

### 1. OBIETTIVI E MODALITA' DI ACCESSO ALLA SPERIMENTAZIONE

L'articolo 3 –septies, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421) e successive modificazioni, impegna le Regioni a disciplinare criteri e modalità attraverso i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

La sperimentazione delle Società della Salute (di seguito SdS), come previsto dal Piano sanitario regionale 2002-2004 (di seguito PSR) e dal Piano integrato sociale regionale 2002-2004 (di seguito PISR) si pone come obiettivo il rilancio della cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale, nonché il controllo dell'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi.

L'obiettivo è perseguito con il coinvolgimento diretto delle comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali e la realizzazione del Piano integrato di salute finalizzato al miglioramento della qualità ambientale e sociale ed alla promozione del benessere dei cittadini.

Il presente Atto d'indirizzo contiene le modalità per attivare e monitorare la sperimentazione e gli elementi che si intende debbano essere inderogabilmente presenti negli atti costitutivi della SdS.

La sperimentazione dovrà riguardare zone rappresentative di realtà locali differenti fra di loro per vastità di territorio, per densità di popolazione residente, per maggiore o minore presenza di servizi sociali e sanitari, per distanza dai capoluoghi di provincia, autorizzate alla sperimentazione sulla base anche dei criteri di qualità desumibili dai progetti presentati, congrui con le finalità proprie delle SdS e conformi alle linee di indirizzo della sperimentazione.

Il processo di sperimentazione dovrà svilupparsi con la necessaria gradualità e pertanto dovrà riguardare in prima istanza le funzioni di governo del sistema sociale e sanitario e di orientamento della domanda, ai sensi di quanto specificato nei successivi punti, prevedendo l'assegnazione alle SdS delle funzioni di gestione diretta di servizi e attività socio-sanitarie a seguito dell'autorizzazione della Giunta regionale in relazione agli andamenti della sperimentazione, con modalità analoghe a quelle previste per l'autorizzazione alla sperimentazione delle SdS. E' peraltro fatta salva la possibilità di individuare la SdS quale soggetto di riferimento per l'esercizio associato di funzioni gestionali secondo le disposizioni vigenti.

L'attivazione delle funzioni di governo e di gestione dovrà in ogni caso evitare duplicazioni di funzioni tra SdS ed enti associati, in particolare per quanto riguarda le funzioni di direzione della zona-distretto e le direzioni dei settori interessati degli enti locali.

La proposta di progetto sperimentale deve essere presentata congiuntamente, entro quarantacinque giorni dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana dell'Atto d'indirizzo, dai sindaci della zona in cui si intende attivare la sperimentazione in numero tale da rappresentare una maggioranza qualificata dell'intera popolazione della zona (almeno l'80%) e dall'Azienda unità sanitaria locale territorialmente competente. Per le zone nelle quali siano presenti amministrazioni comunali nella condizione di cui agli articoli 242 e seguenti del D.Lgs. 18/08/2000 n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) e queste risultino determinanti per il raggiungimento del requisito della popolazione ai fini della richiesta di attivazione della sperimentazione, i termini di presentazione dei progetti sono posticipati al quarantacinquesimo giorno successivo al primo turno utile amministrativo elettorale.

Il progetto di sperimentazione dovrà indicare le relazioni con i comuni che non aderiscono alla sperimentazione, fermo restando per essi l'esercizio delle competenze e l'attribuzione delle relative risorse ai sensi delle vigenti disposizioni statali e regionali.

La Provincia, pur non partecipando alla costituzione della SdS, è coinvolta nelle decisioni concernenti le materie di propria competenza nel rispetto dei principi di cui agli articoli 13 e 16 della legge regionale 8 marzo 2000, n.22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale). A tal fine sono previsti specifici accordi in relazione ai contenuti del Piano integrato di salute della SdS ed all'attività dell'Osservatorio sociale provinciale.

Al progetto di sperimentazione sono allegati lo schema di convenzione tra gli enti costitutivi e lo schema di Statuto della SdS.

La sperimentazione avrà durata biennale dalla data di effettiva costituzione della SdS.

La valutazione della congruità dei progetti presentati con le linee d'indirizzo della sperimentazione è effettuata, entro trenta giorni dalla presentazione delle proposte, dal Gruppo tecnico di valutazione istituito dalla Giunta regionale con la presenza dell'Agenzia Regionale di Sanità; sulla base di tale valutazione, la Giunta regionale, acquisito il parere della Quarta commissione consiliare sanità, autorizza l'avvio delle sperimentazioni.

La Giunta regionale istituisce inoltre la Consulta regionale prevista dal PSR per seguire il processo di sperimentazione, della quale fanno parte una rappresentanza dei direttori generali, delle Conferenze dei sindaci, delle organizzazioni sindacali confederali, delle organizzazioni sindacali mediche firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) della sanità, del terzo settore, dei medici convenzionati, delle associazioni sindacali dei lavoratori autonomi. La Consulta è presieduta dall'Assessore regionale al Diritto alla Salute o suo delegato e vi partecipa l'Assessore regionale alle Politiche Sociali o suo delegato.

La Consulta regionale riferisce periodicamente alla Quarta commissione consiliare sanità in merito alle sperimentazioni in atto.

La Consulta si avvale del Gruppo tecnico di valutazione e, per l'acquisizione del materiale tecnico-informativo, delle competenze della Direzione generale del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà e dell'Agenzia Regionale di Sanità.

Nella fase di progettazione i soggetti proponenti individuano modalità di partecipazione dei soggetti sociali presenti nel territorio (associazioni, volontariato), dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, attivando altresì adeguate forme di concertazione con le organizzazioni sindacali territoriali e le organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL della sanità.

## **2. RUOLO E FUNZIONI DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE**

La SdS assume le responsabilità del governo delle attività socioassistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base relative alla zona-distretto di riferimento, che si sostanzia negli atti di propria competenza di seguito indicati e nella responsabilità della loro attuazione. Nel rispetto dei principi di cui al punto 1, tesi ad evitare duplicazioni di funzioni nell'ambito delle attività di governo dei servizi, la SdS, oltre i compiti di programmazione, assume anche le funzioni attualmente attribuite al responsabile di zona dall'articolo 55 della legge regionale 22/2000 ed alle strutture di coordinamento di cui all'articolo 57, commi 2, 3 e 4 della stessa legge regionale. In tal senso le attribuzioni delle Aziende unità sanitarie locali e dei comuni in materia di organizzazione, disciplina e gestione dei servizi sono esercitate nel rispetto ed in attuazione degli indirizzi delle SdS.

La SdS assicura l'erogazione delle prestazioni attraverso le strutture ed i servizi gestiti, singolarmente ovvero in forma associata o delegata ai sensi della normativa vigente, dalla Azienda unità sanitaria locale e dai comuni.

Ferma restando la disciplina relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie e quella in corso di adozione per le strutture e servizi sociali, la SdS contribuisce a definire, ai fini della individuazione dei soggetti terzi erogatori da parte degli enti titolari della funzione contrattuale, un sistema di valutazione che abbia a riferimento la qualità delle prestazioni, la compatibilità con il progetto assistenziale definito dal soggetto pubblico, la convenienza sotto il profilo del rapporto costo/efficacia, valorizzando i soggetti a carattere no-profit radicati nel territorio e nella comunità.

Tutti gli atti della SdS si collocano obbligatoriamente nell'ambito dei parametri di riferimento e dei vincoli di spesa definiti a livello regionale, comunale e aziendale.

Gli atti obbligatori che la SdS deve adottare sono i seguenti:

- contratto di servizio, che regola i rapporti tra la SdS e gli enti che la hanno costituita;
- Piano integrato di salute, che sostituisce sia il programma operativo di zona, quale strumento di attuazione del Piano attuativo locale (PAL) a livello di zona-distretto, che il Piano sociale di zona. Esso costituisce priorità nel calendario degli atti;
- relazione annuale sullo stato di salute che sostituisce, per quanto riguarda la specifica zona- distretto, la relazione sanitaria della Azienda unità sanitaria locale e la relazione sociale;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio annuale;

- budget preventivo e consuntivo, attraverso il quale si esercita il governo della domanda e della allocazione delle risorse, ai sensi del punto 7.

La Sds definisce le modalità di partecipazione della comunità locale alla progettazione ed al controllo delle attività, con particolare riferimento agli organismi di cui al punto 5.

La Sds promuove la omogenea definizione dei criteri e delle modalità di erogazione dei servizi sociali, delle soglie di accesso e di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, degli standard di qualità delle prestazioni, in linea con gli indirizzi della Regione.

In riferimento ai fabbisogni espressi dalla programmazione della SdS e nel rispetto dei parametri e dei criteri definiti dalla programmazione regionale e locale (appropriatezza, linee guida, percorsi assistenziali) la SdS provvede altresì a definire accordi con i presidi ospedalieri di riferimento, finalizzati:

- ad assicurare volumi di prestazione necessari, percorsi assistenziali integrati, l'accesso e la tipologia del ricovero;
- a definire le modalità di accesso ed erogazione della specialistica ambulatoriale ospedaliera in un'ottica di continuità assistenziale nell'ambito di percorsi assistenziali integrati e condivisi.

La SdS concorda con il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda unità sanitaria locale le modalità di integrazione delle attività del Dipartimento con il Piano integrato di salute.

Infine, la SdS definisce accordi con le amministrazioni interessate ai fini del coordinamento tra il Piano integrato della salute ed altri piani e progetti di settore, per gli aspetti rilevanti in materia di salute.

### **3. ASSETTO GIURIDICO ED ORGANIZZATIVO**

La SdS è istituita in forma di consorzio pubblico, ai sensi degli articoli 30 e 31 del Testo unico. delle leggi sull'ordinamento degli enti locali (d.lgs. 18 agosto 2000, n.267), cui partecipano l'Azienda unità sanitaria locale competente e i comuni della zona.

Nei casi in cui la gestione di servizi comunali è attualmente esercitata in forma associata i comuni definiscono nel progetto di sperimentazione le modalità di rapporto della SdS con l'ente gestore, oppure la sua partecipazione alla costituzione della SdS stessa.

Ai fini della costituzione della SdS gli enti interessati approvano:

- la convenzione, da stipulare fra tutti gli aderenti, che deve determinare con esattezza le competenze che si affidano alla SdS, le modalità di nomina degli organi, e gli atti fondamentali del nuovo soggetto, i reciproci impegni finanziari;
- lo statuto, che contiene le norme sull'organizzazione e sul funzionamento della SdS, nonché gli elementi individuati in forma prescrittiva dal presente Atto di indirizzo.

Sono Organi della Società della Salute:

1. L'Organo di governo denominato "Giunta della SdS";
2. Il Presidente;

3. Il Direttore;
4. Il Collegio dei revisori dei conti.

L'Organo di governo è così composto:

- per i comuni, sindaci o assessori delegati, competenti nelle materie trasferite alla SdS, in conformità alla composizione dell'articolazione zonale della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 16 della legge regionale 22/2000; per la zona di Firenze, dal Sindaco (o dall'Assessore delegato), dagli Assessori con deleghe di interesse per la SdS espressamente individuati dal Sindaco, i Presidenti di Quartiere, nel rispetto delle competenze previste dallo Statuto comunale;
- per le Aziende sanitarie, dal direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale competente.

Non si prevede la possibilità di delega a soggetti diversi dai precedenti.

L'Organo di governo nomina al proprio interno un Presidente tra i rappresentanti dei comuni.

Può essere individuata nelle proposte di progetto di sperimentazione una diversa articolazione dell'Organo di governo in relazione a motivate esigenze di ordine territoriale ed istituzionale.

La distinzione di competenze tra l'Organo di governo e il Direttore fa riferimento alla normativa in vigore per gli enti locali e si esprime con un elenco di atti di competenza dell'Organo di governo, da riportare nel progetto di sperimentazione avendo riferimento alle indicazioni contenute nell'Atto di indirizzo.

La convenzione e lo statuto della SdS disciplinano le modalità di definizione delle quote di partecipazione dei singoli soci alle risorse complessive della SdS, così come i rapporti tra soci nella assunzione delle decisioni.

### **Competenze dell'Organo di governo**

In materia di servizi socio-sanitari territoriali, esso assume le funzioni della articolazione zonale della Conferenza dei sindaci, che conserva quindi unicamente le funzioni concernenti la programmazione ospedaliera.

L'Organo di governo:

- approva i bilanci della SdS;
- nomina il Collegio dei revisori dei conti;
- nomina il Direttore della SdS;
- approva il contratto di servizio della SdS;
- definisce gli indirizzi per la predisposizione del Piano integrato di salute;
- approva il Piano integrato di salute ed i budget;
- approva la relazione annuale della SdS;
- approva i regolamenti interni relativi a:
  - organizzazione e funzionamento della SdS;
  - modalità di attivazione e svolgimento del tavolo di concertazione locale;
  - modalità di costituzione e funzionamento degli organismi di consultazione e partecipazione.

In coerenza con quanto stabilito dalla convenzione e dallo statuto, delibera in materia di:

- atti di indirizzo concernenti le funzioni di cui al punto 2;
- convenzioni con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali;
- regolamenti sull'accesso e la pubblicità degli atti e la tutela dei dati personali;
- criteri per la rilevazione e per il controllo della domanda di farmaci e di prestazioni assistenziali di base;
- standard di qualità e di rapporto costo/efficacia dei servizi e delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, private e private-no profit.

I componenti dell'Organo di governo della SdS ed il Presidente non godono di remunerazione aggiuntiva rispetto a quella derivante dalle proprie funzioni nelle istituzioni di appartenenza.

Nel caso di diversa configurazione dell'Organo di governo, lo statuto della SdS ne definisce gli atti di competenza. Lo statuto disciplina le competenze del Presidente.

### **Compiti del Direttore**

Il Direttore deve essere in possesso di titolo di laurea, con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali presso organismi ed enti pubblici o privati o aziende e strutture pubbliche o private ovvero deve avere ricoperto per almeno un biennio incarichi di responsabile di zona o responsabile di distretto presso un'Azienda unità sanitaria locale.

Partecipa senza diritto di voto alle riunioni dell'Organo di governo.

Il Direttore della SdS è titolare delle funzioni direzionali attribuite dalla normativa vigente al responsabile di zona-distretto ed ai dirigenti comunali competenti in materia, per quanto riguarda le competenze di coordinamento, elaborazione di piani, programmi e indirizzi operativi, controllo, negoziazione e autorizzazione dei budget delle strutture organizzative, responsabilità della attuazione dei provvedimenti assunti dalla SdS.

Inoltre, il Direttore:

- predispone il Piano integrato di salute;
- predispone lo schema della relazione annuale della SdS;
- predispone gli altri atti di competenza dell'Organo di governo e, ove presente, dell'Esecutivo;
- assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni dell'Organo di governo e quelli di gestione della SdS.

Il Direttore, per lo svolgimento dei propri compiti è coadiuvato da uno staff di direzione. I progetti di sperimentazione definiscono la composizione dello staff di direzione di cui fanno anche parte gli organismi di coordinamento e direzione di zona e distretto previsti dagli articoli 56 e 57 della legge regionale 22/2000 e al cui interno dovrà essere assicurato un coordinamento con le strategie concertate in area vasta.

#### **4. IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE**

Il Piano integrato di salute (PIS) sostituisce il programma operativo di zona-distretto e, per tutte le materie individuate dal punto 3.1 del PISR, il Piano sociale di zona.

Il PIS prevede obiettivi di salute e benessere, ne determina standard quantitativi e attiva strumenti per valutarne il raggiungimento. I soggetti rappresentativi del terzo settore partecipano alla progettazione del PIS attraverso proprie specifiche proposte. Il processo di predisposizione, formazione e approvazione del Piano integrato di salute tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali, di indirizzo regionali e comunali, prevedendo appositi momenti di raccordo, e si sviluppa attraverso forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati, nonché forme di concertazione e consultazione con le strutture produttive della sanità privata, l'integrazione istituzionale (enti locali) e sociale (organizzazioni sindacali, terzo settore, IPAB), nelle modalità stabilite dalla SdS al momento della definizione degli indirizzi.

La Giunta regionale elabora apposite linee-guida per la predisposizione del PIS entro il 31 dicembre 2003.

#### **5. LE FORME DI PARTECIPAZIONE**

##### **5.1 La Consulta del terzo settore**

Le organizzazioni del volontariato e del terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio e operano in campo sociale e sanitario sono rappresentate in una apposita Consulta del terzo settore.

La Consulta partecipa alla definizione del Piano integrato di salute nell'ambito delle direttive dell'Organo di governo: essa è chiamata a fornire parere o proposte prima dell'approvazione del PIS.

La partecipazione alla costruzione del PIS non comporta né esclude il coinvolgimento nel PIS stesso in qualità di erogatori di prestazioni/servizi, in quanto questa è condizionata ad una valutazione indipendente di qualità, efficacia ed efficienza.

Nella costituzione della Consulta deve essere garantita la più ampia partecipazione delle associazioni e istituzioni operanti nel territorio.

##### **5.2 Comitato di partecipazione**

E' costituito un Comitato di partecipazione, composto da membri nominati dall'Organo di governo della SdS tra i rappresentanti della comunità locale, espressione di soggetti della società che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché le espressioni dell'associazionismo di tutela e "advocacy" purché non siano erogatori di prestazioni.

Il Comitato elegge al proprio interno un Presidente che ha il compito di convocare le riunioni del Comitato.

Compiti:

- elabora e presenta all'Organo di governo proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo generale di sua competenza;
- esprime pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza, sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti, sul grado di integrazione socio-sanitaria dei servizi resi e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità. In tale ambito esprime parere obbligatorio sia sulla bozza di PIS che sullo schema di relazione annuale della SdS predisposti dal Direttore. Detti pareri potranno anche contenere indicazioni e proposte di integrazione e modifica di tali documenti, nonché la proposta di specifici progetti. L'Organo di governo, qualora si discosti dal parere espresso dal Comitato di partecipazione, deve darne idonea motivazione nell'atto di approvazione.
- accede ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto interessata dalla sperimentazione e, su tali elementi, può richiedere specifiche analisi e approfondimenti al Direttore della SdS.
- redige, anche formulando specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi locali, che trasmette agli organi di amministrazione della SdS, alle istituzioni coinvolte, alle organizzazioni sindacali.

## **6. GOVERNO DELLA DOMANDA**

Oltre il governo dell'offerta di servizi sociali e sanitari territoriali direttamente gestiti nella zona-distretto da comuni e Azienda unità sanitaria locale, la SdS ha come ulteriore funzione di rilievo quella di governo della domanda complessivamente espressa nel territorio di competenza, cioè di quella domanda che pur riferendosi ad attività di competenza della SdS tuttavia non trova risposta esclusiva nei servizi direttamente gestiti dall'Azienda unità sanitaria locale e dai comuni (come le prestazioni sanitarie farmaceutiche, specialistiche, diagnostiche, riabilitative), così come la domanda di servizi non di competenza diretta della SdS (ospedali).

Il governo della domanda trova attuazione da parte della SdS mediante accordi con i prescrittori (in particolare medici di medicina generale per il controllo dei consumi) e indicazioni per la contrattazione della Azienda unità sanitaria locale con i soggetti erogatori, coerentemente con gli indirizzi regionali.

Per quanto riguarda i servizi di ricovero ospedaliero, il governo della domanda trova espressione in un atto di concertazione annuale con la Azienda unità sanitaria locale relativo alle modalità di erogazione degli stessi da parte dei presidi di propria competenza, ferma restando la competenza dell'Azienda unità sanitaria locale sui rapporti contrattuali con gli istituti di ricovero privati accreditati. Nella sperimentazione gli accordi sono

limitati ai presidi presenti all'interno del proprio ambito territoriale di riferimento, lasciando alla Azienda unità sanitaria locale il compito di garantire la coerenza rispetto alla programmazione aziendale da parte degli altri presidi ospedalieri della stessa Azienda.

Per le Aree in cui il presidio ospedaliero delle Aziende ospedaliere rappresenta l'unico o il prevalente riferimento per l'attività di ricovero (zone di Pisa, Siena, Firenze e Firenze nord-ovest) l'accordo interviene tra SdS, Azienda unità sanitaria locale e Azienda ospedaliera per le discipline di base in relazione alla quota di fabbisogno riferita alla popolazione di riferimento.

L'accordo annuale con i presidi ospedalieri deve prevedere:

- volumi e tipologie di ricoveri riferiti alla popolazione avendo a riferimento la necessità programmatica di raggiungere l'obiettivo dei 160 ricoveri x 1000 abitanti;
- volumi e tipologie di prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate ambulatorialmente dal presidio ospedaliero in rapporto al fabbisogno di zona ed alle indicazioni regionali (appropriatezza, linee guida, percorsi assistenziali);
- protocolli operativi che assicurino la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali (ivi compresa la condivisione delle risorse professionali disponibili) nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati.

Gli indirizzi contenuti negli atti di programmazione della SdS costituiscono riferimento per la programmazione delle attività delle Aziende sanitarie.

Per dare maggior peso al ruolo della SdS occorrerà prevedere nella predisposizione della proposta di sperimentazione le ricadute economiche derivanti dai risultati della gestione della domanda.

## **7. FINANZIAMENTO DELLE SOCIETÀ' DELLA SALUTE**

Il bilancio delle SdS è costituito dalle risorse ad essa conferite dagli enti associati e necessarie all'espletamento delle funzioni di programmazione e governo di propria competenza.

Un'ulteriore quota di finanziamento sarà assicurata dalla Regione, nei limiti di quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2002-2004 per supportare i costi iniziali di funzionamento delle SdS.

Per i servizi socio-sanitari di competenza della SdS, qualora la gestione rimanga di competenza degli enti associati, la responsabilità della SdS si esprime nella definizione del budget di zona (budget virtuale in quanto costituito da risorse che restano degli enti) e delle conseguenti procedure di negoziazione che costituiscono vincolo ai budget delle diverse strutture organizzative. Il budget è definito sulla base dei costi storici rilevati della attività e la responsabilità di eventuali squilibri andranno riportati al livello di collocazione del budget i cui obiettivi non sono stati rispettati ed in corrispondenza del livello decisionale che ha indotto tale sfioramento. Nei casi in cui alla SdS siano affidati compiti di gestione il budget è parte costitutiva del bilancio della SdS.

Nella attività di programmazione del budget, la SdS tiene altresì conto del livello di finanziamento per i servizi territoriali, sia in campo sanitario che in campo sociale, corrispondente alla applicazione alla popolazione di competenza di eventuali parametri capitari disciplinati dalla normativa vigente, decurtato del valore delle prestazioni godute presso strutture ubicate in altre zone; detto livello costituisce comunque obiettivo da raggiungere con modalità e tempi che devono trovare coerenza, per la parte sanitaria, con il bilancio della Azienda unità sanitaria locale e per la parte sociale con i bilanci dei comuni. Il processo di riequilibrio nella distribuzione tra zone delle risorse disponibili a livello aziendale è sottoposto a verifica regionale con cadenza annuale con le SdS e le Aziende unità sanitarie locali interessate, anche al fine di individuare congiuntamente gli interventi ed i correttivi eventualmente necessari.

La definizione dei budget di zona di competenza della SdS deve trovare evidenza negli atti di bilancio dei comuni e della Azienda unità sanitaria locale.

In via di principio la SdS non può chiudere l'esercizio in situazione di squilibrio economico del budget, operando a tal fine attraverso i principi di controllo di gestione e della spesa ed intervenendo tempestivamente in corso d'anno o sul versante del contenimento dei costi o sul reperimento di risorse aggiuntive di carattere straordinario. Nella eventualità di chiusura in deficit, la SdS è impegnata al suo riassorbimento nell'esercizio immediatamente successivo.

La SdS ha inoltre a riferimento un budget virtuale corrispondente al costo delle prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero di cui la popolazione di propria competenza ha usufruito. Tale budget può variare in ragione delle politiche dei servizi messe in atto dalla SdS e deve trovare riscontro negli accordi con l'Azienda unità sanitaria locale. Eventuali risparmi aziendali verificatisi nella gestione dei servizi ospedalieri, nei limiti comunque delle risorse economiche complessivamente disponibili, vanno ad incrementare il budget relativo ai servizi sanitari territoriali; viceversa, eventuali maggiorazioni di costo dei servizi ospedalieri previste dalla programmazione aziendale, se contenute nella quota sul Fondo sanitario regionale normativamente attribuita a tali servizi dal PSR, devono trovare un corrispondente contenimento del budget relativo ai servizi sanitari territoriali.

## **8. FUNZIONI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE E PERCORSI ASSISTENZIALI**

Uno degli obiettivi prioritari della Società della salute è il rafforzamento degli elementi di integrazione nella erogazione delle prestazioni e nella organizzazione dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria.

La SdS, nell'ambito della definizione del Piano integrato di salute, predispose le linee guida per i Piani assistenziali individualizzati, basati sulla risposta complessiva del sistema sociale e sanitario. A tal fine la SdS attiva gli strumenti operativi che garantiscano la presa in carico dell'utente e la continuità del percorso assistenziale; in particolare sono assicurati percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale-territorio con particolare riferimento alle dimissioni "protette" in fase post-acuta per anziani, malati terminali, malati oncologici e soggetti che comunque necessitano dell'assistenza dei servizi territoriali.

Eventuali adattamenti organizzativi e funzionali, finalizzati all'utilizzo funzionale integrato del personale, possono essere autorizzati dalla Regione quando in deroga alla normativa vigente, previo accordo con le organizzazioni sindacali di categoria.

## **9. PERSONALE**

Il personale della SdS proveniente dall' Azienda unità sanitaria locale e dai comuni opera in regime di comando e/o di assegnazione funzionale e mantiene il contratto di appartenenza.

Nel rispetto dei contratti di appartenenza, la SdS potrà attivare, previa contrattazione con le organizzazioni sindacali di categoria, strumenti e istituti idonei ad avvicinare il trattamento economico e normativo del personale comandato appartenente ai diversi comparti.

## **10. CONCERTAZIONE CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI**

In forza di quanto indicato al punto 2.2.7.3 del Piano sanitario regionale 2002/2004, in fase di avvio della sperimentazione, tutti gli atti di indirizzo e programmazione sono soggetti alla preventiva concertazione con le organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL della sanità.

Gli esiti della concertazione saranno sanciti da un verbale e trasmessi alle SdS.

Il verbale di concertazione rappresenta documento di riferimento per i relativi atti che gli Organi della SdS saranno chiamati ad assumere.

Gli schemi tipo di regolamento relativi a:

- modalità di attivazione e svolgimento del tavolo di concertazione locale;
- modalità di costituzione e funzionamento del Comitato di partecipazione;

saranno oggetto di definizione in sede di concertazione tra Regione Toscana e organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL della sanità.

## **11. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE.**

Il Gruppo tecnico di valutazione ha anche il compito di monitorare il processo di sperimentazione, sulla base di indicatori di qualità delle azioni assunte dalla SdS, (adozione di atti, a partire dal Piano integrato di salute, che risulta sostitutivo del programma operativo di zona-distretto e del Piano sociale di zona; coerenza tra gli atti di programmazione della SdS, sia in termini organizzativi e di qualità che in termini di compatibilità finanziaria rispetto ai vincoli di spesa dei comuni e della Azienda unità sanitaria locale; entità e qualità delle prestazioni offerte, della loro economicità, del mantenimento del pareggio del bilancio della Società; capacità

di coinvolgimento delle associazioni dell'utenza, del volontariato e livello di concertazione con le organizzazioni sindacali), interloquendo con le SdS al fine di suggerire interventi utili. Di tale azione di monitoraggio informa periodicamente la Consulta regionale e riferisce all'Assessore regionale che può, in casi eccezionali, proporre alla Giunta regionale la cessazione della sperimentazione.

Le indicazioni scaturite dalla sperimentazione costituiscono elemento per le modifiche normative previste dal punto 1.6.2 del PSR.