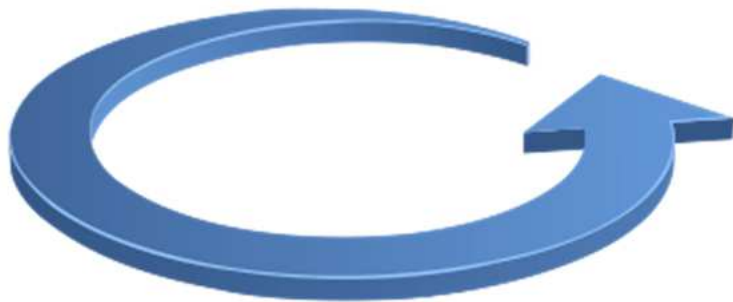


**WELFARE SOCIO SANITARI  
REGIONALI A CONFRONTO:  
RESILIENZA, DIVERGENZA,  
CONVERGENZA  
Cisl Veneto  
4.12.15**



**Massimo  
Campedelli**  
Istituto Dirpolis  
Sssup Sant'Anna Pisa

# Una premessa

## ...quando gli aggettivi ...

welfare *municipale* [Campedelli 1996, 1997; Ferioli 2003]

welfare *mix* [Fazzi 1998] e *nuovo welfare mix* [Esping Andersen 2011]

welfare *post-fordista* [Crouch 2007]

welfare *delle opportunità e delle responsabilità* [Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 2009]

welfare *mutualistico e cooperativo* [Alberani e Marangoni 2009]

stato sociale *protettore* [Castel 2010]

welfare delle *capacità* [Paci e Pugliese 2011]

*secondo welfare* [Ferrera e Maino 2011; Bianchi 2011; Maino 2012]

*social innovation* [Abburrà e Aii 2011; Legacoopsociali Toscana 2013]

welfare *sussidiario* [Fiorentini 2006; Zamagni 2011]

*nuovo welfare* [Zamagni 2010; De Vincenti 2011; U. Ascoli e Aii 2011],

welfare *community* [Folgheraiter e Donati 1991; Giunta 2011]

welfare *generativo* [Zancan 2012]

welfare *contrattuale e aziendale* [Gori 2012; AaVv 2012]

welfare dei *funzionamenti* [Montebugnoli 2013]

welfare *invisibile* [Ambrosini 2013]

# I) Cosa ci dicono (alcune) evidenze: ... tra convergenze....

# Un confronto “macro” - regioni di eccellenza -

| REGIONE | CLASSIFICA PIL PROCAPITE | CLASSIFICA QUARS      | CLASSIFICA ISU                  |
|---------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1       | Valle d'Aosta            | Trentino-Alto Adige   | Emilia-Romagna                  |
| 2       | Trentino-Alto Adige      | Emilia-Romagna        | Lazio                           |
| 3       | Lombardia                | Toscana               | Toscana/Marche                  |
| 4       | Emilia-Romagna           | Valle d'Aosta         | “ “                             |
| 5       | Lazio                    | Friuli-Venezia Giulia | Lombardia/Friuli-Venezia Giulia |
| 6       | Veneto                   | Umbria                | “ “                             |
| 7       | Friuli-Venezia Giulia    | Marche                | Veneto                          |
| 8       | Toscana                  | Veneto                | Valle d'Aosta                   |
| 9       | Piemonte                 | Lombardia             | Trentino-Alto Adige             |
| 10      | Liguria                  | Piemonte              | Umbria                          |
| 11      | Marche                   | Liguria               | Liguria                         |
| 12      | Umbria                   | Abruzzo               | Piemonte                        |
| 13      | Abruzzo                  | Lazio                 | Abruzzo                         |
| 14      | Molise                   | Sardegna              | Molise                          |
| 15      | Sardegna                 | Molise                | Sardegna                        |
| 16      | Basilicata               | Basilicata            | Basilicata                      |

[1] La graduatoria prevede 18 e non 20 livelli perché abbiamo più regioni con uno stesso risultato, in particolare Toscana e Marche, e Lombardia e F.V. Giulia, rispettivamente al terzo e al quarto posto.

# legenda

- **PIL** (consumi + investimenti + spesa pubblica + esportazioni nette = posizione debitoria/creditoria verso il resto del mondo)
- **ISU** (prodotto interno lordo individuale + longevità + livello di istruzione)
- **QUARS** (ambiente + economia e lavoro + salute + istruzione e cultura + diritti e cittadinanza + pari opportunità + partecipazione)

# Confronto Griglia Lea 2014

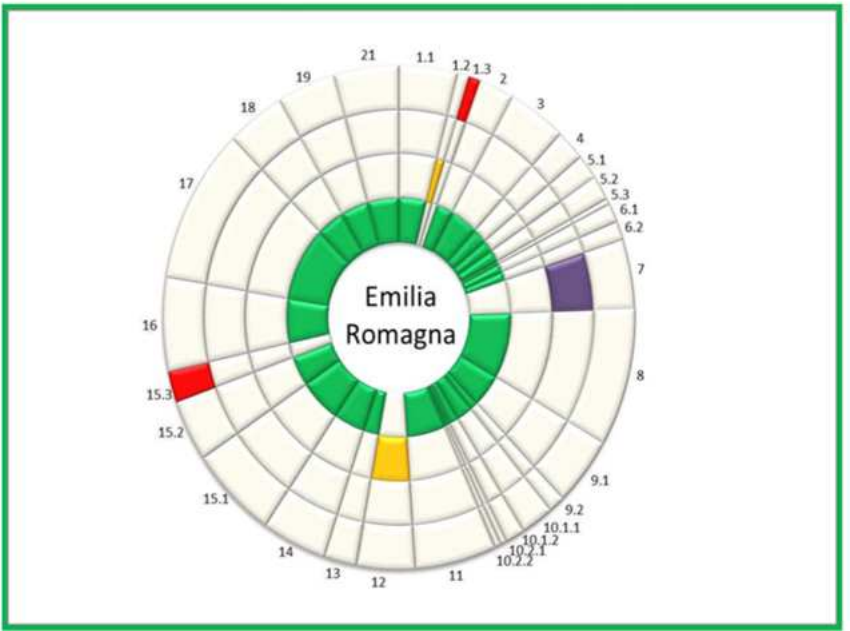
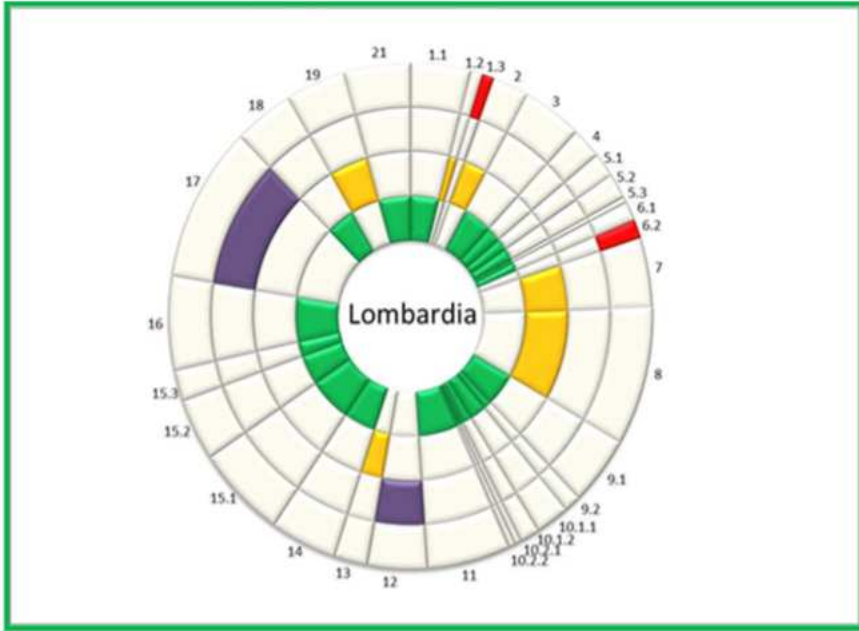
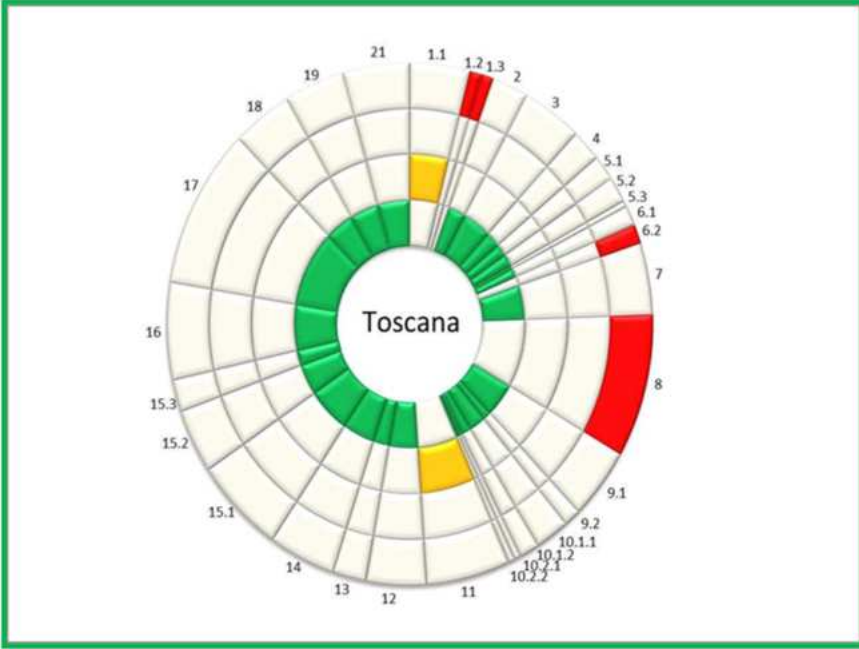
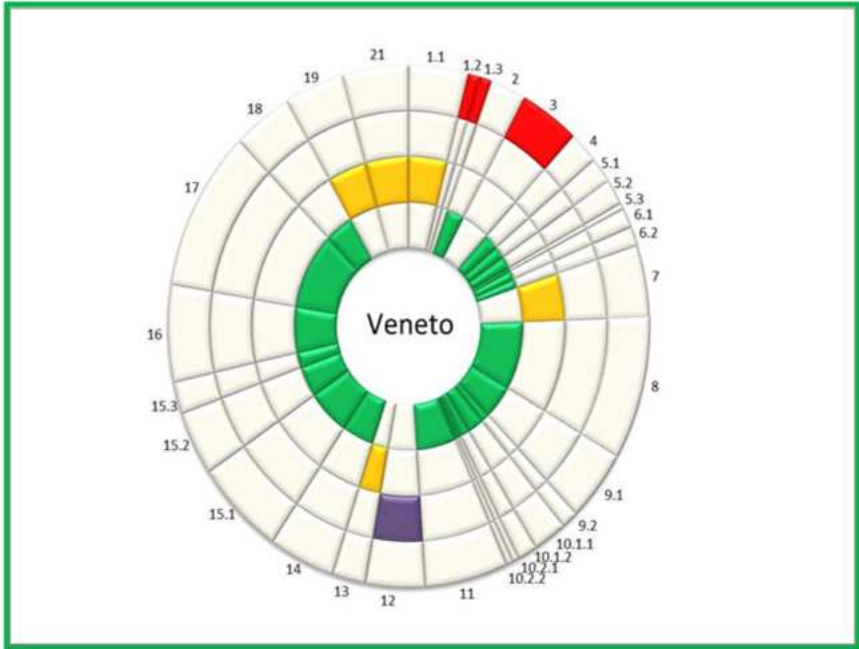
## - .. anche in sanità ...

**Titolo tabella**

| Punteggio 2013 |     | Rango | Punteggio 2014 |         |
|----------------|-----|-------|----------------|---------|
| Toscana        | 214 |       | 1°             | Toscana |
| Emilia Romagna | 204 | 2°    | Emilia Romagna | 204     |
| Piemonte       | 201 | 3°    | Piemonte       | 194     |
| Marche         | 191 | 4°    | Liguria        | 194     |
| Veneto         | 190 | 5°    | Lombardia      | 193     |
| Liguria        | 187 | 6°    | Marche         | 192     |
| Lombardia      | 187 | 7°    | Veneto         | 189     |
| Umbria         | 179 | 8°    | Basilicata     | 177     |
| Sicilia        | 165 | 9°    | Sicilia        | 170     |
| Abruzzo        | 152 | 10°   | Umbria         | 165     |
| Lazio          | 152 | 11°   | Abruzzo        | 163     |
| Basilicata     | 146 |       |                |         |
| Molise         | 140 |       |                |         |
| Calabria       | 135 |       |                |         |
| Puglia         | 134 |       |                |         |
| Campania       | 127 |       |                |         |

Gli indicatori ed i pesi di riferimento sono stati così ripartiti:

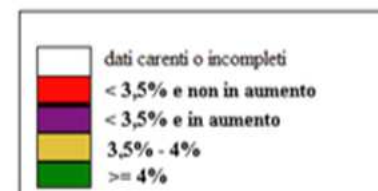
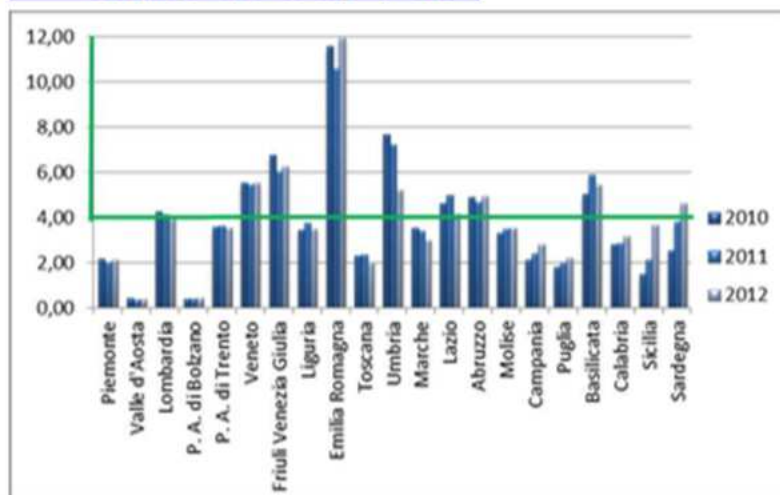
| Livello di assistenza   | Dimensioni del livello di assistenza | Indicatori | Peso complessivo del livello di assistenza |
|-------------------------|--------------------------------------|------------|--|
| Assistenza collettiva   | 6                                    | 11         | 5  |
| Assistenza distrettuale | 9                                    | 13         | 11   |
| Assistenza ospedaliera  | 5                                    | 7          | 9  |
| <b>Totale</b>           | <b>20</b>                            | <b>31</b>  | <b>25</b>                                  |



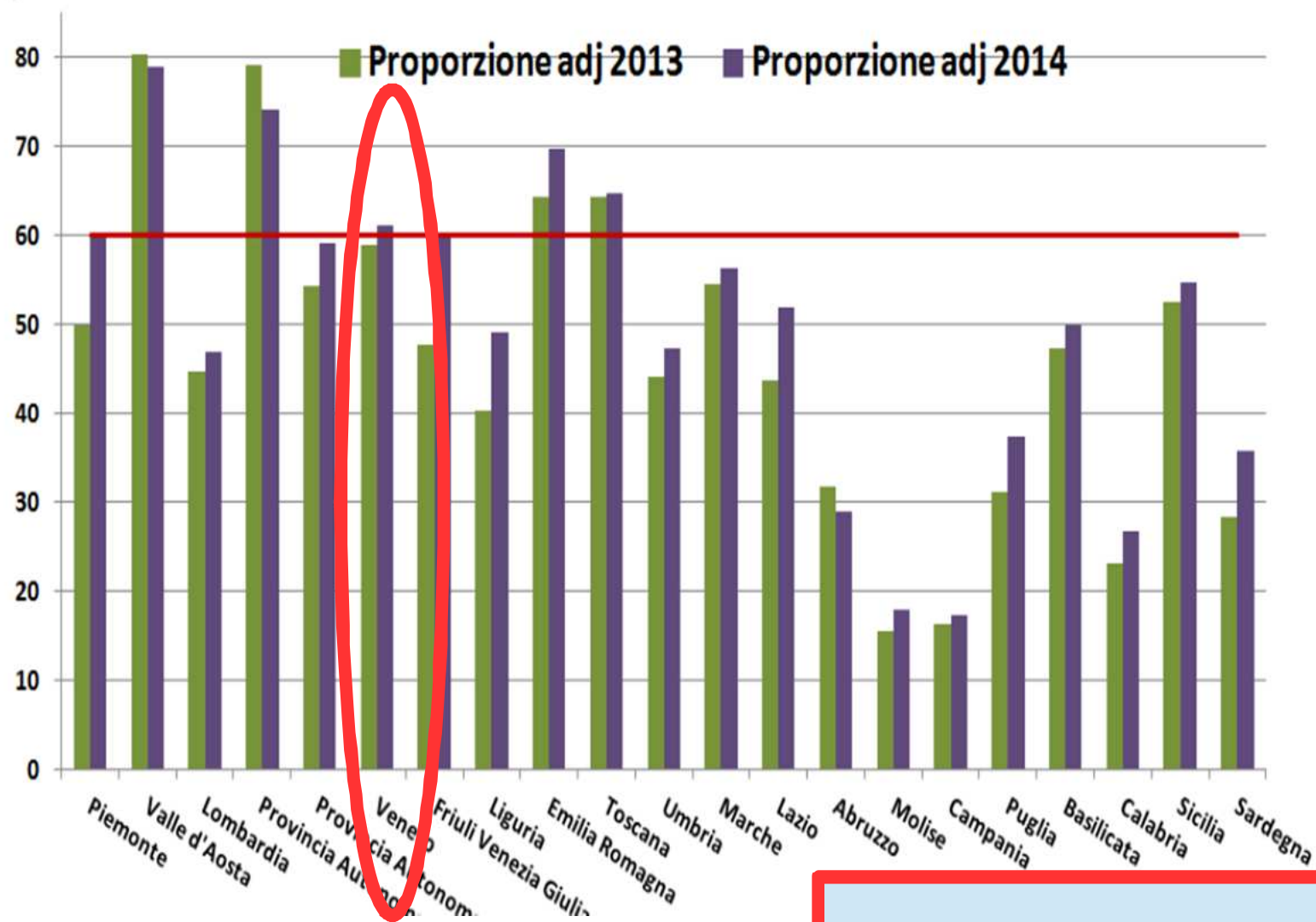


## 8 Percentuale di anziani $\geq 65$ anni trattati in ADI

|                | 2010  | 2011  | 2012  |
|----------------|-------|-------|-------|
| Piemonte       | 2,16  | 2,00  | 2,12  |
| Valle d'Aosta  | 0,43  | 0,36  | 0,40  |
| Lombardia      | 4,27  | 4,14  | 3,97  |
| P.A. Bolzano   | 0,42  | 0,41  | 0,43  |
| P.A. Trento    | 3,57  | 3,62  | 3,53  |
| Veneto         | 5,55  | 5,44  | 5,54  |
| Friuli V.G.    | 6,78  | 6,03  | 6,26  |
| Liguria        | 3,46  | 3,76  | 3,51  |
| Emilia-Romagna | 11,60 | 10,62 | 11,94 |
| Toscana        | 2,31  | 2,36  | 2,00  |
| Umbria         | 7,67  | 7,21  | 5,23  |
| Marche         | 3,53  | 3,43  | 3,00  |
| Lazio          | 4,63  | 4,98  | 4,16  |
| Abruzzo        | 4,91  | 4,66  | 4,94  |
| Molise         | 3,30  | 3,51  | 3,53  |
| Campania       | 2,12  | 2,42  | 2,80  |
| Puglia         | 1,80  | 2,00  | 2,21  |
| Basilicata     | 5,03  | 5,91  | 5,47  |
| Calabria       | 2,82  | 2,87  | 3,18  |
| Sicilia        | 1,51  | 2,14  | 3,68  |
| Sardegna       | 2,52  | 3,81  | 4,63  |

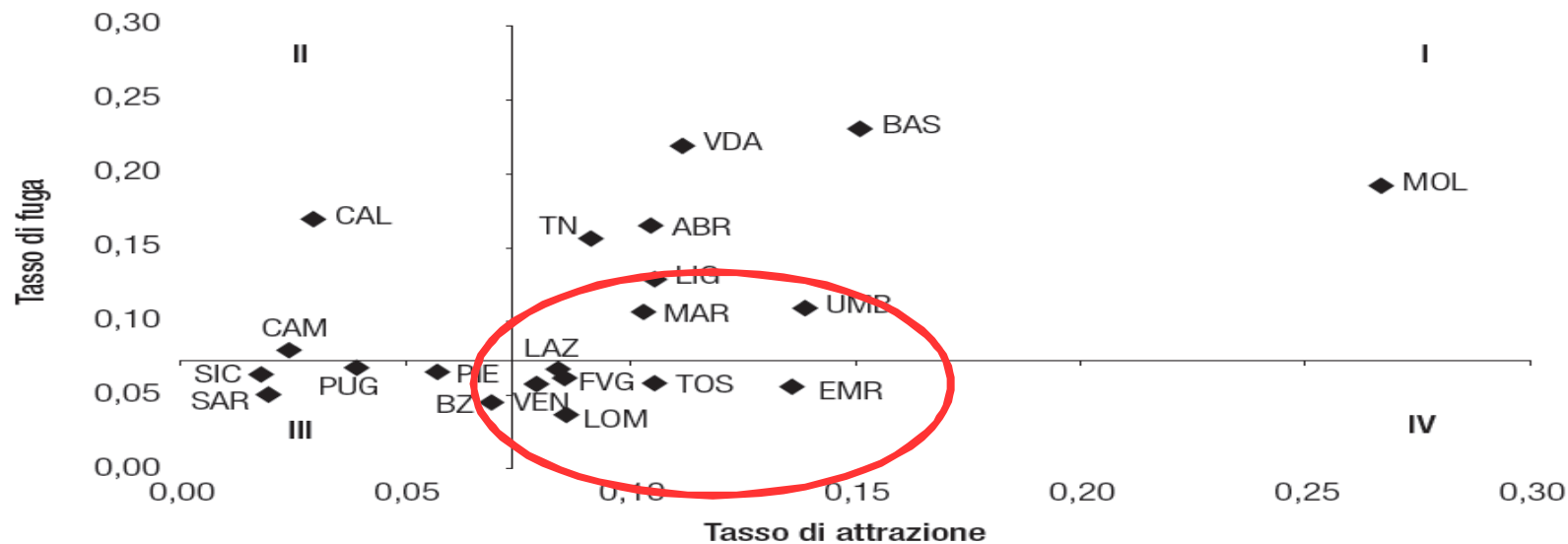


## FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI – 2013 - 2014



PNE Agenas 2015

Figura 2.17 **Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione (\*) e di fuga (\*\*) (2010)**



(\*) Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).  
 (\*\*) Si considerano solo i ricoveri in altre regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Riquadro 2.4 **Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù, 2002)**

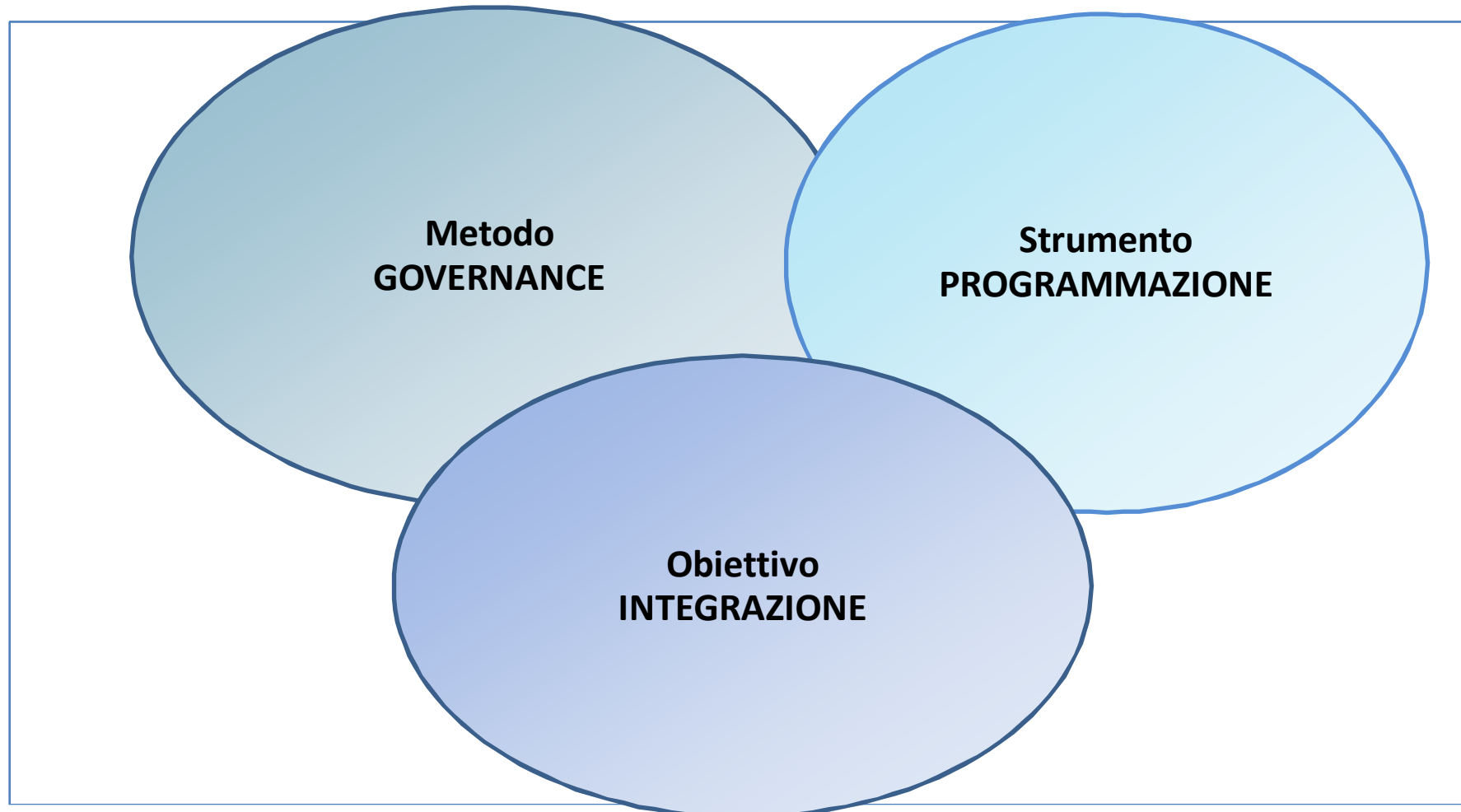
- Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. Allo stesso tempo, si tratta di regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).
- Regioni «IN DEFICIT» (quadrante II) con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata ed in uscita.
- Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante IV) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

# Modelli di welfare socio assistenziale e sociosanitario [Bertin 2012]

- ... comunanze ....

| MODELLO                                  | REGIONI  | CARATTERISTICHE   |
|--|--|---|
| Generalizzato con mix di tipo societario | Valle d'Aosta<br>Trentino , Alto Adige                                       | Mix strutturato ma con dinamiche forti di tipo societario, offerta estesa di servizi tradizionali, ma meno attenti alla territorializzazione, forte coesione sociale e bassa presenza di rischi sociali   |
| <b>Generalizzato e generoso</b>          | <b>Friuli Venezia Giulia<br/>Toscana Lombardia<br/>Veneto Emilia Romagna</b> | <b>Mix strutturato con la presenza di alcuni segnali di orientamento verso il societario, l'offerta estesa di servizi tradizionali e di orientamento verso la territorializzazione, società discretamente coese con rischi sociali relativamente bassi.</b> |
| Mix strutturato                          | Liguria Marche<br>Umbria   | Mix bilanciato fra dinamiche d'integrazione di mercato, stato e societarie. Offerta discretamente diffusa di servizi tradizionali e territoriali, la coesione sociale è discreta e bassi sono i rischi sociali  |
| Consolidato ma poco innovativo           | Piemonte   | Mix strutturato ma con pochi segnali di orientamento verso dinamiche di sussidiarietà, l'offerta di servizi tradizionali è estesa ma poco orientata alla territorializzazione, coesione e rischi sociali sono relativamente bassi                           |
| Residuale e poco diversificato           | Lazio<br>Abruzzo   | Il mix è relativamente poco articolato e poco significativi sono i segnali di orientamento verso il welfare societario. L'offerta di servizi tradizionali e territoriali è relativamente poco estesa  |
| Residuale con propensione al societario  | Molise<br>Basilicata<br>Sardegna   | Mix di mercato e stato poco strutturato, ma con alcuni segnali di orientamento verso strutture di tipo societario, l'offerta è poco estesa sia di servizi tradizionali sia territoriali, la coesione è discreta ma alti sono anche i rischi sociali         |
| Minimale a elevata criticità sociale     | Puglia<br>Calabria<br>Campania<br>Sicilia                                    | Debole la presenza di tutti gli attori (pubblici e privati) e mancano segnali di orientamento verso la sussidiarietà, l'offerta appare complessivamente poco estesa. La società poco coesa presenta rischi sociali elevati                                  |

## II) Cosa ci dicono (alcune) evidenze: ... e divergenze....



# Logiche programmatiche nei diversi approcci delle governance regionali – .. tendenze ... prima della crisi

...

|                        | REGIONE A PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA  | REGIONE A PROGRAMMAZIONE RESIDUALE   | REGIONE A PROGRAMMAZIONE CENTRALIZZATA  |
|------------------------|---|--|---|
| <b>Finalità</b>        | Equità/ esigibilità dei diritti/appropriatezza  | Libertà di scelta per la domanda – incentivazione della concorrenza nella offerta  | Equità/ esigibilità dei diritti/appropriatezza  |
| <b>Obiettivi</b>       | Integrazione multilivello e multi attori  | Autonomie multilivello e multi attori controbilanciate da forme di noecentralismo regionale in particolare nel rapporto con la domanda | Gestione centralizzata del sistema sistema integrato  |
| <b>Metodo</b>          | <i>Governance multilivello e multi attori.</i>  | <i>Regolazione esterna attraverso l'accreditamento degli erogatori e la verifica tariffaria delle prestazioni.</i>                     | <i>Government attraverso la determinazione centralistica del budget</i>                     |
| <b>Strumenti</b>       | Programmazione partecipata/concertazione dei contenuti, delle priorità, e delle risorse | Programmazione attraverso accordi contrattuali della quota di produzione per ogni erogatore e quindi delle risorse                     | Programmazione top-down dei contenuti, delle priorità e delle risorse                       |
| <b>Target consenso</b> | Attori partecipanti alla programmazione in quanto rappresentativi della cittadinanza    | Fruitori prestazioni e servizi erogati dal mercato amministrato  | Fruitori prestazioni e servizi erogati dal pubblico/privato dentro un sistema centralizzato |
| <b>Sostenibilità</b>   | Esito della concertazione-cooperazione connessa alla programmazione                     | Esito del funzionamento del mercato amministrato   | Esito del management centralizzato  |

# Lo stato della programmazione sociosanitaria regionale - ... quale funzione nella crisi? ...

| REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA | TIPOLOGIA DI PIANO SOCIALE, SANITARIO O SOCIOSANITARIO   | NOTE  |
|----------------------------|--|---|
| Valle d'Aosta              | Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011 - 2013   | Approvato il 25 ottobre 2010  |
| <b>Lombardia</b>           | <b>Piano socio sanitario regionale 2010 – 2014</b>   | <b>Approvato il 17 novembre 2010</b>  |
| <b>Emilia-Romagna</b>      | <b>Aggiornamento Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 per gli anni 2013-14</b>                            | <b>Approvato il 18 giugno 2013</b>  |
| Lazio                      | Piano socio assistenziale regionale 2008 – 2010<br>Piano sanitario regionale 2010 - 2012                           | Coordinato con quello sanitario, aggiornato per una sola annualità per il 2011  |
| <b>Veneto</b>              | <b>Piano socio-sanitario 2012 - 2016</b>   | <b>Approvato il 29 giugno 2012</b>  |
| Friuli-Venezia Giulia      | Piano sanitario e sociosanitario 2010 - 2012   | Ddl Riforma sanitaria settembre 2013  |
| <b>Toscana</b>             | <b>Piano sanitario e sociale Integrato Regionale 2012 - 2015</b>   | <b>Approvato il 5 novembre 2014</b>   |
| Piemonte                   | Piano socio-sanitario 2012 - 2015  | Approvato il 2 luglio 2012  |
| Liguria                    | Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005  | Approvato il 27.1.2004. Aggiornato con il Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale il 2 luglio 2010<br>Proposta nuovo Piano 2013 – 2015 presentata dall' Assessorato Politiche Sociali 29 maggio 2013 |
| Marche                     | Piano sociale ed integrazione sociosanitaria 2012-2014   | Approvato il 29 dicembre 2011   |
| Umbria                     | Secondo piano sociale regionale 2010 – 2012<br>Piano Sanitario Regionale 2009-2011                                 | Publicato sul Bollettino ufficiale della Regione Umbria 10 febbraio 2012<br>Approvato il 28 aprile 2009   |
| Abruzzo                    | Piano sociale regionale 2011 – 2013<br>Piano sanitario regionale 2008 – 2010. Un sistema di garanzie per la salute | Approvato il 10 marzo 2008  |

|            |   |  |
|------------|---|--|
| Molise     | Piano sociale regionale 2009 – 2011<br>Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010  | Approvato il 9 luglio 2008, ma non esecutivo; si trova in fase di revisione; per le osservazioni formulate dal Ministero della Salute, nell'ambito degli adempimenti previsti dal Piano di rientro)  |
| Sardegna   | Piano dei servizi sociali e sanitari – prima parte Piano dei servizi sociali<br>Piano Regionale dei servizi sanitari 2006 - 2008                                      | Approvato il 10 febbraio 2005 e il 2 agosto 2005<br>Approvato il 19 gennaio 2007   |
| Basilicata | Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 - 2015   | Approvato il 24 luglio 2012  |
| Sicilia    | Piano sanitario regionale 2011 – 2013<br>Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012  | Approvato il 2.3.2009  |
| Calabria   | Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei Piani di zona 2007 - 2009.<br><br>Piano regionale per la salute 2004 - 2006 | Approvato il 6 agosto 2009; vigente in assenza di quello successivo<br><br>Approvato il 19 marzo 2004, vigente in assenza di quello successivo   |
| Puglia     | Piano regionale per le politiche sociali 2009 – 2011<br>Piano regionale di salute 2008 - 2010   | Prorogato a tutto il 2013  |
| Campania   | Piano sociale regionale 2013 . 2015<br>Piano sanitario regionale 2002-2004  | Approvato 20.6.2002. Il Piano si completa con la L.R. 1.7.2002, n. 10 "Norme per il Piano regionale sanitario per il triennio 2002-2004". che fornisce ulteriori indirizzi e all'art. 2 stabilisce il valore vincolante del Piano e la sua efficacia, che è prorogata fino all'entrata in vigore del nuovo PSR . Inoltre, il Piano Regionale Ospedaliero per il triennio 2007/2009, approvato il 12.12. 2006 |



## III) Resilienze (nella crisi) .. variabili ad impatto differenziato..

Decisioni assunte a **livello comunitario e dello stato centrale** (vincoli bilancio pubblico, federalismo, lea, fondi finalizzati)

Decisioni **concorrenti** (distribuzione Fsn, efficientamento/razionamento/qualificazione offerta, riordino professioni, vincoli acquisti beni e servizi, potenziamento cure primarie/ es CdS, ecc.)

Decisioni **autonome** (implementazione dei cambiamenti adattandoli ai propri modelli di welfare; riconversione strutture ospedaliere; riforme ee.ll. e ipab; integrazione offerta pubblica – lea e non autosufficienza; copayment; ruolo del Ts e del privato)

# Tendenze regionali

distanziamento territoriale, specializzazione funzionale e riduzione della platea della governance

Semplificazione/riduzione dell'**architettura del sistema sanitario** (meno asl) ma non necessariamente del **decentramento territoriale** (distretti, ambiti, ecc.)

Rafforzamento del governo regionale attraverso **strutture dedicate centralizzate**

Rilancio della **aggregazione degli ee.II.** (aziende partecipate, unioni, fusioni) o della **delega alle aziende sanitarie**, in tema di funzioni sociali: **andamento pendolare** nei processi di integrazione sociosanitaria istituzionale e gestionale

# Lombardia

modello mercato amministrato, asl PAC/produttori,  
voucherizzazione prestazioni, programmazione essenziale,  
associazionismo familiare

LR n. 23/2015 : forte revisione/abrogazione normative sanitarie e sociali precedenti:

Tab.1 - Agenda delle politiche dei servizi in Lombardia dagli anni '70 ad oggi

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Anni '70</b>                     | Costruzione della prima rete: consorzi intercomunali sanitari di zona, asili nido, anziani, consultori familiari, handicap, tossicodipendenze   |
| <b>Anni '80</b>                     | Attivazione dell'assetto istituzionale e organizzativo delle USSL- unità sociosanitarie locali, con riferimento alla legge quadro n. 833/1978 Legge di organizzazione e sviluppo dei servizi sociali comunali (LR n. 1/1986) Piani socio-assistenziali e Programmi di zona dei servizi sociali  |
| <b>Primi anni '90: 1990-1997</b>    | Prima riorganizzazione e diminuzione numerica delle ASL: da 85 a 44   |
| <b>Ciclo legislativo 1997-2001</b>  | Legge di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e loro ulteriore riduzione numerica (da 44 a 15); Attivazione delle Aziende Ospedaliere  |
| <b>Ciclo legislativo 2001-2009</b>  | Processi di attuazione della Legge n. 328/2000 Trasformazione delle IPAB in Fondazioni o ASP- Aziende pubbliche di servizi alla persona Piani socio-sanitari regionali Regolazione normativa delle reti: servizi sociosanitari; servizi sanitari; servizi sociali (LR n. 3/2008) Testo unico delle leggi in materia di sanità (LR n. 33/2009) |
| <b>X Legislatura 2013, in corso</b> | Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario lombardo e consultazioni nei territori Riorganizzazione istituzionale e organizzativa del SSR- servizio sanitario e sociosanitario regionale (LR n. 23/2015)   |

# Lombardia

## ..... cambiamenti ....

- 1) **PRINCIPI:** “scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture”, ma anche “orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso”, nonché “valutazione multidimensionale del bisogno”
- 2) **LOGICHE DI INTERVENTO** “ continuità di cura e di assistenza, l’attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico” in un “processo di integrazione fra le attività sanitarie, socio sanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali”.
- 3) **ASSETTO ISTITUZIONALE (politico):** un **unico assessorato al welfare; presenza ee.ll.** nelle assemblee di distretto e in quelle degli ambiti territoriali (già sperimentata negli anni passati che, da rivisitare in riferimento ai nuovi assetti) per: **proposte di’organizzazione territoriale dell’attività socio sanitaria e socio assistenziale; pareri sulle linee guida per l’integrazione; partecipazione alle verifiche di attuazione dei programmi; promozione dell’integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali anche “favorendo la costituzione tra i Comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica”.**
- 4) **ASSETTO ISTITUZIONALE (governo):** istituzione **Agenzia per la promozione del sistema socio sanitario lombardo** (produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione a livello nazionale e internazionale; comprende “Osservatorio delle best practices cliniche” “Osservatorio di soddisfazione degli utenti” ; istituzione **’Agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo** (dotata di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile: adotta il piano annuale dei controlli e dei protocolli; mette in atto un sistema di monitoraggio; valuta i criteri per la determinazione della remunerazione delle funzioni; raccoglie dati e informazioni sulla soddisfazione degli utenti)

## 5) ASSETTO ISTITUZIONALE (governo/gestione):

**ATS (agenzie di tutela della salute; 8 rispetto alle precedenti 15 asl)** articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori; attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati; anche attraverso **i distretti**, hanno i seguenti compiti: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; attivazione di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi"; governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento; programmi di educazione alla salute; sicurezza alimentare; controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica veterinaria; monitoraggio della spesa farmaceutica; organizzazione in dipartimenti: igiene e prevenzione sanitaria; cure primarie; programmazione, accreditamento, acquisto; veterinario e sicurezza degli alimenti; amministrativo; programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (ex Assi?).

**ASST** (aziende socio sanitarie territoriali; 27 in tutto), ossia **strutture operative pubbliche** della sanità lombarda, comprensive delle ex a.o.); prevedono un direttore generale unico, con **due strutture tra loro distinte** che avranno gestione e bilanci separati: il **polo ospedaliero** affidato a un direttore sanitario e la **rete territoriale** affidata a un direttore sociosanitario.

## 6) PROGRAMMAZIONE:

**PSL (piano sociosanitario integrato lombardo):** quadro dei bisogni della popolazione; indicatori per determinare: volumi di attività; controllo e valutazione; progetti obiettivi e azioni di specifiche aree di bisogno; linee di indirizzo promozione della salute; modelli di continuità di cura e di assistenza, percorsi personalizzati di presa in carico, processi di integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali; contenuti delle prestazioni distinguendo fra quelle di tipo acuto, intermedio, subacuto, postacuto o riabilitativo, a media e bassa intensità; processi di integrazione fra i servizi e la tendenziale suddivisione tra le diverse tipologie di intervento.

**PRP (piano regionale della prevenzione):** migliorare lo stato di salute fisico, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio e ridurre le disuguaglianze; integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale".



# Emilia Romagna

separazione tra programmazione (politica) e gestione (pubblica o “pubblicizzata”/mix)

|                          | Strumenti di programmazione   | Organismi di governance                              | Strumenti di supporto                              |
|--------------------------|---|--|--|
| Ambito regionale         | Piano sociale e sanitario regionale                                   | Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie | Comitato tecnico scientifico della Cabina di regia |
| Ambito Intermedio (AUSL) | Atto di indirizzo e coordinamento (contenente il Profilo di comunità) | Conferenza territoriale sociale e sanitaria          | Ufficio di supporto alla Conferenza                |
| Ambito distrettuale      | Piano di zona per la salute e il benessere sociale                    | Comitato di distretto                                | Ufficio di piano                                   |

# Organismi politici di governance

| AMBITO               | STRUMENTO  | COMPOSIZIONE   | FUNZIONI   |
|----------------------|--|--|--|
| Regionale            | Cabina di regia                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessori regionali alle Politiche per la salute e alla Promozione delle Politiche Sociali,</li> <li>- Presidenti delle CTSS, Sindaci dei Comuni capoluogo di Provincia, Presidenti delle Province nel caso non siano Presidenti delle CTSS. – o loro delegati</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-confronto, coordinamento ed integrazione tra e il sistema delle Autonomie locali, in materia di politiche sanitarie e sociali;</li> <li>- attività di impulso, di proposta, di valutazione e di supporto alla attività istruttoria propedeutica alla formazione delle decisioni della Giunta regionale e/o degli Assessori competenti in materia;</li> </ul>         |
| Intermedio (AUSL)    | Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) | <p>Presidente della Provincia, Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale dell'AUSL, Rettore dell'Università (limitatamente alle materie di interesse)- o loro delegati</p> <p>Partecipa alle sedute il Direttore Generale dell'AUSL</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-indirizzo per la programmazione del sistema sociale integrato e del sistema sanitario,</li> <li>- funzioni consultive su atti delle Aziende Sanitarie,</li> <li>- promozione della integrazione tra le politiche, della partecipazione e della salute,</li> <li>- funzioni di verifica sul funzionamento delle Aziende sanitarie e della rete dei servizi</li> </ul> |
| Distrettuale/ zonale | Comitato di Distretto                              | <p>Sindaci dei Comuni dell'ambito distrettuale – o loro delegati, oppure organo della forma associativa dei Comuni per l'ambito distrettuale.</p> <p>Partecipa alle sedute il Direttore di Distretto.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- programmazione</li> <li>- regolazione e verifica,</li> <li>- definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa,</li> <li>- monitoraggio della costituzione ASP;</li> <li>- funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale,</li> <li>- committenza</li> </ul>                                  |

# E. Romagna

## ... cambiamenti ...

Riduzione numero Ausl (7 in tutto)

Riorganizzazione sistema di offerta sanitaria H&S

Incentivazione gestione pubblica unificata dei servizi sociali distrettuali (o per ambiti sub d.): asp unica/associazione per Unioni,

Incentivazione case della salute distrettuali



# Toscana

In 7 anni: 4 norme sanitarie, un Pssr (3 anni), 1 norma per le n.a., 1 norma per il sociale

|                  |   |
|------------------|---|
| L. R. n. 72/97   | Disposizioni sulla titolarità dei Comuni in materia socio-assistenziale, e dimensionamento su base zonale delle attività di programmazione e di intervento                    |
| L. R. n. 40/2001 | Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di Comuni  |
| L. R. n. 14/2003 | Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000 n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale). Disposizioni in materia di aziende sanitarie. |
| L. R. n. 60/2003 | Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2001, n. 40 (Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di comuni)                 |
| L. R. n. 40/2005 | Disciplina del servizio sanitario regionale   |
| L. R. n. 41/2005 | Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza   |
| L.R. n. 60/2008  | Legge di modifica alla 40/2005 (disciplina del Servizio Sanitario Regionale)  |
| L.R. n. 66/2008  | La legge regionale sulla non autosufficienza  |
| L.R. n. 44/2014  | Modifiche alla LR. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale)  |
| L.R. n. 45/2014  | Modifiche alla LR. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)  |

L.R. n. 28/2015 Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR

PDL Gr novembre 2015 Modifiche alla l.r. 40/2005 e 3/2008 (istituto oncologico)

# Toscana

## ... cambiamenti ..

**Sistema integrato di interventi e servizi sociali universalistico, comunitario, mix, supporto alle famiglie.**

Con la lr 60/2008: unico strumento di programmazione a livello regionale “**Piano sanitario e sociale integrato regionale**”, quale “atto unico di programmazione regionale che comprende l’assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria integrata”; **generalizzazione delle Sds** (società pubbliche miste ausl-comuni per la programmazione integrata e per la gestione della n.a.)

Con lr 28/2015: commissariamento **Ausl riducendole da 11 a 3**; ridefinizione ruolo e funzione delle **Società della salute (volontarietà)**

Con Pdl Gr nov. 2015: **completamento riordino Ssr**: razionalizzazione e revisione assetti organizzativi e produttivi nell’ottica della sostenibilità economica e della adeguatezza ai bisogni emergenti; semplificazione del sistema, riduzione dei livelli apicali, sinergia tra AOU e AUSL attraverso la programmazione integrata, riduzione relativa numero distretti, integrazione rete ospedaliera

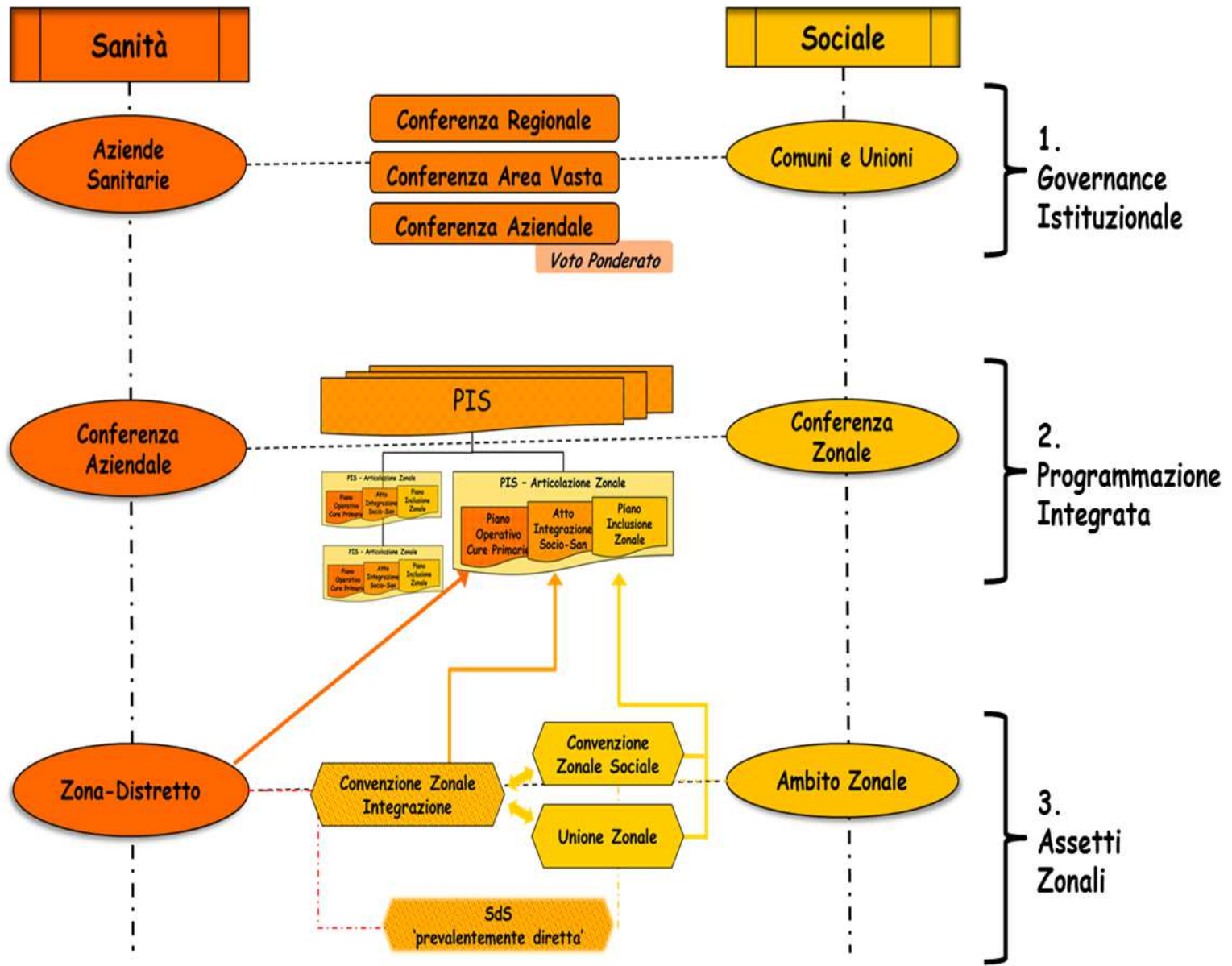
# Toscana

## Governance, programmazione e modalità di gestione sociale e sociosanitaria

**Governance:** Conferenza regionale, Conferenza di Area Vasta (temi: reti ospedaliere, rapporto con le Università e soglie di attività), Conferenza Aziendale (luogo della governance effettivamente praticata, dove le decisioni vengono deliberate secondo un sistema di pesi relativi tra comuni e azienda sanitaria); Conferenza dei Sindaci ruolo orientato all'organizzazione delle attività territoriali e dell'integrazione sociosanitaria

**Programmazione:** Pssr, P. Area Vasta, Pis, Piz (Pis è portato a livello della Conferenza aziendale ed è articolato per zone-distretto; le singole articolazioni del PIS hanno il compito di coordinare gli strumenti di programmazione zonale (PIZ, Atto per l'integrazione, Programma cure primarie); Piz, elaborato e approvato dalla Conferenza zonale dei sindaci, e definisce anche l'integrazione sociosanitaria 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.

**Gestione sociosanitaria:** SdS per gestione diretta; SdS per gestione indiretta; Zone che scelgono la convenzione sociosanitaria con il gestore unico ASL; Zone che scelgono la convenzione sociosanitaria con gestori associati (unione di zona).

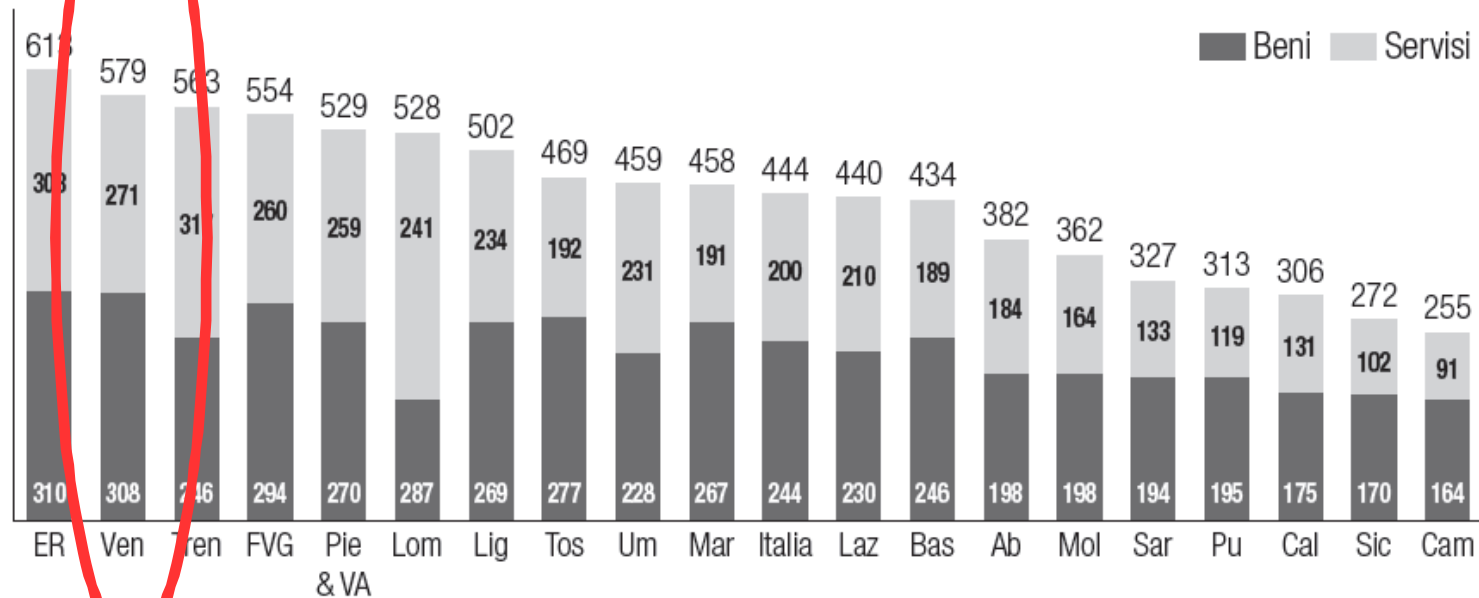


Fonte:  
 ANCI Toscana

# **IV) Una “svista” .. cosa rimane fuori ..**

# Spesa san. privata pc per Regione – (Cergas 2014)

Figura 5.9 **La spesa sanitaria privata pro capite nelle regioni italiane nel 2012, beni e servizi sanitari**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie)

## La gestione “informale” del welfare privato

|   |                 |
|---|-----------------|
| Spesa sanitaria “non intermediata”      | 23 mld          |
| Spesa ass.famliare                      | 9 mld           |
| Spesa compartecipazione s.sociali       | 4,2 mld         |
| Mancato reddito caregiver               | 4,1 mld         |
| Agevolazioni fiscali                    | ???             |
| Trasferimenti assistenziali “informali” | 9,1 mld         |
| <b>Totale</b>                           | <b>49,3 mld</b> |