambito territoriale è anche possibile costruire l'eventuale esercizio associato delle funzioni sociali comunali mediante una Convenzione o una Unione. L'elaborazione contestuale delle due modifiche di legge, quelle della 41/2005 e quella della 40/2005, permette di sviluppare questo percorso in modo coordinato con l'organizzazione delle materie sociosanitarie, se questa è la volontà della Conferenza dei sindaci.

4.2. L'integrazione sociosanitaria

Il Consiglio regionale ha espresso l'esigenza di riorganizzare gli enti del sistema sanitario regionale per superare l'attuale assetto incentrato sulle società della salute salvaguardando, nel contempo, il principio dell'integrazione socio-sanitaria e valorizzando il ruolo degli enti locali. Di conseguenza le modifiche alla l.r. 40/2005 seguono due linee principali: una riguarda la governance istituzionale, l'altra riguarda l'integrazione sociosanitaria. L'intervento che interessa l'integrazione sociosanitaria risponde, dunque, alla seconda parte dell'indirizzo regionale. A questo fine, il legislatore regionale non ha scelto di agire proponendo un nuovo 'modello unico' da sviluppare su tutti gli ambiti territoriali, ha invece adottato un atteggiamento più pragmatico e più processuale, come è stato già evidenziato in precedenza. In alternativa ai consorzi delle società della salute, è stato individuato un secondo strumento per l'integrazione: la convenzione sociosanitaria.

Sostanzialmente le modifiche alla normativa sanitaria regionale sono state sviluppate seguendo la direzione tracciata per le materie esclusivamente sociali, in modo da definire anche nel campo dell'integrazione una serie coordinata di normative capaci di ricomporre nel medesimo ambito territoriale: un luogo di governo condiviso tra comuni e azienda sanitaria, un sistema coerente di programmazione, uno strumento amministrativo abbastanza solido e duraturo da sorreggere i processi di integrazione sociosanitaria di medio-lungo termine. Per raggiungere questo risultato, il legislatore regionale ha dovuto disegnare un sistema per

l'integrazione capace di soddisfare contemporaneamente i vincoli richiesti dalle funzioni fondamentali comunali (regolati dalla l.r. 68/2011) e quelli richiesti dall'organizzazione sanitaria territoriale.

Convenzione Sociosanitaria I vincoli

I.r. 68/2011

- ☐ Funzione, durata, responsabilità dell'esercizio, struttura amministrativa
- ☐ Rapporti finanziari tra gli enti
- ☐ Organo comune
- ☐ Recesso, modalità semplificate
- ☐ Scioglimento consensuale, effetti del recesso e dello scioglimento
- ☐ Norme regolamentari, anche rinvio a regolamenti approvati o da approvarsi

I.r. 40/2005 e I.r. 41/2005

- ☐ Funzioni di integrazione socio-sanitaria
- ☐ Organo comune: Conferenza zonale integrata dal DG Asl
- ☐ Ente responsabile dell'esercizio: Azienda sanitaria
- ☐ Struttura amministrativa: la Zona-distretto
- ☐ Contenuti: Programmazione, Integrazione, Coordinamento, Realizzazione
- ☐ Articolazione zonale del PIS
- ☐ Ufficio di piano
- ☐ Esercizio delle funzioni socioassistenziali dei comuni
- ☐ Fondo NA e fondi per il Sociale a rilevanza sanitaria attribuiti alla forma associata dei servizi sociali

‘Convenzione sociosanitaria: i vincoli dell’esercizio associato di funzioni e quelli del sistema sociosanitario’

L'articolo 70-bis della l.r. 40/2005 prevede che negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le società della salute, l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria sia attuata attraverso un'apposita convenzione stipulata da tutti i comuni, o dalle unioni, della stessa zona-distretto e dall'azienda sanitaria del territorio. Anche se il termine 'convenzione' può indurre qualche confusione, in questo caso il riferimento è allo strumento associativo impiegato per l'esercizio delle funzioni fondamentali. Con questa determinazione il legislatore regionale opera una scelta di campo molto importante, e allinea il nuovo strumento per l'integrazione con quello scelto nella l.r. 41/2005 per le materie esclusivamente sociali: identico ambito territoriale, strumento associativo dello stesso tipo, medesimo assetto di governance con l'integrazione, naturalmente, dell'azienda sanitaria.

Il cosiddetto 'organo comune' che governa la convenzione è costituito dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata dal Direttore generale della azienda sanitaria. E' estremamente significativo che l'organo comune sia individuato in legge in questo modo, poiché sottolinea come la convenzione nasca dall'incontro delle due componenti, quella comunale già organizzata nella Conferenza zonale e quella regionale tramite il Direttore generale dell'azienda sanitaria.

Nel caso in cui sia stata costituita una unione comunale che corrisponde integralmente all'ambito zonale, il rapporto associativo si accende tra l'Unione e l'Azienda sanitaria, di conseguenza l'organo comune della convenzione è formato dalla Giunta dell'Unione integrata dal Direttore Generale della Asl.

La responsabilità della gestione è attribuita all'azienda unità sanitaria locale. Il riferimento organizzativo ed operativo per le attività regolate dalla convenzione è rappresentato dalla zona-distretto. Il responsabile della zona-distretto provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla convenzione. La comune struttura organizzativa che gestisce le materie sociosanitarie, dunque, è la zona-distretto. Una scelta che comporta l'adeguata predisposizione al suo interno di un assetto amministrativo, tecnico e professionale in grado di sviluppare una rete di servizi stabilmente integrata tra azienda sanitaria e comuni. L'esercizio associato opera con personale proveniente dall'azienda unità sanitaria locale e dagli enti locali.

La legge prevede che la convenzione definisca alcuni contenuti specifici relativi ai processi di programmazione e di partecipazione, al coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, alla realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati. In questo modo la normativa regionale non si limita a prevedere un semplice strumento associativo, ma assegna esplicitamente alla convenzione il compito di disciplinare gli elementi-cardine del sistema territoriale sociosanitario. A questo scopo sarebbe particolarmente indicata una convenzione articolata su due livelli:

- Un piano generale che definisce le materie, il rapporto tra gli enti aderenti e i grandi cardini operativi e professionali dell'integrazione.
- Degli strumenti successivi, ma già previsti in convenzione, che specificano le modalità tecniche dell'integrazione rispetto a determinati settori assistenziali o gestionali.

La convenzione può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni esclusivamente socioassistenziali (l.r. 41/2005, art. 11, comma 2) dei comuni, compresi quelli tenuti all'esercizio associato di tali funzioni. E' una facoltà lasciata ai singoli comuni e alle unioni che in questo modo possono regolare, nell'ambito della stessa convenzione sociosanitaria, anche l'esercizio delle altre materie che compongono la funzione fondamentale sociale. Questa previsione di legge permette di raggiungere due obiettivi. Consente ai comuni obbligati di riunire l'esercizio dell'intera funzione sociale in una forma associativa che, ai fini dell'integrazione, comprende anche l'azienda sanitaria. Fornisce ai comuni liberi dall'obbligo dell'associazione uno strumento per ricostruire la gestione associata su base zonale che sia alternativo al consorzio SdS, ma che consente comunque un reale coordinamento con l'azienda sanitaria di riferimento. A questo scopo la stessa convenzione sociosanitaria può prevedere che le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della l.r. 66/2008, e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria, siano attribuite al soggetto che gestisce in forma associata i servizi sociali.

L'articolo 64 della l.r. 40/2005 coordina la struttura organizzativa della zona-distretto, e le funzioni del suo responsabile, con il nuovo assetto sociosanitario integrato e con le modifiche agli organismi della *governance* istituzionale. Alcuni aspetti da mettere in evidenza:

- Tra le funzioni generali della zona-distretto è stato introdotto un riferimento esplicito alla presa in carico e al trattamento assistenziale delle cronicità, e alla valutazione multidimensionale e alla presa in carico unitaria delle non autosufficienze.
- Il responsabile di zona è selezionato in seguito ad un avviso pubblico, ed è nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale previa intesa con la conferenza zonale dei sindaci.
- Nel caso sia costituita la società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di responsabile di zona.
- Il coordinatore sociale previsto dalla l.r. 41/2005 entra a far parte dell'ufficio di direzione zonale.
- Viene istituito un apposito ufficio di piano, composto da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale, che supporta la programmazione unitaria per la salute e quelle relative all'integrazione sociosanitaria. Lo stesso ufficio supporta anche l'elaborazione del Piano di Inclusione Zonale.

La disposizione che riguarda la nomina del responsabile di zona-distretto ne rende coerente la modalità di selezione sia nel caso delle società della salute che nel caso delle convenzioni sociosanitarie. La sua figura rappresenta il cardine che regge le relazioni operative tra l'azienda sanitaria e la conferenza dei sindaci. Infatti è inserita gerarchicamente nella struttura aziendale ed è contemporaneamente chiamata a rispondere anche alla conferenza dei sindaci per quanto riguarda la programmazione generale per la salute, quella specifica per i servizi sociosanitari, e le attività di monitoraggio e controllo della rete dei servizi territoriali.

Le disposizioni che riguardano il coordinatore sociale e l'ufficio di piano rappresentano il secondo cardine operativo del rapporto di integrazione, poiché portano le professionalità comunali e quelle aziendali a lavorare stabilmente nella programmazione zonale, strategica ed attuativa. Per la convenzione sociosanitaria rappresenta anche lo strumento che permetterebbe di formare lo snodo unitario delle attività di monitoraggio e controllo della rete dei servizi integrati di livello zonale, non solo per quelle di programmazione. Da parte sua, l'azienda sanitaria è chiamata a strutturare le capacità tecnico-amministrative della zona-distretto attraverso la costruzione dell'apposita struttura amministrativa prevista in legge (art. 58, comma 1), che quindi potrebbe essere messa subito in relazione con l'ufficio di piano costituendo un solido nucleo integrato per il supporto operativo della zona.

Entro il 31 dicembre 2014 le conferenze zonali dei sindaci devono trasmettere alla giunta regionale le convenzioni sociosanitarie stipulate. Le zone che hanno costituito le società della salute possono scegliere se proseguire con quella esperienza, nel rispetto dei requisiti introdotti dalle ultime modifiche alla l.r. 40/2005, oppure possono sciogliere il consorzio e stipulare la convenzione sociosanitaria. Le zone che non hanno costituito la società della salute, devono stipulare la convenzione sociosanitaria entro la fine dell'anno. Appare evidente il valore della nuova normativa regionale che prevede uno strumento generale e comune a tutte le zone per l'integrazione sociosanitaria, costruito in modo da rispondere contemporaneamente sia ai requisiti richiesti per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali che alle caratteristiche strutturali dell'integrazione sociosanitaria. Secondo questa nuova impostazione, in ciascun ambito territoriale sarà comunque attivo uno strumento molto solido e strutturato che garantisce l'integrazione sociosanitaria e può essere utilizzato anche per l'esercizio associato da parte dei comuni.

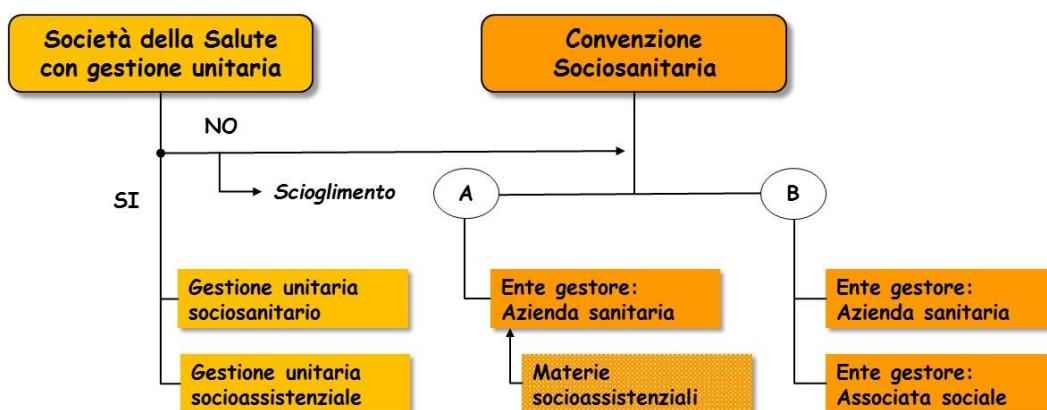
4.3. Le Società della salute

Anche le zone in cui è costituita la società della salute devono comunicare alla regione, entro il 31 dicembre 2014, la loro volontà di proseguire con il consorzio. In questo caso occorre che la società della salute rispetti i requisiti fissati dalla legge regionale. La regione verifica la consistenza dei requisiti dichiarati dalle zone durante i primi tre mesi del 2015. In caso positivo il consorzio SdS prosegue le sue attività, in caso negativo vengono avviate le procedure di scioglimento della società della salute e, per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, viene stipulata l'apposita convenzione. Il termine ultimo per l'estinzione del consorzio è comunque fissato nel 30 giugno 2015. Nel caso non siano avviate le idonee procedure da parte delle SdS che non rispettano i requisiti, le società della salute sono sciolte di diritto secondo le disposizioni dell'articolo 71 vices della l.r. 40/2005.

Naturalmente le zone sono sempre libere di sciogliere le società della salute in qualsiasi momento, in questo caso le procedure sono determinate dallo statuto del consorzio, ove previste, o dalle scelte del suo organo di governo. Contemporaneamente deve essere avviata la stipula della convenzione sociosanitaria.

L'articolo 71 novies decies della l.r. 40/2005 definisce i requisiti che le SdS devono rispettare affinché possano continuare ad esercitare le funzioni di legge:

- Gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale.
- Gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale.



‘Il percorso decisionale in presenza del consorzio SdS’

Il legislatore regionale ha così voluto sottolineare il ruolo organico delle società della salute, pensate in origine come strumenti in grado di organizzare e strutturare l'intero sistema dei servizi sociali e sociosanitari integrati in ambito zonale. Proseguire con le attività del consorzio, quindi, acquista un senso se la SdS produce un impatto significativo e completo sul sistema territoriale dei servizi, altrimenti si passa alla convenzione sociosanitaria che garantisce comunque una base comune di integrazione. La gestione unitaria richiesta dai requisiti può essere realizzata dalla SdS anche in forma indiretta, come era stato previsto in precedenza dalle normative regionali.

Le assemblee dei soci delle società della salute che proseguono le attività svolgono le funzioni attribuite alla conferenza zonale dei sindaci e quindi approvano il piano di inclusione zonale e formulano le proposte di articolazione zonale del Piano integrato di salute. L'aspetto più importante e decisivo per la tenuta del sistema regionale, tuttavia, è la disposizione della legge regionale che sancisce come il proseguimento delle attività delle società della salute assolvano alle funzioni previste dall'art. 70 bis della l.r. 40/2005 (Convenzione sociosanitaria) e alle funzioni previste dall'art. 36 della l.r. 41/2005 (Convenzione sociale).

Se la società della salute interrompe le attività, perché questa è stata la scelta della zona o perché non ha raggiunto i requisiti previsti dalla legge, allora deve essere attivata la convenzione sociosanitaria. Come descritto in precedenza, questo strumento regola l'esercizio associato delle funzioni di integrazione sociosanitaria su base zonale, e può assumere due assetti:

A. Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, l'ente gestore è l'azienda sanitaria e la struttura organizzativa responsabile dell'esercizio è la zona-distretto. La convenzione può regolare anche l'esercizio associato delle funzioni sociali dei comuni, compresi quelli obbligati.

B. Accanto alla struttura prevalente della zona-distretto, è possibile individuare anche una forma associata comunale a cui assegnare i finanziamenti regionali del fondo per la non autosufficienza e gli altri destinati alle attività sociali a rilevanza sanitaria.

5. Gli strumenti di programmazione

Nel nuovo assetto sociosanitario disegnato dalle ultime modifiche delle leggi regionali di settore, il tema della programmazione è quello che presenta gli aspetti meno lineari. Il superamento delle società della salute, ma soprattutto la rinuncia politica ed ideale a quel tipo di prospettiva, inevitabilmente comporta la scomposizione delle linee programmatiche e gestionali delle materie sanitarie da quelle sociali che ora sono disciplinate da due filoni normativi distinti.

Per quanto riguarda i luoghi della *governance* istituzionale e gli strumenti gestionali, le nuove normative regionali sono riuscite a coordinarsi in modo da riunire le due parti. Difatti gli strumenti per l'integrazione sono normati come se fossero costituiti dal collegamento di due componenti che mantengono comunque i propri riferimenti separati e distinti, le amministrazioni comunali da una parte e le aziende sanitarie dall'altra. Mentre in precedenza gli strumenti per l'integrazione erano pensati come il luogo unico, permanente e strutturato, in cui confluivano tutte le componenti utili sia all'integrazione sociosanitaria, che alla costruzione di servizi territoriali ad ampio spettro e alle politiche per la salute.

Tuttavia se le nuove normative regionali riescono a recuperare degli elementi sistematici di ricomposizione per quanto riguarda gli strumenti gestionali dell'integrazione, che presentano potenzialità estremamente interessanti anche per sviluppi ulteriori, la scomposizione di quella politica unitaria comporta invece delle profonde conseguenze per quanto riguarda la programmazione delle reti territoriali di servizio e, in particolare, per quanto riguarda la programmazione unitaria per la salute.

In precedenza i processi di programmazione per la salute erano unitari in quanto riferiti ad una struttura unica di livello zonale, la Società della salute, di cui costituivano l'atto fondamentale. Il legislatore regionale aveva definito uno strumento di programmazione articolato su due livelli, quello strategico che faceva riferimento al profilo di salute e agli obiettivi pluriennali di salute, e quello attuativo che faceva riferimento alla programmazione operativa annuale delle attività territoriali. Il limite dell'esperienza passata è stato certamente quello di attivare troppo timidamente il livello attuativo annuale.

Le nuove normative di settore pagano inevitabilmente un prezzo ulteriore alla scomposizione delle politiche e degli strumenti unitari, e quindi sono state costrette ad individuare una serie di programmazioni di settore, che sono pensate come distinte e separate tra loro:

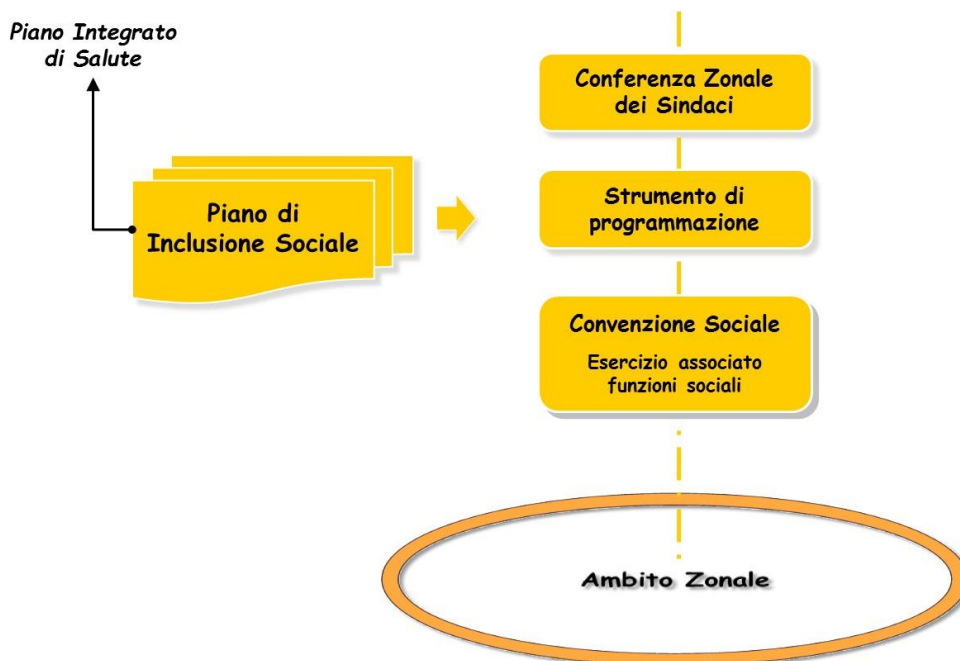
- Il Piano di inclusione zonale.
- L'Atto per l'integrazione sociosanitaria.
- Il Programma operativo delle cure primarie.

Adesso la loro ricomposizione avviene *successivamente*, attraverso il coordinamento che è possibile esercitare per mezzo del Piano Integrato di Salute. Il PIS viene portato a livello aziendale, difatti è approvato dalla conferenza aziendale, ed è costituito da un unico profilo di salute e da articolazioni zonali della programmazione attuativa. Tuttavia, proprio questa sua nuova natura potrebbe fornire gli elementi per un rilancio effettivo delle attività di programmazione.

5.1. Il Piano di inclusione zonale

L'articolo 29 della l.r. 41/2005 disciplina lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni.

- Il Piano di inclusione zonale (PIZ) definisce le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio, ai fini di migliorare e consolidare le politiche sociali tendenti a garantire la ricomposizione delle forme assistenziali, delle opportunità occupazionali, e di un compiuto sistema sussidiario di welfare.
- Definisce l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale, e individua i servizi dei diversi settori assistenziali. In più il PIZ (e da questa funzione prende il suo nome) definisce anche l'integrazione con i servizi e gli ambiti di attività relativi alle politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale; e si coordina con i relativi strumenti attuativi.
- Oltre a programmare le attività e i servizi, il PIZ individua anche le risorse necessarie alla loro realizzazione in attuazione degli obiettivi di servizio. Ciò vale anche per la realizzazione dei progetti innovativi promossi da soggetti del terzo settore. Allo stesso modo il PIZ individua in ambito zonale gli enti destinatari delle risorse del fondo sociale regionale.
- Il PIZ è approvato dalla conferenza zonale dei sindaci, oppure dalle società della salute, è valido per cinque anni e si coordina con le altre politiche sociosanitarie integrate a livello di zona distretto nell'ambito del piano integrato di salute. L'ufficio di piano zonale provvede alla sua elaborazione. La parte attuativa del PIZ viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale nonché delle risorse previste dalla l.r. 66/2008.
- La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIZ entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale 45/2014 (fine di ottobre).



‘La ricostruzione dell’ambito territoriale sociale e il suo strumento di programmazione’

Come appare evidente, rispetto al precedente piano di zona, le novità sono molte.

Il PIZ viene definito come lo strumento di programmazione delle funzioni fondamentali comunali e interessa tutto il campo dei servizi, delle attività e degli interventi che afferiscono a tali funzioni. Non si tratta dunque di un ritorno a piani fatti da progetti sperimentali e ‘aggiuntivi’, ma di uno strumento che programma interamente la rete zonale dei servizi. Si estende fino ad interessare il coordinamento con le altre materie

che riguardano il benessere della persona e la prevenzione delle condizioni di disagio sociale, creando i presupposti per una reale azione sull'inclusione sociale. Il Piano integrato di salute resta il riferimento per l'integrazione sociosanitaria e le azioni per la salute.

La norma regionale è particolarmente attenta anche agli aspetti finanziari, difatti oltre a determinare le risorse per la realizzazione delle attività, l'aggiornamento annuale del PIZ è la condizione per l'attivazione delle risorse regionali del FSR e della non autosufficienza. Passaggio, questo, di grandissima rilevanza.

L'introduzione degli obiettivi di servizio, poi, apre un campo del tutto inedito alla programmazione attuativa e alle possibilità di collegarla con una reale attività di *governance* tra enti locali e regione. Si tratta della possibilità di individuare consensualmente i livelli di prestazioni da raggiungere nei singoli settori assistenziali o nei singoli servizi, di quantificare questi livelli, e di collegare a queste quantità le fonti di finanziamento zonali o regionali e gli assetti organizzativi necessari alla loro erogazione effettiva. Se gli obiettivi di servizio così intesi entrassero a far parte di un vero patto locale per la salute, saremmo di fronte ad una piccola rivoluzione.

Il PIZ viene naturalmente approvato dalla conferenza zonale dei sindaci, nel nuovo assetto sociosanitario regionale costituisce uno degli elementi fondamentali per la ricomposizione delle materie sociali in ambito zonale. Questo strumento rappresenta di fatto l'atto di programmazione posto alla base dell'eventuale convenzione per l'esercizio associato della funzione fondamentale sociale regolata dall'articolo 36 bis della l.r. 41/2005.

5.2. L'Atto per l'integrazione e il Programma delle cure primarie

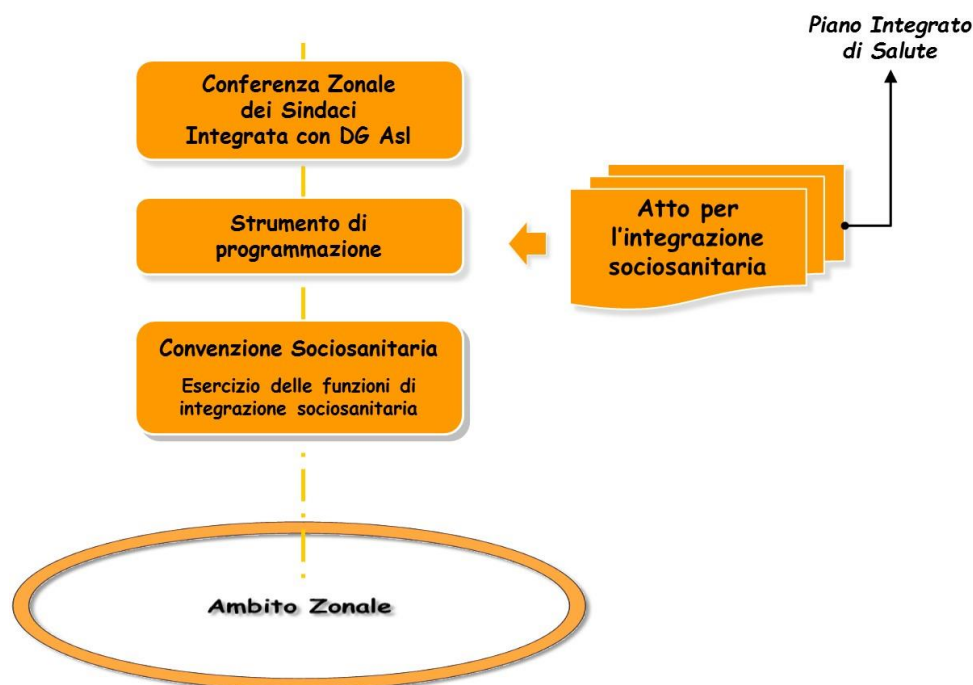
L'articolo 22 della l.r. 40/2005 disciplina lo strumento di programmazione delle aziende unità sanitarie locali. Il Piano attuativo locale (PAL) svolge questa funzione nei limiti delle risorse disponibili, e nell'ambito delle disposizioni di livello regionale, di area vasta e locali. Il PAL ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti.

Per quanto riguarda le attività sanitarie territoriali e sociosanitarie integrate, il PAL si realizza attraverso dei piani annuali che tengono conto dei contenuti del PIS, e che contengono due strumenti di programmazione settoriale: l'atto per l'integrazione socio-sanitaria e il programma operativo annuale delle cure primarie.

L'articolo 22, comma 5, lettera b) introduce l'Atto per l'integrazione socio-sanitaria, un dispositivo di livello aziendale articolato per zona-distretto. Definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria, e ne determina il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali. Definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità, e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

Si tratta di uno strumento di programmazione strettamente operativa che va a colmare lo spazio prima occupato dal bilancio economico delle società della salute. Per la parte strettamente sociosanitaria, quel bilancio raccoglieva in maniera distinta i finanziamenti di origine sanitaria e quelli di origine comunale che alimentavano le attività sociosanitarie, e successivamente li coordinava secondo i programmi integrati delle SdS. Il comma 5 dell'art. 22 della l.r. 40/2005 prevede che una funzione analoga sia svolta dall'atto per l'integrazione, che quindi estende a tutte le zone uno strumento codificato che coordina contestualmente i programmi attuativi, il budget integrato e i relativi percorsi assistenziali nelle materie sociosanitarie.

Rappresenta anche l'atto di programmazione specifico della convenzione sociosanitaria disciplinata dall'art. 70 bis della l.r. 40/2005, il nuovo strumento associativo dedicato alla ricostruzione in ambito zonale della linea di governo delle materie sociosanitarie e sociali integrate.



‘La ricostruzione dell’ambito territoriale sociosanitario e il suo strumento di programmazione’

L'articolo 22, comma 5, lettera a) introduce il Programma operativo annuale delle cure primarie, un dispositivo di livello aziendale articolato per zona-distretto. Definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d’iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale. Definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

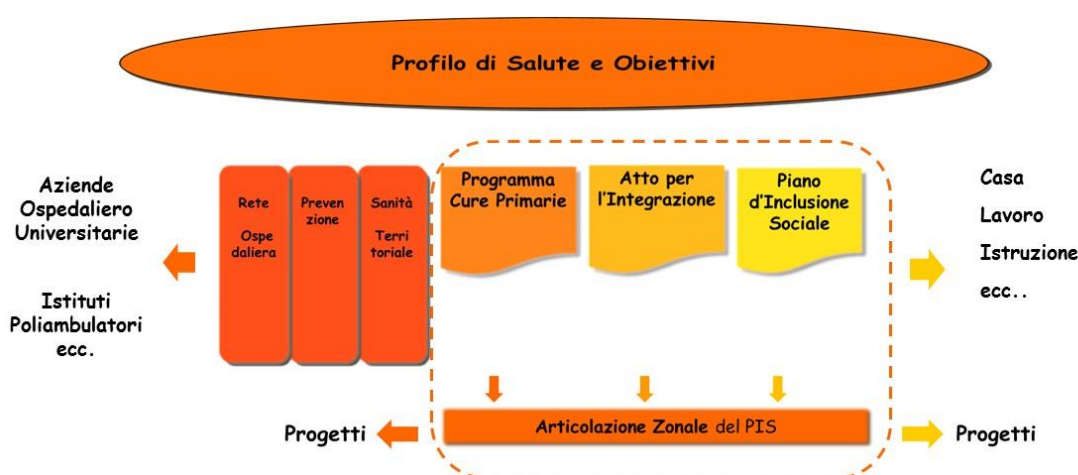
E’ uno strumento del tutto inedito che porta in evidenza e sistematizza le azioni in corso di realizzazione nel campo della sanità territoriale e che rappresentano l’opera decisiva per il futuro di tutto il sistema sanitario e sociosanitario integrato regionale. Solo con la costruzione di una vera organizzazione extra-ospedaliera in grado di trattare e assistere le cronicità e le fragilità, si riuscirà a garantire la tenuta finanziaria complessiva del sistema e ad adeguare l’offerta assistenziale ai reali bisogni di salute della popolazione. Questo strumento di programmazione diventa particolarmente prezioso proprio nella fase di costruzione dei servizi e nel riassetto organizzativo delle attività professionali, che altrimenti rischiano di affastellarsi senza avere alla loro base un progetto chiaro e condiviso.

Anche in questo caso si tratta di uno strumento di livello aziendale ma articolato per zone, e rappresenta il legame concreto della *governance* istituzionale e della programmazione per la salute con la costruzione delle reti integrate che collegano l’ospedale con il territorio.

5.3. Il Piano integrato di salute

L'articolo 21 della l.r.40/2005 definisce lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale.

- Il Piano integrato di salute (PIS) è articolato per ciascuna zona-distretto e società della salute, e svolge funzioni sia strategiche che attuative.
- Per la parte strategica, il PIS conserva le attribuzioni precedenti, anche se le nuove norme portano il profilo di salute e i relativi obiettivi al livello aziendale. Gli standard quantitativi e qualitativi da definire in attuazione degli obiettivi di salute e di benessere, potrebbero essere messi in relazione molto fruttuosa con gli obiettivi di servizio individuati in materia sociale. Sono confermate le azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute, e le azioni sugli stili di vita.
- Anche la parte attuativa è confermata, difatti il PIS definisce la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio, ne individua le modalità attuative e le risorse, definisce il fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali e individua gli strumenti di valutazione degli obiettivi di zona. L'azione attuativa del PIS viene esplicitata dalle articolazioni zonali del piano.
- Le articolazioni zonali del PIS trattano in particolare le materie relative alle cure primarie e all'integrazione sociosanitaria, nonché il coordinamento con piani di inclusione zonale.
- Il procedimento di formazione del PIS prevede il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate, e la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.
- Il PIS è approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci sulla base delle proposte formulate dalle conferenze zonali integrate, oppure dalle società della salute, ed è valido per cinque anni. L'ufficio di piano aziendale provvede alla sua elaborazione. La parte operativa zonale viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale nonché delle risorse previste per la non autosufficienza.
- La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIZ entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge regionale 44/2014 (fine di novembre).



‘L’articolazione del PIS e le funzioni di integrazione a livello zonale’

Anche in questo caso le novità sono piuttosto consistenti.

Il Piano integrato di salute passa a livello aziendale per agevolare il coordinamento delle programmazioni zonali con le scelte organizzative dell'azienda sanitaria di riferimento. Questo appare il livello più adeguato in cui esprimerne le funzioni strategiche, attraverso la composizione del profilo di salute e la determinazione degli obiettivi di salute e di benessere.

Le articolazioni del PIS sono elaborate dalle conferenze zonali integrate e svolgono le funzioni attuative secondo due direttrici:

A. Coordinano l'integrazione tra tre strumenti operativi: il Piano di Inclusione zonale, l'Atto per l'integrazione sociosanitaria, il Programma operativo delle cure primarie.

B. Sviluppano le azioni progettuali che coinvolgono gli altri determinanti di salute, sia sul versante della prevenzione e delle reti ospedaliere, sia sul versante dell'inclusione sociale e del benessere.

Il Piano di inclusione zonale è uno strumento che si occupa prevalentemente di materie sociali, ed è di competenza della Conferenza zonale di soli sindaci anche se, naturalmente, non può essere slegato dalle materie sociosanitarie e sanitarie, e a questo fine è coordinato nel PIS.

L'atto per l'integrazione è lo strumento di base della programmazione sociosanitaria e comporta la partecipazione diretta delle amministrazioni comunali e dell'azienda sanitaria. E' un dispositivo aziendale articolato per zone ed è di competenza della Conferenza integrata.

Il Programma operativo delle cure primarie è lo strumento per la progettazione operativa del sistema dei servizi territoriali extra-ospedalieri, è un dispositivo aziendale articolato per zone.

L'articolazione zonale del PIS deve quindi coordinare tre strumenti attuativi che sono sottoposti ad un regime variabile di *governance*, è questo il risultato concreto della scomposizione tra sanitario e sociale a cui si è accennato in apertura del capitolo sulla programmazione. In sostanza si tratta di programmare in maniera distinta settori di un sistema territoriale di servizi che, fino a poco tempo fa, era considerato unico. Queste programmazioni settoriali vengono coordinate in un secondo momento, quando le istanze delle singole aree assistenziali si sono già espresse e allocate.

In questo processo vanno naturalmente integrate le azioni progettuali sugli altri determinanti di salute che erano sempre state considerate il vero valore aggiunto della programmazione unitaria per la salute.

E' sempre possibile, tuttavia, interpretare in modo virtuoso le nuove normative sulla programmazione. Basta considerare il Piano integrato di salute come lo strumento generale che apre, sviluppa e chiude un ciclo completo e coerente di programmazione sui due livelli: aziendale e zonale.

1. La composizione del profilo di salute e la determinazione dei relativi obiettivi rappresenta l'apertura del ciclo, guidata dalla conferenza aziendale.

2. La declinazione degli obiettivi a livello zonale, con parametri quantitativi e qualitativi, può essere considerato l'avvio della elaborazione attuativa guidata dalla conferenza zonale integrata. I vari piani attuativi (Piano di inclusione, Atto per l'integrazione e Programma delle cure primarie) possono essere elaborati contestualmente da una struttura tecnica mista (l'ufficio di piano) sotto la guida della Conferenza zonale integrata.

3. L'articolazione zonale del PIS raccoglie questi tre strumenti, insieme alle azioni progettuali sulla salute, e li porta all'approvazione della Conferenza aziendale.

4. Il ciclo della programmazione si chiude con l'approvazione del Piano integrato di salute.

Dopo l'approvazione delle modifiche alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 41/2005, però, per organizzare un percorso di questo tipo occorrono degli espliciti accordi tra le parti e una solida azione di *governance* istituzionale e tecnica tra i livelli zonali e il livello aziendale.

6. I luoghi della *governance* istituzionale

6.1. La conferenza aziendale

L'articolo 12 della L.r. 40/2005 definisce il nuovo assetto della Conferenza aziendale dei sindaci, introducendo un fortissimo elemento di innovazione. Questo organo, difatti, è composto da tutti i sindaci dei comuni e da tutti i presidenti delle unioni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria e dal direttore generale della stessa azienda. Le quote di partecipazione sono distribuite per il 66% tra i comuni e le unioni (secondo la rispettiva popolazione residente) e per il 34% all'azienda sanitaria. La conferenza assume le proprie deliberazioni secondo un doppio quorum che deve essere soddisfatto contemporaneamente:

- Il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali.
- Il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione.

Appare evidente il nuovo ruolo acquistato dalla Conferenza aziendale in seguito all'ultima evoluzione normativa, che sposta su questo livello il baricentro dei rapporti politico-istituzionali tra amministrazioni comunali, regione e aziende sanitarie. Anche in questo caso viene riconosciuta la capacità rappresentativa della forma associata comunale, attraverso la partecipazione dei presidenti delle unioni; mentre il coinvolgimento diretto del direttore generale dell'azienda sanitaria riconosce e regola la *componente istituzionale* di questa figura tecnica, che acquisisce questa natura quando si esprime come rappresentante della regione nella conferenza. Altro passaggio di assoluto rilievo.

Le decisioni dell'organo vengono adottate mediante un voto esplicito e ponderato tra le diverse componenti. Il meccanismo di votazione garantisce che le decisioni possano essere adottate solo con il consenso contemporaneo sia della componente regionale (attraverso il direttore dell'azienda) che della maggioranza della componente comunale. Una maggioranza, quest'ultima, che deve rappresentare sia la maggioranza numerica dei rappresentanti degli enti locali, sia la maggioranza della popolazione da essi rappresentata (poiché le quote di partecipazione delle amministrazioni locali sono distribuite secondo la popolazione residente). Si tratta di un meccanismo prudente e bilanciato che consente di assumere le decisioni solo con l'accordo della maggior parte dei comuni e della azienda sanitaria, cioè con l'accordo delle due componenti della conferenza. La Conferenza dovrà comunque adottare un regolamento che ne disciplini il funzionamento ed è supportata dall'insieme degli uffici di piano di livello zonale.

La conferenza aziendale è definita come lo snodo tra l'area vasta e la dimensione locale delle zone-distretto e svolge funzioni in materia di:

- Programmazione sanitaria, mediante la formulazione degli indirizzi e l'approvazione del piano attuativo locale.
- Programmazione sulla salute, mediante l'approvazione del piano integrato di salute.
- Programmazione finanziaria, mediante il parere sugli atti di bilancio dell'azienda sanitaria.

In seduta riservata alle sole componenti comunali, la Conferenza aziendale esprime valutazioni in merito alla nomina del direttore generale e ne può eventualmente proporre la revoca al Presidente della Giunta regionale.

Prima delle ultime modifiche alla l.r. 40/2005 l'area vasta era stata identificata solo come un livello di coordinamento delle aziende sanitarie e ospedaliere, di conseguenza la funzione di snodo con il livello aziendale era affidata esclusivamente ai rispettivi direttori generali. Le recenti modifiche introducono anche

la Conferenza dei sindaci di area vasta e la coordinano con livello aziendale attraverso le rispettive conferenze. La conformazione delle reti di *governance* istituzionale è stata dunque riallineata con gli assetti organizzativi delle aziende sanitarie. Insieme alla nuova forma assunta dalle Conferenze aziendali, che introduce stabilmente la figura del direttore generale nel campo istituzionale, questa funzione di snodo riconduce le dinamiche tra le singole aziende e l'area vasta in una dimensione plurale che prevede un confronto sia tecnico che istituzionale.

Naturalmente la stessa dinamica interessa anche i rapporti tra le singole zone e l'azienda sanitaria. E' in questo nuovo quadro che vanno ricollocate le funzioni di programmazione specificate dall'art. 12, che possono rappresentare occasioni e strumenti codificati per organizzare delle forme evolute di governo associato in campo sanitario e sociosanitario.

6.2. La governance multilivello

L'articolo 11 bis della l.r. 40/2005 istituisce per la prima volta la Conferenza dei sindaci di area vasta che è composta dai presidenti delle conferenze di livello aziendale e di livello zonale (o presidenti di SdS) afferenti alla stessa area. Alle sedute della conferenza partecipano il relativo coordinatore, gli altri direttori generali delle aziende sanitarie di pertinenza e il rettore della università di riferimento. Rispetto all'ambito territoriale di competenza, la conferenza organizza e coordina le relazioni tra i comuni, le aziende sanitarie e quelle ospedaliero-universitarie, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale. Il suo funzionamento è disciplinato da un apposito regolamento.

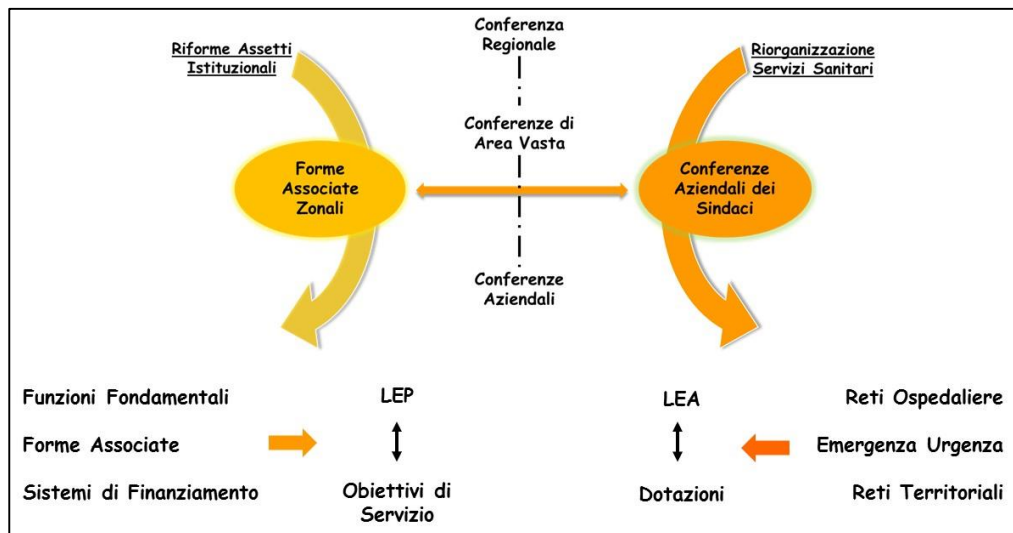
Le competenze specifiche dell'organismo riguardano gli ambiti della programmazione di area vasta e i piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie. In esplicito riferimento alle previsioni che l'art. 9 della stessa l.r. 40/2005 disegna per la 'Programmazione di area vasta', la Conferenza esprime pareri sugli atti di concertazione interaziendali con particolare riguardo alle ricadute territoriali delle azioni di:

- a) definizione dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, con la determinazione delle soglie, dei volumi e parametri di qualità.
- b) definizione dei livelli appropriati di erogazione delle prestazioni, dell'organizzazione delle reti ospedaliere e delle reti specialistiche di area vasta.
- c) definizione dei livelli appropriati della sanità territoriale e dei dipartimenti di prevenzione ove abbiano un impatto sulle politiche di area vasta.

L'articolo 9 nella l.r. 40/2005 prevede che il coordinatore di area vasta orienti le proprie attività in particolare verso:

- La programmazione, l'attuazione e il monitoraggio degli atti di area vasta, con particolare riferimento alle scelte di sviluppo organizzativo compresi i modelli organizzativi che favoriscano la gestione interaziendale di funzioni, strutture ed attrezzature ed il rapporto con il privato accreditato, nonché l'implementazione di procedure innovative e l'utilizzo di tecnologie nuove o ad alto costo.
- Il coordinamento dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, con particolare riferimento all'applicazione di soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza.
- Il compito di garantire la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse, con obiettivi economici e di governo clinico, con particolare riferimento ai risultati di esito ed alla appropriatezza, anche attraverso la sperimentazione del consolidamento dei bilanci a livello di area vasta.
- Il compito di individuare e governare gli obiettivi formativi di area vasta, garantendo percorsi integrati sul territorio.

L'introduzione di una simile disposizione avvenuta nel 2010, ha reso necessario un bilanciamento delle competenze previste per il coordinatore di area vasta con la presenza, strutturata in legge, di una Conferenza in cui esplicitare non solo le attività di programmazione ma anche quelle attuative degli accordi interaziendali che producono delle ricadute a livello territoriale.



‘I processi di trasformazione degli assetti istituzionali e dei servizi sanitari’

L'articolo 11 della l.r. 40/2005 rivisita la Conferenza regionale per allinearla con le modifiche apportate alle normative sanitarie e sociali:

- La nuova denominazione, Conferenza regionale delle conferenze zonali dei sindaci, esprime lo spostamento del baricentro della governance istituzionale dalle società della salute alle conferenze dei sindaci. La funzione principale esercitata dalla Conferenza è legata alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.
- E' copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci o delle società della salute. La componente comunale esprime un vicepresidente della conferenza regionale. Sono inviati rappresentanti delle associazioni comunali e i coordinatori di area vasta.
- Esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale, sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale, sul numero e sulla composizione delle zone-distretto.
- Concorre all'elaborazione delle linee-guida del PIS e alla composizione del fondo sanitario regionale (fondo ordinario di gestione) 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.
- Concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati delle risorse del fondo sociale regionale.
- Esprime parere delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 1.
- Propone i criteri per il riparto delle risorse aggiuntive attribuite dal PSSIR per l'esercizio delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.
- Valuta annualmente lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi.
- Le modalità di funzionamento della conferenza sono disciplinate da apposito regolamento.

- Il supporto tecnico amministrativo è assicurato da personale della competente direzione generale della Giunta regionale e, previo accordo, del soggetto rappresentativo ed associativo dei comuni in ambito regionale.

Le due modifiche di legge riorganizzano prima di tutto il rapporto tra le zone e il livello di *governance* aziendale. Consolidano le prime utilizzando al massimo le possibilità previste dalle leggi nazionali relative all'esercizio delle funzioni fondamentali comunali, e individuando il livello zonale come quello più vicino all'organizzazione operativa delle reti integrate di servizio. Contemporaneamente la Conferenza aziendale viene profondamente rivisitata e diventa il baricentro delle relazioni di governo condivise tra le amministrazioni locali e la direzione aziendale. Tra i due livelli, quello zonale e quello aziendale, corre un circuito di programmazione e di realizzazione regolato attraverso il Piano integrato di salute, gli strumenti attuativi in materia sanitaria e dell'integrazione e il Piano di inclusione sociale. E' da sottolineare l'importanza acquisita dalla Conferenza aziendale nel nuovo ordinamento, una soluzione inedita che prevede la partecipazione esplicita e regolata del direttore generale e il voto ponderato.

Su questa base molto concreta, le modifiche alla l.r. 40/2005 aggiornano e consolidano il sistema di *governance* multilivello. Le Conferenze di area vasta vengono costituite mediante una specifica disposizione normativa, e sono articolate secondo gli stessi assetti adottati, fin dal 2010, per la programmazione tecnica di quel livello. Nel disciplinare questo livello di *governance*, il legislatore regionale ha posto particolare attenzione verso le intese o gli accordi interaziendali. Si tratta di strumenti operativi con cui il coordinatore di area vasta (previsto dell'art. 9 della l.r. 40/2005) persegue gli obiettivi della programmazione e che, naturalmente, possono avere delle ricadute più o meno consistenti nei singoli ambiti territoriali. La Conferenza di area vasta può occuparsi attivamente delle ricadute di questo genere, avviando a sua volta un circuito di scambio con i livelli aziendali coinvolti. L'introduzione di questo istituto segna un'altra importante innovazione nel corpo normativo precedente anche se, in questo caso, il legislatore regionale ha forse guardato più al futuro immaginando lo sviluppo di grandi aggregati territoriali come inevitabile conseguenza del processo di costruzione della città metropolitana.

L'ultimo livello della *governance* è, ovviamente, quello della Conferenza regionale. L'intervento normativo non comporta delle modifiche straordinarie per questo organismo, ma riconferma sostanzialmente le funzioni già individuate nel 2005. Tutti i luoghi della *governance* vivono dell'energia che ricevono dalle singole componenti rappresentate. Se il loro coinvolgimento è basso, altrettanto ridotte saranno le attività dell'organismo e di conseguenza l'impatto operativo delle scelte di *governance* sarà piuttosto debole. Essendo al vertice del sistema la Conferenza regionale vive queste dinamiche in modo ancora più profondo, difatti l'andamento degli ultimi anni ha reso questo fenomeno in maniera evidente. Le funzioni di regia generale del sistema regionale sanitario e sociale, tuttavia, non permetterebbero cadute di tensione da parte della Conferenza regionale. Una buona attività e una buona organizzazione di questo organismo potrebbero riattivare gradualmente moltissime reti locali, offrendo un contributo importante per la coesione del sistema regionale di integrazione.

Fin da queste brevi considerazioni appare evidente come il sistema della *governance* multilivello sia decisivo per la condivisione delle responsabilità e delle scelte, e per la regolazione condivisa dei sistemi di servizio in materia sociale, sociosanitaria e sanitaria. I passaggi da affrontare sono enormi, siamo di fronte a un processo di riordino degli assetti istituzionali di valore assoluto, che coinvolge profondamente tutti i livelli: riforma del Titolo V della Costituzione e competenze regionali; superamento delle amministrazioni provinciali; istituzione delle città metropolitane; esercizio delle funzioni fondamentali comunali. Contemporaneamente è in atto un, altrettanto imponente, processo di riorganizzazione dei sistemi di servizio in sanità, raccolto e simboleggiato nel nuovo Patto per la salute. Essendo giocato su un piano prevalentemente tecnico, questo secondo processo fatica a manifestare il valore che invece merita. La riorganizzazione delle reti ospedaliere,

dell'emergenza-urgenza e della sanità territoriale, invece, presenta aspetti che riguardano direttamente la coesione delle comunità locali e che sono tanto fondamentali quanto quelli della riorganizzazione istituzionale.

Per questa via ritorna prepotentemente in campo il tema dei servizi da garantire, della loro qualità, e della loro accessibilità. Esiste una strettissima relazione tra i sistemi di finanziamento, gli assetti organizzativi, l'organizzazione professionale e la diffusione territoriale dei servizi; la qualità degli obiettivi prestazionali da perseguire dipende dall'insieme di questi fattori. Il cambiamento degli assetti istituzionali locali, delle forme di finanziamento delle funzioni fondamentali e delle modalità per il loro esercizio associato, influenza direttamente i fattori di fondo che influenzano la qualità della rete dei servizi. In campo sanitario le trasformazioni delle reti ospedaliere, dei sistemi per l'emergenza-urgenza e la costruzione delle reti territoriali sono il tema imprescindibile che in questi anni ha investito più della metà delle regioni italiane in maniera totalizzante attraverso i piani di rientro. I risultati di quelle esperienze sono ancora tutti da discutere, presentano aspetti positivi e problematici in egual misura. Nelle regioni in cui gli equilibri di bilancio sono stati conservati, invece, questo enorme e straordinario processo di trasformazione degli assetti assistenziali diventa il vero e imprescindibile motore dell'innovazione anche a livello locale. Il sistema della governance multilivello avrebbe come suo scopo costitutivo proprio quello di organizzare la comprensione e la condivisione delle difficilissime scelte da fare per il futuro.

6.3. Gli istituti per la partecipazione

Gli istituti di partecipazione previsti per le società della salute sono stati riconfermati anche nelle ultime modifiche alla l.r. 40/2005. Nel corso del dibattito che ha preceduto e accompagnato l'elaborazione delle modifiche, questa dimensione è stata più volte richiamata sia a livello regionale che locale. Molte organizzazioni coinvolte nei processi di partecipazione accesi dalle società della salute in questi anni hanno sottolineato con grande forza la positività di esperienze strutturate di questo tipo. Ne hanno anche evidenziato tutti i limiti normativi e tutti i difetti operativi, ma la posizione prevalente ha sempre ritenuto questa esperienza come preziosa e irrinunciabile.

L'articolo 64 ter della l.r. 40/2005 estende l'esperienza e istituisce il comitato di partecipazione degli utenti in tutte le zone-distretto in cui non sia costituita la società della salute. Il comitato di partecipazione è nominato dalla conferenza zonale dei sindaci ed è composto da membri designati dalle associazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni. La sua attività è esercitata verso tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie della zona-distretto o con essa convenzionate e accreditate.

Il Comitato contribuisce alla programmazione delle attività ed esprime parere in merito alla proposta zonale del piano integrato di salute. Esprime pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza. Esprime parere sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti. Redige un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del Piano Integrato di Salute e sul Piano attuativo locale.

Il Comitato può accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto di riferimento e richiedere specifiche studi e approfondimenti.

La convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione (Art. 70 bis della l.r. 40/2005) sostiene le attività del Comitato di partecipazione. Anche nelle zone in cui non è costituita la società della salute sono promosse due 'agorà della salute' all'anno.

Uno dei limiti generali delle esperienze accumulate nelle società della salute è stata la discrepanza tra le previsioni di legge e l'effettiva possibilità operativa insita nei processi partecipativi. L'accesso ai dati e la richiesta di studi specifici, così come l'espressione di pareri che riguardano l'attuazione operativa degli strumenti di programmazione per la salute, implica un livello altissimo di competenza tecnica e di presenza attiva. In alcune esperienze locali, questi processi si sono invece orientati maggiormente verso la valutazione partecipata dei servizi, e hanno così raggiunto un buon grado di equilibrio tra l'efficacia delle azioni attivate e la sostenibilità dell'impegno richiesto.

Legge Regionale 29 Luglio 2014 n. 44

Modifiche alla l.r. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale)

Sommario delle modifiche apportate alla l.r. 40/2005

Art. 1	Modifiche all'articolo 9
Art. 2	Sostituzione dell'articolo 11
Art. 3	Inserimento dell'articolo 11
Art.4	Sostituzione dell'articolo 12
Art.5	Sostituzione dell'articolo 21
Art. 6	Sostituzione dell'articolo 22
Art.7	Modifiche all'articolo 37
Art. 8	Modifiche all'articolo 40
Art. 9	Sostituzione dell'articolo 64
Art.10	Inserimento dell'articolo 64 ter
Art.11	Modifiche all'articolo 70
Art.12	Inserimento dell'articolo 70 bis
Art. 13	Modifiche all'articolo 71 sexies
Art. 14	Modifica dell'articolo 71 novies
Art. 15	Inserimento dell'articolo 71 novies decies
Art. 16	Inserimento dell'articolo 71 vicies

Di seguito sono riportati gli articoli della L.R. 40/2005 così come modificati dall'approvazione della legge regionale 44/2014.

Art. 9

La programmazione di area vasta

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali.

1 bis. Al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete e l'ottimizzazione delle risorse, la Regione Toscana promuove:

- a) l'attivazione, in via sperimentale, di dipartimenti interaziendali, a carattere gestionale, al fine di favorire l'interscambio dei professionisti sui percorsi assistenziali ed il condiviso ed ottimale utilizzo delle strutture e delle attrezzature;
- b) la revisione delle strutture organizzative complesse delle aziende ospedaliero universitarie sulla base delle soglie minime di attività attualmente previste;
- c) la revisione, nel rispetto delle necessarie relazioni sindacali, dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, determinando soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza;
- d) le iniziative di riorganizzazione a livello di area vasta, oltre che per gli obiettivi predetti, per consentire il raggiungimento della sostenibilità economica anche di area vasta;
- e) la revisione del sistema di valutazione dei direttori generali anche in merito agli obiettivi di area vasta;
- f) la valorizzazione della governance tra le istituzioni.

2. Per l'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1, 1 bis, sono individuate le seguenti aree vaste:

- a) Area vasta nord - ovest, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno e 12 di Viareggio, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana;
- b) Area vasta centro, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli, nonché le Aziende ospedaliero-universitarie Careggi e Meyer di Firenze;
- c) Area vasta sud - est, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese.

3. In ciascuna area vasta è costituito un comitato, composto dai direttori generali delle aziende sanitarie facenti parte dell'area e dal direttore dell'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale (ESTAR) di cui all'articolo 100.

4. Il comitato è presieduto da un coordinatore, individuato dal Presidente della Giunta regionale tra i direttori generali delle aziende sanitarie dell'area vasta. **Il coordinatore rimane in carica per tre anni e può essere rinominato per una sola volta, il suo operato viene valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla regione.**

4 bis. Il coordinatore del comitato di area vasta effettua il coordinamento delle attività del comitato, con particolare riferimento:

- a) alla programmazione, a livello di area vasta, degli atti di competenza, con particolare riferimento alle scelte di sviluppo organizzativo compresi i modelli organizzativi che favoriscano la gestione interaziendale di funzioni, strutture ed attrezzature ed il rapporto con il privato accreditato, nonché l'implementazione di procedure innovative e l'utilizzo di tecnologie nuove o ad alto costo;
- b) all'attuazione e al monitoraggio degli atti di cui alla lettera a);
- c) al coordinamento dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, con particolare riferimento all'applicazione di soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza;

d) al compito di garantire la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse, con obiettivi economici e di governo clinico, con particolare riferimento ai risultati di esito ed alla appropriatezza, anche attraverso la sperimentazione del consolidamento dei bilanci a livello di area vasta;
e) al compito di individuare e governare gli obiettivi formativi di area vasta, garantendo percorsi integrati sul territorio.

e bis) alla elaborazione di un rapporto annuale sul raggiungimento degli obiettivi di programmazione definiti per l'area vasta.

5. Il comitato di area vasta elabora le proposte dei piani di area vasta di cui all'articolo 8, comma 3, lettera b) ed approva le intese e gli accordi di cui all'articolo 8, comma 4, lettera d).

5 bis. Il comitato di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci da emettere entro sessanta giorni dal ricevimento della proposta, approva specifico regolamento di funzionamento.

6. I piani di area vasta sono trasmessi alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale entro **quaranta giorni** dal ricevimento e li trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

7. Le intese e gli accordi di cui all'articolo 8, comma 4, lettera d), inerenti l'organizzazione integrata dei servizi e la regolamentazione della mobilità sanitaria, sono trasmessi alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale entro trenta giorni dal ricevimento; decorso tale termine, tali atti si intendono approvati.

Art. 11

Conferenza regionale dei sindaci

(Articolo sostituito completamente)

1. La conferenza regionale delle conferenze zonali dei sindaci, di seguito denominata conferenza regionale dei sindaci, è l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.

2. La conferenza regionale dei sindaci è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci, di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005 ovvero dai presidenti delle società della salute. La componente comunale esprime un vicepresidente della conferenza regionale.

3. Alle sedute della conferenza regionale dei sindaci sono invitati:

- a) un rappresentante dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);
- b) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità, enti montani (UNCENM);
- c) i coordinatori di area vasta di cui all'articolo 9, comma 4.

4. La conferenza regionale dei sindaci:

- a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale;
- c) concorre all'elaborazione delle linee-guida previste dall'articolo 21, comma 6;
- d) concorre a determinare la composizione del fondo di cui all'articolo 25, comma 1, lettera a), con riferimento al riparto delle risorse tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;

- e) concorre alla quantificazione delle risorse che ciascuna azienda unità sanitaria locale deve destinare alle zone-distretto;
- f) concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati delle risorse del fondo sociale regionale di cui all'articolo 45 della l.r. 41/2005;
- g) esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 1.

5. La conferenza regionale dei sindaci esprime i pareri di cui al comma 4, lettere a), b), c) ed f) entro trenta giorni dal ricevimento della relativa documentazione.

6. Fermo restando il riparto delle risorse attribuite dal piano sanitario e sociale integrato regionale, la conferenza regionale dei sindaci propone i criteri per il riparto delle risorse aggiuntive attribuite dal medesimo piano per l'esercizio delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato.

7. La conferenza regionale dei sindaci valuta annualmente, anche sulla base dei documenti di monitoraggio di cui all'articolo 20, lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi.

8. Le modalità di funzionamento della conferenza regionale dei sindaci sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti. Il supporto tecnico amministrativo alle attività della conferenza regionale dei sindaci è assicurato da personale della competente direzione generale della Giunta regionale e, previo accordo, del soggetto rappresentativo ed associativo dei comuni in ambito regionale.

Art. 11 bis

Conferenza dei sindaci di area vasta

(Articolo non presente in precedenza e inserito per la prima volta)

1. La conferenza dei sindaci di area vasta, di seguito denominata conferenza di area vasta, organizza e coordina le relazioni tra i comuni e le aziende sanitarie afferenti alla stessa area vasta, ivi comprese le aziende ospedaliere universitarie, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale.

2. La conferenza di area vasta è composta dai presidenti delle conferenze aziendali dei sindaci, nonché dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci o dai presidenti delle società della salute, o loro delegati, afferenti alla stessa area vasta. La conferenza è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze aziendali. Alle sedute dell'articolazione di area vasta partecipano il relativo coordinatore, gli altri direttori generali delle aziende sanitarie di pertinenza e il rettore della università di riferimento, o suo delegato.

3. La conferenza di area vasta:

- a) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta;
- b) esprime parere obbligatorio sul piano di area vasta;
- c) esamina gli atti del bilancio consolidato di area vasta di previsione e consuntivo;
- d) esprime parere obbligatorio sui piani attuativi delle aziende ospedaliere-universitarie e relative relazioni aziendali;
- e) esprime parere sul regolamento di funzionamento dell'area vasta.

4. La conferenza di area vasta esprime pareri sugli atti di concertazione interaziendale con particolare riguardo alle ricadute territoriali delle azioni di:
- a) definizione dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, con la determinazione delle soglie, dei volumi e parametri di qualità;
 - b) definizione dei livelli appropriati di erogazione delle prestazioni, dell'organizzazione delle reti ospedaliere e delle reti specialistiche di area vasta;
 - c) definizione dei livelli appropriati della sanità territoriale e dei dipartimenti di prevenzione ove abbiano un impatto sulle politiche di area vasta.
5. La conferenza di area vasta esprime i pareri di cui ai commi 3 e 4 entro trenta giorni dal ricevimento della relativa documentazione.
6. Il coordinatore di area vasta assicura i rapporti ed una adeguata informazione tra l'area vasta e la conferenza di area vasta. Il coordinatore di area vasta mette a disposizione idonei locali per la conferenza dei sindaci di area vasta.

Art. 12

Le conferenze dei sindaci

(Articolo sostituito completamente)

1. La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni oppure, nel caso delle unioni di comuni, dai presidenti delle unioni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1 della l.r. 41/2005 e dal direttore generale della azienda sanitaria di riferimento. La conferenza aziendale dei sindaci è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci.
2. I componenti della conferenza aziendale dei sindaci intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:
- a) il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti degli enti locali che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
 - b) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.
3. La conferenza aziendale dei sindaci assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione ad eccezione dei pareri di cui al comma 6, lettere c) ed e) che sono deliberati a maggioranza dai soli componenti degli enti locali.
4. Il funzionamento della conferenza aziendale dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente.
5. La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14 del decreto delegato.
6. La conferenza aziendale dei sindaci assume la funzione di snodo tra l'area vasta e la dimensione locale delle zone-distretto e in particolare:
- a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 22;
 - b) approva il piano attuativo locale;

- c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);
- d) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;
- e) propone al Presidente della Giunta regionale, in seduta riservata alle sole componenti comunali, la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8;
- f) approva il piano integrato di salute secondo quanto previsto dall'articolo 21.

7. Il regolamento di cui al comma 4 può prevedere la costituzione di un esecutivo, del quale fanno parte di diritto i presidenti delle conferenze zonali costituite nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale e il direttore generale della medesima azienda unità sanitaria locale.

8. L'azienda unità sanitaria locale mette a disposizione idonei locali per la conferenza aziendale dei sindaci e per le conferenze zonali dei sindaci. Le conferenze aziendali dei sindaci e le conferenze zonali sono supportate, nell'esercizio delle loro attività, dall'insieme degli uffici di piano di livello zonale di cui all'art. 64, comma 8.

Art. 21

Piani integrati di salute

(Articolo sostituito completamente)

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale ed è articolato per ciascuna zona-distretto e società della salute, con funzioni sia strategiche che attuative.

2. È compito del PIS:

- a) definire il profilo di salute delle comunità locali di riferimento;
- b) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi aziendali e zonali in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;
- c) individuare efficaci zone di contrasto nei confronti delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
- d) adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;
- e) individuare le modalità attuative;
- f) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
- g) individuare le risorse messe a disposizione dai comuni, comprese quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, e quelle provenienti dal fondo sanitario regionale;
- h) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- i) individuare gli strumenti di valutazione per misurare gli obiettivi specifici di zona.

3 Il PIS è approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci sulla base delle proposte formulate dalle conferenze zonali integrate di cui all'articolo 70 bis comma 8, ovvero dalle società della salute ove esistenti, in particolare in materia di cure primarie e di integrazione sociosanitaria, nonché in materia di coordinamento dei piani di inclusione zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005.

4. Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:

- a) il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;
- b) la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.

5. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte operativa zonale viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all'articolo 29, comma 4 della l.r. 41/2005. Le conferenze zonali dei sindaci formulano le proposte di cui al comma 3, previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento.

6. La Giunta regionale elabora, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge regionale 29 luglio n. 44 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005 'Discipline del servizio sanitario regionale') apposite linee guida per la predisposizione del PIS.

Art. 22

Piani attuativi locali

(Articolo sostituito completamente)

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo gli obiettivi di salute determinati dal PIS. Il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti.

2. Le conferenze aziendali dei sindaci, previo parere dei consigli comunali, formulano indirizzi per le aziende unità sanitarie locali per l'elaborazione del piano attuativo locale.

3. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci, che lo approva in sede plenaria.

4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni dal ricevimento, ne verifica la conformità alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

5. Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie territoriali e socio-sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare:

- a) attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per zona-distretto, che definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;
- b) attraverso l'atto per l'integrazione socio-sanitaria, articolato per zona-distretto, che definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo

definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

6. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta i programmi annuali di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e li trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci che lo approva; successivamente il direttore generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che verifica la conformità dello stesso alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

Art. 37

Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale

(Articolo modificato – le soppressioni sono in grassetto)

1. Il direttore generale è nominato con le modalità previste dall'articolo 3 bis, comma 3, del decreto delegato tra i soggetti in possesso dei requisiti ivi previsti, ~~che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età.~~

Art. 40

Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali

(Articolo modificato – le soppressioni sono in grassetto)

5. Possono essere nominati direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale i soggetti ~~che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e~~ che abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione, che possiedano inoltre uno dei seguenti requisiti:

- a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;
- b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;
- c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

Art. 64

Zona-distretto

(Articolo sostituito completamente)

1. Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci.

2. Le zone-distretto:

- a) valutano i bisogni sanitari e sociali della comunità e definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;

- b) assicurano l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dell'azienda sanitaria e dai comuni, nonché la loro interrelazione con le politiche locali di governo del territorio;
- c) assicurano l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi direttamente gestiti dalla azienda unità sanitaria locale;
- d) sviluppano iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività svolte dal servizio sanitario regionale;
- e) garantiscono l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;
- f) assicurano il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione;
- g) assicurano la presa in carico e il trattamento assistenziale delle cronicità, nonché la valutazione multidimensionale e la presa in carico unitaria delle non autosufficienze nel rispetto di quanto previsto dalla legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza).

3. A ciascuna zona-distretto è preposto un responsabile di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale a seguito di avviso pubblico tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis, previa intesa con la conferenza zonale dei sindaci, che agisce sulla base e nei limiti delle deleghe conferite, in particolare, in materia di assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.

4. Il responsabile di zona provvede a:

- a) coordinare le attività amministrative svolte nella zona-distretto, ivi comprese quelle di cui all'articolo 4, comma 9, del decreto delegato, avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;
- b) garantire rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali e svolgere le attività di programmazione sanitaria e di integrazione sociosanitaria in diretta relazione con la conferenza zonale dei sindaci;
- c) gestire il budget assegnato alla zona-distretto e negoziare con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto i budget di rispettiva competenza in coerenza con gli atti di programmazione aziendale e con gli atti di programmazione condivisi con la conferenza aziendale e zonale dei sindaci;
- d) stabilire, ai fini dello svolgimento delle attività di assistenza territoriale, e nei limiti delle deleghe ricevute dal direttore generale, forme di collaborazione con i presidi ospedalieri in relazione alle determinazioni della azienda sanitaria e agli atti di programmazione pluriennale e annuale di livello zonale coordinati dal PIS;
- e) garantire le attività di monitoraggio e controllo della rete dei servizi territoriali anche in relazione con la conferenza zonale dei sindaci.

5. Nel territorio della zona-distretto il responsabile di zona è coadiuvato da un comitato di coordinamento composto da:

- a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai medici di medicina generale, dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;
- b) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nella zona-distretto;
- c) un rappresentante delle associazioni di volontariato, designato dalla consulta del terzo settore;
- d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore generale, su proposta del responsabile di zona, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;
- e) i responsabili delle unità funzionali che operano nei settori di cui all'articolo 66, comma 4.

6. Il responsabile di zona, per le funzioni gestionali, è coadiuvato da un ufficio di direzione zonale composto da:

- a) i responsabili delle unità funzionali relative ai settori di attività di cui all'articolo 66, comma 4;
- b) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica e un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal responsabile di zona;
- c) un medico referente unico zonale della medicina convenzionata individuato dal responsabile di zona tra i soggetti di cui al comma 5, lettera a).
- d) Il coordinatore sociale di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005.

7. Tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale di cui al comma 6 il responsabile di zona individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

8. Il responsabile di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'Ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del Piano di Inclusione Zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005. L'insieme degli uffici di piano di livello zonale, afferenti alla stessa azienda sanitaria, costituisce il supporto tecnico delle conferenze dei sindaci di cui all'articolo 12 ed elabora il PIS aziendale.

9. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di responsabile di zona. Tali funzioni sono esercitate sulla base dell'intesa prevista all'articolo 50, comma 6, e ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71 quindices.

Art. 64 ter

Comitato di partecipazione degli utenti

(Articolo non presente in precedenza e inserito per la prima volta)

1. In ciascuna zona-distretto, ove non sia costituita la società della salute, è istituito il comitato di partecipazione degli utenti. Il comitato di partecipazione è nominato dalla conferenza zonale dei sindaci ed è composto da membri designati dalle associazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni.

2. Una volta istituito e insediato il comitato di partecipazione si dota di un proprio regolamento interno per lo svolgimento delle proprie funzioni e attività.

3. L'attività del comitato di partecipazione si esercita verso tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie della zona-distretto o con essa convenzionate e accreditate.

4. Sono compiti del comitato di partecipazione nell'ambito della zona distretto di riferimento:

- a) contribuire alla programmazione delle attività avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo;
- b) esprimere parere sulla proposta dell'articolazione zonale del piano integrato di salute entro trenta giorni dal ricevimento;
- c) esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza in tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie della zona-distretto o con essa convenzionate e accreditate;

- d) verificare e esprimere parere sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità;
- e) redigere, formulando anche specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del Piano Integrato di Salute e sul Piano attuativo locale in merito allo stato dei servizi.

5. Il comitato di partecipazione, nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ha il potere di accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto di riferimento e richiedere specifiche studi e approfondimenti.

6. Al fine di assicurarne la operatività e favorire un rapporto organico e la partecipazione dei cittadini sono messi a disposizione del comitato di partecipazione, da parte del soggetto individuato dalla convenzione di cui all'articolo 70 bis, locali idonei per le attività ordinarie, gli incontri pubblici e i convegni e seminari sul tema della salute, così come si provvede alla pubblicizzazione degli stessi.

7. Al fine di garantire le finalità, di cui al comma 4, e assicurare uno scambio diretto di esigenze, opinioni e critiche sono promosse due "agorà della salute" all'anno, aperte alla popolazione in cui è assicurata la presenza degli assessori regionali di riferimento.

Art. 70

Dipartimenti aziendali e interaziendali

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. Le aziende sanitarie, al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono appositi dipartimenti di coordinamento tecnico **o, in via sperimentale, a carattere gestionale** sia a livello aziendale che interaziendale; nel caso di dipartimento aziendale, allo stesso è preposto un coordinatore nominato dal direttore generale; il coordinatore, che si può avvalere di un comitato di dipartimento secondo la disciplina contenuta nello statuto aziendale, partecipa ai processi decisionali della direzione aziendale nelle forme e con le modalità stabilite dal medesimo statuto.

Art. 70 bis

Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria

(Articolo non presente in precedenza e inserito per la prima volta)

1. Negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le società della salute l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria è attuata attraverso apposita convenzione.

2. La convenzione è stipulata da tutti i comuni, ovvero dalle unioni dei comuni che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11 comma 1, della l.r. 41/2005, della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio, previa comunicazione a tutti i consigli comunali della zona distretto.

3. La responsabilità della gestione è attribuita all'azienda unità sanitaria locale, fatto salvo quanto previsto al comma 4.

4. La convenzione può prevedere che le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della l.r. 66/2008 e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria siano attribuite al soggetto che gestisce in forma associata i servizi sociali.
5. La convenzione può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2 della l.r. 41/2005 da parte dei comuni ivi compresi quelli tenuti all'esercizio associato di tali funzioni.
6. Entro il 31 dicembre 2014 le conferenze zonali dei sindaci trasmettono alla giunta regionale le convenzioni di cui al comma 1.
7. I comuni approvano la convenzione con deliberazione della conferenza zonale di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005. Se l'ambito territoriale della zona distretto coincide con quello dell'unione di comuni, l'approvazione della convenzione spetta alla giunta dell'unione. La convenzione è sottoscritta dal presidente della conferenza zonale, in rappresentanza dei comuni e delle unioni della conferenza medesima. La convenzione è sottoscritta dal presidente dell'unione in caso di coincidenza dell'ambito territoriale.
8. L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la conferenza zonale di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato. La conferenza esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68 (Norme sul sistema delle autonomie locali). Le deliberazioni della conferenza sono adottate secondo le modalità definite dalla convenzione.
9. La convenzione definisce, in particolare, le modalità organizzative adottate in riferimento a:
- a) i processi di programmazione e di partecipazione;
 - b) l'integrazione socio-sanitaria;
 - c) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
 - d) la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati.
10. Il riferimento organizzativo ed operativo per le attività regolate dalla convenzione è rappresentato dalla zona-distretto. Il responsabile della zona-distretto provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla convenzione.
11. L'esercizio associato opera con personale proveniente dall'azienda unità sanitaria locale e dagli enti locali.
12. Le funzioni e i servizi attinenti gli interventi in materia socio sanitaria sono finanziati dagli enti associati secondo i criteri stabiliti dalla convenzione nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.
13. Se i comuni della zona distretto costituiscono una unione il cui ambito territoriale coincide con la zona distretto, l'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione di cui al comma 3 è la giunta dell'unione, integrata dal rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale. Le deliberazioni sono adottate secondo le modalità definite dalla convenzione.
14. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 20 della l.r. 68/2011. La giunta regionale elabora, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un apposito schema-tipo per la predisposizione della convenzione di cui al presente articolo.

Art. 71 sexies

Assemblea dei soci

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. L'assemblea dei soci è composta dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dal sindaco o da un componente della giunta di ciascun comune aderente
2. Le quote di partecipazione dei singoli soci sono determinate:
 - a) per quanto riguarda l'azienda unità sanitaria locale, nella percentuale pari ad un terzo del totale;
 - b) per quanto riguarda i comuni interessati, secondo le modalità stabilite negli atti istitutivi della società della salute.
3. L'assemblea dei soci esercita le seguenti funzioni:
 - a) detta indirizzi programmatici e direttive nei confronti della giunta esecutiva;
 - b) elegge i componenti della giunta esecutiva;
 - c) elegge il presidente della società della salute tra i componenti dell'assemblea.
4. L'assemblea dei soci, in particolare, approva:
 - a) a maggioranza i provvedimenti indicati negli atti istitutivi della società della salute;
 - b) a maggioranza qualificata superiore ai due terzi i seguenti atti:
 - 1) **proposta di piano integrato di salute e piano di inclusione zonale;**
 - 2) relazione annuale sullo stato di salute;
 - 3) bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;
 - 4) regolamenti di accesso ai servizi;
 - 5) ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla società della salute.
5. L'approvazione degli atti di programmazione, tra cui la proposta del piano integrato di salute, avviene previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento. I bilanci e i regolamenti approvati sono trasmessi ai consigli comunali degli enti aderenti per conoscenza, nonché per l'adozione degli atti eventualmente previsti dagli statuti degli stessi comuni.
6. Per l'approvazione della **proposta di piano integrato di salute** l'assemblea dei soci è integrata dai sindaci dei comuni che non hanno aderito alla società della salute.
7. All'assemblea dei soci della società della salute è invitato il presidente della provincia per il coordinamento con le funzioni di cui all'articolo 13 della l.r. 41/2005.

Art. 71 novies

Direttore della società della salute

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. Il direttore della società della salute è nominato dal presidente della società della salute, su proposta della giunta esecutiva e previa intesa con il Presidente della Giunta regionale **a seguito di avviso pubblico, fra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis.**
2. L'incarico di direttore della società della salute può essere conferito a:

- a) un dirigente dipendente del servizio sanitario regionale o del comune con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni maturata nel ruolo dirigenziale;
- b) soggetti in possesso di diploma di laurea che abbiano maturato esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa di organismi, aziende o enti pubblici o privati;
- c) soggetti in possesso dei requisiti richiesti per la nomina a direttore dei servizi sociali di cui all'articolo 40, comma 5;
- d) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni.

3. L'incarico di direttore della società della salute è **esclusivo ed** è regolato da un contratto di diritto privato stipulato con il legale rappresentante della società della salute con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile, il cui schema-tipo viene approvato dalla Giunta regionale.

4. Il trattamento economico **omnicomprensivo** del direttore della società della salute è determinato in misura non superiore a quello previsto dalla normativa vigente per il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.

4 bis. La nomina a direttore della società della salute dei dipendenti della Regione, di un ente o azienda regionale o di azienda sanitaria con sede nel territorio regionale è subordinata al collocamento in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

5. Il direttore della società della salute predispone gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettere c) e d), esercita la direzione amministrativa e finanziaria della società della salute; in particolare:

- a) predispone **la proposta di piano integrato di salute e il piano di inclusione zonale**;
- b) predispone lo schema della relazione annuale della società della salute;
- c) predispone il bilancio di previsione annuale e pluriennale, il programma di attività ed il bilancio di esercizio della società della salute;
- d) predispone gli atti di programmazione operativa ed attuativa annuale e negozia con i responsabili delle strutture organizzative delle aziende unità sanitarie locali il budget di competenza;
- e) predispone gli altri atti di competenza della giunta esecutiva e dell'assemblea dei soci;
- f) assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni degli organi della società della salute;
- g) dirige le strutture individuate dall'atto di cui all'articolo 71 quindicesimo, comma 1;
- h) esercita le funzioni di responsabile di zona ai sensi dell'articolo 64, comma 8;
- i) può rappresentare in giudizio la società della salute, per gli atti di propria competenza, secondo quanto previsto dallo statuto.

Articolo 71 novies decies

Disposizioni concernenti le società della salute già costituite ai sensi dell'articolo 71 bis e seguenti

(Articolo non presente in precedenza e inserito per la prima volta)

1. Le società della salute già costituite all'entrata in vigore della presente legge possono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, a condizione che entro il 31 dicembre 2014 sussistano entrambi i seguenti requisiti:

- a) gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera c);
- b) gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera d);

2. Possono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3 anche le società della salute che si impegnano ad assicurare le gestioni unitarie di cui alle lettere a) e b) del comma 1 entro il 31 marzo 2015.

3. Entro il 31 dicembre 2014 le società della salute che intendono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, trasmettono alla Giunta regionale la documentazione di cui ai commi 1 e 2.

4. Sono soggette alle procedure di scioglimento di cui all'articolo 71 vices le società della salute che alla data del 31 marzo 2015:

a) hanno trasmetto documentazione inadeguata a comprovare il possesso dei requisiti di cui al comma 1, lettere a) e b);

b) non hanno trasmesso alcuna documentazione;

c) non hanno adempiuto all'impegno di cui al comma 2.

5. La Giunta regionale, sentita la conferenza regionale dei sindaci, verifica la sussistenza delle condizioni di cui al comma 4 e in caso di esito negativo della verifica invita le società della salute interessate ad avviare le procedure di scioglimento nonché ad attivare la convenzione di cui all'articolo 70 bis in modo da garantire la continuità assistenziale.

6. Le assemblee dei soci delle società della salute che proseguono le attività svolgono le funzioni attribuite alla conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, ed in particolare:

a) approvano il piano di inclusione zonale;

b) formulano le proposte di articolazione zonale del PIS.

7. Il proseguimento delle attività delle società della salute in attuazione del precedente comma 1 assolve alle funzioni previste dall'art. 70 bis della l.r. 40/2005 e alle funzioni previste dall'art. 36 della l.r. 41/2005.

Art. 71 vices

Disposizioni transitorie in merito allo scioglimento delle società della salute

(Articolo non presente in precedenza e inserito per la prima volta)

1. Le società della salute, che non posseggono i requisiti di cui all'articolo 71 novies decies, sono sciolte con le modalità previste dal presente articolo.

2. Gli enti partecipanti alle società della salute provvedono al loro scioglimento con le procedure previste dallo statuto.

3. L'assemblea della società della salute può, in alternativa, provvedere direttamente allo scioglimento dell'ente mediante approvazione, entro il 31 marzo 2015, di una deliberazione, assunta all'unanimità dei componenti, che effettua la ricognizione dei beni e dei rapporti in corso, compreso il contenzioso, delle attività e delle passività, e regola la successione degli enti nei beni, nei rapporti, nelle attività e nelle passività della società della salute. La deliberazione individua la data, comunque non anteriore al 30 giugno 2015, a decorrere dalla quale l'ente è estinto e si producono gli effetti di successione nei beni, nei rapporti, nelle attività e nelle passività dell'ente estinto, nonché il subentro nelle funzioni secondo le competenze che la legge attribuisce in via ordinaria ai comuni e all'azienda unità sanitaria locale. La deliberazione di scioglimento è trasmessa ai soggetti pubblici e privati interessati alla successione. La deliberazione costituisce titolo per le trascrizioni immobiliari e per qualsiasi adempimento derivante dalla successione.

4. Se alla data del 31 marzo 2015 la società della salute non è stata sciolta ai sensi dello statuto o l'assemblea non ha provveduto a deliberare lo scioglimento ai sensi del comma 3, la società della salute è sciolta di diritto; l'ente continua ad operare fino alla sua estinzione in gestione commissariale. Dal 31 marzo 2015 tutti gli organi della società della salute di cui all'articolo 71 quinquies decadono, e le funzioni sono assunte, in qualità di commissario straordinario, dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. Il commissario straordinario, con propri decreti dotati di immediata esecutività, provvede alla ricognizione dei beni e dei rapporti in corso, compreso il contenzioso, alla definizione della massa attiva e passiva, e all'attribuzione a ciascuno degli enti partecipanti delle funzioni e delle relative attività e passività, secondo i seguenti criteri:

a) individuazione dell'azienda unità sanitaria locale quale soggetto che subentra nelle funzioni e succede nei rapporti attivi e passivi della società della salute afferenti alle funzioni di competenza dell'unità sanitaria locale medesima;

b) individuazione dei singoli comuni quali soggetti che subentrano nelle restanti funzioni e succedono nei restanti rapporti attivi e passivi della società della salute, ciascuno in proporzione tra di loro alle quote che risultano in capo ai comuni ai sensi dell'atto costitutivo o dello statuto.

5. Gli schemi dei decreti commissariali di cui al comma 4 sono previamente comunicati ai comuni, i quali, entro il termine assegnato, possono presentare osservazioni circa la ripartizione dei crediti e dei debiti; gli atti sono adottati valutate le osservazioni. Alla data prevista dai singoli decreti di cui al comma 4, e in relazione a quanto in essi stabilito, i comuni e l'azienda unità sanitaria locale, per la quota di rispettiva competenza, acquisiscono le risorse derivanti dalla liquidazione delle attività, rispondono ad ogni effetto dell'adempimento delle obbligazioni derivanti dalla liquidazione delle passività e subentrano nella gestione dei procedimenti in corso, anche di carattere contenzioso, assumendo le conseguenti determinazioni amministrative di bilancio.

6. Il commissario di cui al comma 4 assicura, per quanto necessario, la prosecuzione delle attività dell'ente, fino alla data, stabilita nei decreti, dalla quale decorre il subentro e la successione delle funzioni e delle relative attività e passività. Il commissario provvede alla dichiarazione di estinzione dell'ente a decorrere da una data non successiva al 30 giugno 2015. I decreti di trasferimento delle funzioni, delle attività e delle passività sono comunicati dal commissario ai soggetti pubblici e privati interessati.

7. Nei casi di cui ai commi 2, 3, e 4 il personale che risulta comandato alla società della salute, rientra nella disponibilità dell'ente che ha disposto il comando. Il personale con contratto di lavoro a tempo determinato è assegnato, in relazione alle funzioni prevalenti esercitate, all'ente individuato dagli atti di cui ai commi 2, 3 e 4. Salvo diverso accordo tra gli enti partecipanti alla società della salute, detti enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto, alla partecipazione alla spesa di detto personale.

8. Nei casi di cui ai commi 2, 3 e 4 il personale che, alla data di entrata in vigore della presente legge, risulta trasferito alla società della salute rientra nella disponibilità dell'ente che ha disposto il trasferimento. Il personale assunto direttamente dalla società della salute mediante concorso pubblico è trasferito all'ente individuato dagli atti di cui ai commi 2, 3 e 4. Salvo diverso accordo tra gli enti partecipanti alla società della salute, detti enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o dallo statuto, alla partecipazione alla spesa di detto personale.

9. Al personale di cui al comma 8 è riconosciuta a tutti gli effetti la continuità del rapporto di lavoro e l'anzianità di servizio maturata presso la società della salute. Qualora l'importo complessivo del trattamento fisso e continuativo in godimento presso la società della salute sia superiore a quello derivante dall'inquadramento presso l'ente cui il personale è trasferito, la differenza viene attribuita a titolo di assegno ad personam riassorbibile.

10. Se lo scioglimento della società della salute è effettuato ai sensi dello statuto, i beni mobili e immobili della società della salute sono assegnati agli enti partecipanti secondo quanto previsto dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto. E' comunque ammessa, in caso di mancanza o di carenza di disposizioni dell'atto costitutivo e dello statuto, l'assegnazione dei beni mediante accordo tra gli enti medesimi, sottoscritto da tutti i sindaci dei comuni e dal direttore dell'azienda unità sanitaria locale.

11. Se si procede allo scioglimento della società della salute ai sensi del comma 3, la deliberazione dispone sull'assegnazione dei beni mobili e immobili. Se si procede allo scioglimento ai sensi del comma 4, i beni mobili e immobili conferiti a qualsiasi titolo dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale rientrano nella disponibilità dei soggetti medesimi. I beni mobili e immobili acquisiti direttamente dalla società della salute sono assegnati dal commissario agli enti partecipanti previo accordo tra gli enti medesimi. In caso di mandato accordato, il commissario provvede all'assegnazione in maniera indivisa, sulla base delle quote che risultano in capo ai comuni e all'azienda unità sanitaria locale ai sensi dell'atto costitutivo o, in mancanza, dello statuto.

12. Se, successivamente all'estinzione della società della salute, emergono rapporti attivi o passivi non considerati negli atti di successione e subentro, per detti rapporti si applicano le regole della solidarietà attiva e passiva tra gli enti già partecipanti alla società della salute. I soggetti medesimi rispondono delle obbligazioni ciascuno per la quota di partecipazione prevista dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto.

Legge Regionale 30 Luglio 2014 n. 45

Modifiche alla l.r. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)

Sommario delle modifiche apportate alla l.r. 41/2005

Art. 1	Modifiche all'articolo 10
Art. 2	Sostituzione dell'articolo 11
Art. 3	Abrogazione dell'articolo 12
Art. 4	Modifiche all'articolo 13
Art. 5	Sostituzione dell'articolo 29
Art. 6	Sostituzione dell'articolo 33
Art. 7	Sostituzione dell'articolo 34
Art. 8	Sostituzione dell'articolo 35
Art. 9	Inserimento dell'articolo 36 bis
Art. 10	Sostituzione dell'articolo 37
Art. 11	Abrogazione dell'articolo 38
Art. 12	Modifiche all'articolo 40
Art. 13	Inserimento dell'articolo 49 bis
Art. 14	Inserimento dell'articolo 49 ter
Art. 15	Modifiche all'articolo 59
Art. 16	Abrogazione dell'articolo 60
Art. 17	Abrogazione dell'articolo 61
Art. 18	Modifiche all'articolo 63

Di seguito sono riportati gli articoli della L.R. 41/2005 così come modificati dall'approvazione della Legge Regionale 45/2014.

Art. 10

Pubblica tutela

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. La Regione sostiene **i comuni, singoli o associati**, che mediante accordi, convenzioni o altri atti di collaborazione istituzionale, attivano servizi e interventi di supporto in favore delle persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, di cui al libro I, titolo XII del codice civile, nonché dei soggetti ai quali sono conferite dall'autorità giudiziaria le funzioni di tutore, curatore o di amministratore di sostegno, anche in raccordo con altri enti e autorità interessate alla pubblica tutela.

Art. 11

Il comune

(Articolo sostituito integralmente)

1. I comuni sono titolari della funzione fondamentale concernente la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, nonché delle altre le funzioni amministrative a essi attribuite ai sensi della presente legge.

2. I comuni tenuti all'esercizio associato obbligatorio della funzione fondamentale ai sensi dell'articolo 14, comma 28 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, assolvono a detto obbligo mediante l'esercizio associato delle seguenti funzioni, servizi e attività:

- a) definizione del percorso assistenziale personalizzato ai sensi degli articoli 6 e 7;
- b) definizione delle condizioni per l'accesso alle prestazioni erogate, di cui risultano competenti ai sensi del presente comma;
- c) erogazione delle prestazioni ai sensi degli articoli 6 e 7;
- d) progettazione e gestione degli interventi e dei servizi di cui al Capo I del Titolo V, ai sensi dell'art. 4;
- e) autorizzazione, vigilanza e controllo delle strutture residenziali e semiresidenziali, ai sensi degli articoli 20, comma 2, 21, 22, 23 e 24;
- f) determinazione degli obiettivi di servizio di cui all'articolo 2 del Decreto Legislativo 26 novembre 2010 n. 216 (Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città Metropolitane e Province) ed eventuale determinazione dei livelli delle prestazioni ulteriori e integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e dalla Regione.

3. I comuni, congiuntamente con le aziende unità sanitarie locali, erogano interventi e servizi dell'alta integrazione socio sanitaria, di integrazione socio-sanitaria, nonché i servizi finanziati dal fondo per la non autosufficienza di cui alla legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza).

4. Nell'ambito del piano sanitario e sociale integrato regionale possono essere previste specificazioni in merito agli interventi e ai servizi di cui al presente articolo.

5. Le funzioni dei comuni sono esercitate negli ambiti e nelle forme previsti dal Capo II del Titolo III.

Art. 12

La comunità montana

(Articolo abrogato)

Art. 13

La provincia

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. Comma abrogato

2. Le province promuovono e sostengono gli interventi di preformazione, di formazione e di integrazione lavorativa dei soggetti disabili e delle categorie svantaggiate ai sensi delle disposizioni di cui alla legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione, professionale e lavoro) come modificata dalla legge regionale 1 febbraio 2005, n. 20 .

3. Le province curano la tenuta degli albi e dei registri regionali previsti dalla legislazione regionale in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, e promuovono la partecipazione dei soggetti interessati alla costruzione delle reti di solidarietà sociale.

4. Le province esercitano funzioni finalizzate alla realizzazione del sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, nonché di diffusione delle conoscenze, sulla base di intese, accordi o altri atti di collaborazione istituzionale stipulati con la Regione.

5. Le disposizioni dei commi 3 e 4 si applicano fino al riordino delle funzioni delle province.

Articolo 29

Piano di inclusione zonale

(Articolo sostituito integralmente)

1. Il piano di inclusione zonale (PIZ) determina, con riferimento alla funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni e in conformità con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, le attività da perseguire tramite le reti di servizi e di welfare territoriale e gli obiettivi di servizio, ai fini di migliorare e consolidare le politiche sociali tendenti a garantire:

- a) livelli di qualità che superino la frammentazione, riducano le inappropriately e promuovano forme assistenziali per favorire le responsabilità delle persone e dei nuclei familiari;
- b) opportunità di risorse occupazionali;
- c) la riaffermazione di un compiuto sistema sussidiario tra enti e di questi con i cittadini per utilizzare le risorse del welfare.

2. Il PIZ, in particolare, definisce:

- a) i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale;
- b) i servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio;
- c) i servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario;
- d) i servizi a carattere residenziale per le fragilità;
- e) le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale;
- f) le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno previste a livello nazionale e regionale.

3. Il PIZ definisce anche l'integrazione con i servizi e gli ambiti di attività indicati all'articolo 3, comma 2, lettera b), e si coordina con i relativi strumenti attuativi.

4. Il PIZ è approvato dalla conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34, ovvero dalle società della salute, ove esistenti, e si coordina con le altre politiche sociosanitarie integrate a livello di zona distretto nell'ambito del piano integrato di salute di cui all'articolo 21 della legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

5. Il PIZ ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte attuativa del PIZ viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale nonché delle risorse previste dalla l.r. 66/2008.

6. Il PIZ individua le risorse necessarie alla realizzazione delle attività e degli interventi previsti in attuazione degli obiettivi di servizio, nonché alla realizzazione dei progetti innovativi promossi anche da soggetti del terzo settore di cui all'articolo 17.

7. Il PIZ individua in ambito zonale gli enti destinatari di risorse del fondo sociale regionale. Il PIZ è elaborato dall'ufficio di piano zonale di cui all'art. 64, comma 9 della l.r. 40/2005.

8. La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIZ entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale 30 luglio 2014 n. 45 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005 'Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale').

Art. 33

Ambiti territoriali per la gestione del sistema locale di interventi e servizi sociali

(Articolo sostituito integralmente)

1. Le zone-distretto, di cui all'articolo 64, comma 1 della l.r. 40/2005, costituiscono gli ambiti territoriali per l'integrazione socio sanitaria, per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, nonché gli ambiti territoriali di dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.

Art. 34

Conferenza zonale dei sindaci

(Articolo sostituito integralmente)

1. In ciascuna delle zone-distretto è istituita la conferenza zonale dei sindaci, cui partecipano tutti i sindaci dell'ambito territoriale o i presidenti delle unioni dei comuni che esercitino la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1 ovvero chi, ai sensi della normativa nazionale, ricopre temporaneamente la carica di sindaco.

2. La conferenza delibera con il voto favorevole della maggioranza dei sindaci presenti alla seduta, che rappresentino, con riferimento ai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) dell'ultimo censimento generale della popolazione, la maggioranza della popolazione dei comuni della zona distretto.

3. La conferenza elegge, con la maggioranza prevista per le deliberazioni, il proprio presidente tra i sindaci che la compongono. Il regolamento di funzionamento stabilisce la durata della carica di presidente, alla scadenza della quale il presidente cessa a tutti gli effetti.
4. Il presidente può nominare, tra i sindaci, quello che lo sostituisce in caso di assenza temporanea. Fino all'elezione, o all'elezione cui debba provvedersi a seguito di cessazione del presidente in carica, le funzioni di presidente sono svolte dal sindaco del comune di maggiore dimensione demografica, non considerando il comune del presidente cessato.
5. Il presidente convoca e presiede la conferenza, propone gli argomenti all'ordine del giorno, esercita i compiti a lui attribuiti dalla legge e dal regolamento di funzionamento.
6. Il sindaco può delegare un assessore del comune a sostituirlo, in via permanente o temporanea, nella conferenza. In caso di delega, le norme del presente articolo e del regolamento di funzionamento che fanno riferimento al sindaco si intendono riferite al delegato.
7. Le funzioni di segretario della conferenza sono attribuite dal presidente a un dirigente o a un funzionario individuati tra i dipendenti dei comuni. Il segretario svolge compiti di collaborazione e di assistenza giuridico amministrativa nei confronti della conferenza e del presidente, partecipa alle riunioni della conferenza e ne redige i verbali, cura la pubblicazione delle deliberazioni all'albo istituito dal comune individuato nel regolamento di funzionamento, e la trasmissione degli elenchi delle deliberazioni medesime ai comuni. La conferenza può stabilire che il segretario sia coadiuvato, nell'esercizio dei suoi compiti, da una segreteria amministrativa, composta da personale dei comuni.
8. La partecipazione alla conferenza non comporta l'attribuzione di indennità o di gettoni di presenza; i rimborsi spese sono a carico dei comuni.
9. Per le zone distretto costituite da un unico comune le funzioni della conferenza zonale dei sindaci sono svolte dall'organo individuato dallo statuto del comune, oppure, in assenza, dalla Giunta comunale.

Art. 35

Compiti della conferenza zonale dei sindaci

(Articolo sostituito integralmente)

1. La conferenza zonale dei sindaci coordina l'esercizio delle funzioni di competenza dei comuni di cui all'articolo 11, svolge le attività di programmazione locale e le altre funzioni previste dalla normativa regionale, approva la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della l.r. 40/2005.
2. La conferenza zonale adotta con propria deliberazione il PIZ di cui all'articolo 29 e lo trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci di cui all'articolo 12 della l.r. 40/2005.
3. Per l'elaborazione degli atti della programmazione locale, la conferenza può avvalersi delle strutture dei comuni oppure dell'ufficio di piano di cui all'articolo 64, comma 9 della l.r. 40/2005 nell'ambito della convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della l.r. 40/2005.

Art. 36 bis

Esercizio associato delle funzioni

(Articolo non presente in precedenza e inserito per la prima volta)

1. I comuni svolgono l'esercizio associato delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2 mediante convenzione o unione di comuni, in conformità alle disposizioni del Capo IV del Titolo III della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68 (Norme sul sistema delle autonomie locale). Le disposizioni medesime che fanno riferimento agli ambiti territoriali si intendono riferite agli ambiti delle zone-distretto.
2. Le funzioni di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 11, comma 3, sono esercitate mediante le modalità previste dall'articolo 70 bis della l.r. 40/2005 oppure attraverso le società della salute secondo le modalità di cui all'articolo 71 novies decies della l.r. 40/2005.
3. Il piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere l'obbligo di gestire in forma associata, nelle forme previste dalla presente legge, gli interventi a carattere innovativo e sperimentale di interesse regionale.
4. La disciplina dell'accesso alle prestazioni è adottata con regolamenti unitari, attinenti rispettivamente l'esercizio associato di cui al comma 1 e di cui al comma 2. Se l'ente responsabile dell'esercizio associato è l'unione di comuni, ai sensi del comma 1, all'adozione dei regolamenti provvede l'unione medesima.
5. Fino alla stipulazione della convenzione di cui all'art. 70 bis della l.r. 40/2005, le risorse del fondo per la non autosufficienza di cui alla l.r. 66/2008 sono assegnate alle aziende unità sanitaria locale che le gestiscono direttamente secondo le indicazioni della conferenza zonale dei sindaci.
6. Il piano sanitario e sociale integrato regionale determina una quota di risorse del fondo sociale regionale da riservare all'incentivazione dell'esercizio associato di cui al comma 2.
7. Il piano sanitario e sociale integrato regionale può determinare una quota da riservare allo svolgimento dei compiti di supporto all'attività di programmazione locale di cui all'articolo 35, comma 1.

Art. 37

Coordinatore sociale

(Articolo sostituito integralmente)

1. Ove non costituita la società della salute, la conferenza zonale dei sindaci, di intesa con l'azienda unità sanitaria locale, individua tra le professionalità sociali presenti, un coordinatore sociale di zona-distretto per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 7, commi 1 e 4.
2. Il coordinatore sociale di cui al comma 1:
 - a) è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale;
 - b) coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi;
 - c) fa parte dell'ufficio di direzione di cui all'articolo 64, comma 6, della l.r. 40/2005.
3. Laddove è costituita la società della salute il coordinatore sociale può essere individuato anche tra il personale della stessa o degli enti consorziati.

4. Negli ambiti di zona-distretto in cui non sono costituite le società della salute, sono garantite la coerenza della programmazione unitaria per la salute, la governance istituzionale, l'integrazione sociosanitaria, il coordinamento interprofessionale, la costruzione del servizio sociale unico di livello zonale, attraverso il rapporto diretto con la conferenza dei sindaci, ovvero con le unioni comunali, le convenzioni comunali, nonché con la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della l.r. 40/2005.

Art. 38

Segreteria amministrativa

(Articolo abrogato)

Art. 40

Osservatorio sociale

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

1. Le funzioni regionali finalizzate alla realizzazione di un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali del sistema integrato, nonché di diffusione delle conoscenze, sono realizzate tramite una struttura organizzativa denominata osservatorio sociale regionale.

2. L'osservatorio sociale regionale svolge i propri compiti anche in collaborazione con istituti pubblici e privati al fine di realizzare studi ed analisi mirate dei fenomeni sociali su base regionale.

2 bis. Alla realizzazione delle funzioni di cui al comma 1 concorrono i comuni, tramite uno specifico accordo tra la regione e il soggetto rappresentativo ed associativo della generalità dei comuni in ambito regionale, supportando le funzioni dell'osservatorio sociale in ambito territoriale.

2 ter. Per l'attuazione di tali funzioni i comuni, tramite l'accordo di cui al comma 2 bis, possono dotarsi di strumenti e competenze anche mediante l'attivazione di collaborazioni con agenzie regionali, istituti di ricerca, università.

3. Alle funzioni di cui al presente articolo concorrono anche le province, per lo scambio e la condivisione dei dati e delle conoscenze relative alle funzioni fondamentali di competenza.

4. Comma abrogato.

4 bis. Presso l'osservatorio è istituita una apposita sezione denominata osservatorio regionale sulla violenza di genere.

4 ter. L'osservatorio regionale sulla violenza di genere realizza il monitoraggio sulla violenza attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai centri antiviolenza, dai servizi territoriali e dai soggetti aderenti alla rete territoriale; analizza i dati al fine di realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio.

4 quarter. Comma abrogato.

4 quinquies. Presso l'osservatorio è istituita una apposita sezione denominata osservatorio regionale sui sistemi territoriali integrati.

4 sexies. L'osservatorio regionale sui sistemi territoriali integrati realizza il monitoraggio dei processi di integrazione tra servizi o processi di cura attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai comuni, dalle unioni comunali, dalle società della salute, dalle aziende sanitarie locali e da ogni altro soggetto pubblico e privato che contribuisce alle attività in ambito sociale integrato, per sviluppare la conoscenza delle caratteristiche regionali e locali dei sistemi territoriali integrati con particolare attenzione agli assetti organizzativi e alle modalità di produzione e di finanziamento adottate, al fine di supportarne i processi di programmazione.

4 septies. L'osservatorio regionale sui sistemi territoriali integrati opera sulla base dell'accordo di cui al comma 2 bis.

4 octies. Entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale 45/2014, la Giunta regionale definisce con deliberazione il percorso di transizione dagli assetti organizzativi degli osservatori sociali in ambito provinciale all'assetto previsto dai commi 2 bis, 2 ter e 4 septies del presente articolo.

Art. 49 bis

Politiche per la tutela della salute mentale

(Articolo preesistente a cui è stata mutata la collocazione ed è stata apportata una modifica al testo)

1. Le politiche per la tutela della salute mentale consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a:

- a) individuare precocemente il disagio psichico in un'ottica di prevenzione e promozione della salute e benessere della popolazione;
- b) prevenire qualsiasi forma di emarginazione e di esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale;
- c) promuovere l'integrazione e l'inserimento nel contesto sociale delle persone con disturbi mentali, favorendo la loro autonomia ed emancipazione anche attraverso la risoluzione dei problemi abitativi e di lavoro.

2. Alle politiche della salute mentale concorrono le attività ad integrazione socio-sanitaria di cui agli articoli 48 e 49.

Art. 49 ter

Politiche per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze

(Articolo preesistente a cui è stata mutata la collocazione ed è stata apportata una modifica al testo)

1. Le politiche per la prevenzione e il trattamento dei comportamenti di abuso e delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a:

- a) riduzione generalizzata dell'uso delle sostanze e/o riduzione dei danni correlati all'uso, attraverso la promozione di stili di vita sani per l'intera popolazione ed in particolare per le fasce a maggior rischio di emarginazione sociale;
- b) realizzazione di servizi e progetti di accoglienza a bassa soglia e di unità di strada orientati alla prevenzione primaria e secondaria ed alla riduzione del danno;
- c) promozione e sostegno della rete dei soggetti pubblici e del privato sociale, che operano nel settore;

- d) promozione di interventi di prevenzione e contrasto del consumo di sostanze, rivolti alle fasce di età giovanili e nei luoghi di aggregazione giovanile;
- e) sviluppo di azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti ed alcolodipendenti attraverso la risoluzione delle problematiche legate agli inserimenti lavorativi ed abitativi.

2. Alle politiche per la prevenzione ed il trattamento delle dipendenze, ivi incluse quelle di cui alla legge regionale 18 ottobre 2013, n. 57 (Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia), concorrono le attività ad integrazione socio-sanitaria di cui agli articoli 48 e 49.

Art. 59

Politiche per il contrasto della violenza contro le donne, i minori e in ambito familiare

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

3. Il piano sanitario e sociale integrato regionale individua le priorità di intervento per il contrasto della violenza contro le donne, i minori e in ambito familiare, anche in attuazione della legge regionale Legge regionale 16 novembre 2007, n. 59 (Norme contro la violenza di genere) e determina gli indirizzi per la programmazione locale definita dal PIZ e dal piano integrato di salute, anche con riferimento alle modalità di presa in carico delle vittime di maltrattamenti, molestie e violenze, nonché alla definizione dei percorsi assistenziali.

Art. 60

Politiche per la tutela della salute mentale

(Articolo di cui è stata mutata la collocazione – abrogato e reinserito all'art. 49 bis)

Art. 61

Politiche per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze

(Articolo di cui è stata mutata la collocazione – abrogato e reinserito all'art. 49 ter)

Art. 63

Norme transitorie

(Articolo modificato – le integrazioni del testo sono in grassetto)

3 bis. Entro novanta giorni dal suo insediamento la conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 adotta il regolamento per il proprio funzionamento.