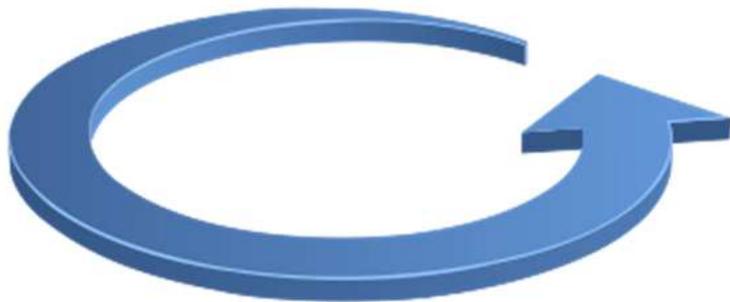


**WELFARE SOCIOSANITARI
REGIONALI A CONFRONTO:
RESILIENZA, DIVERGENZA,
CONVERGENZA
Cisl Veneto
4.12.15**



**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

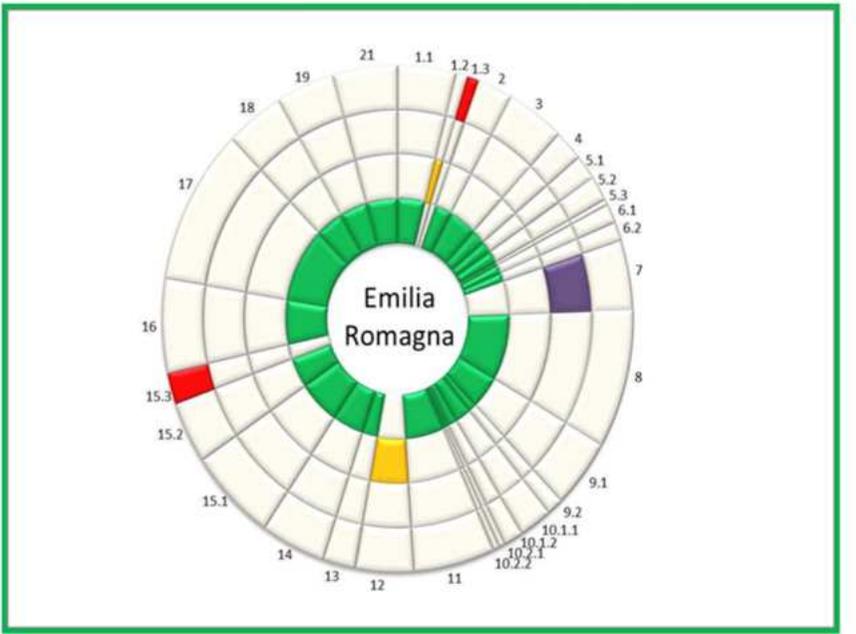
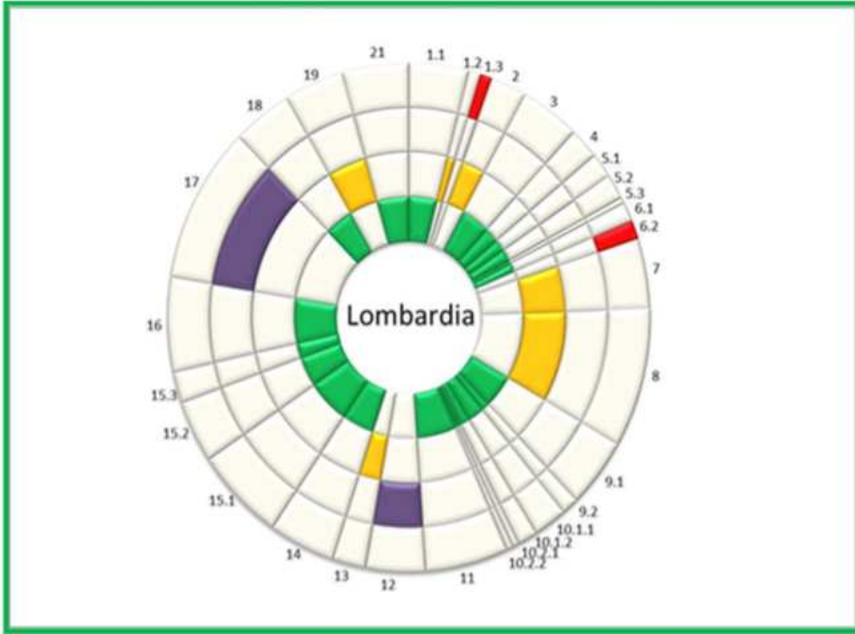
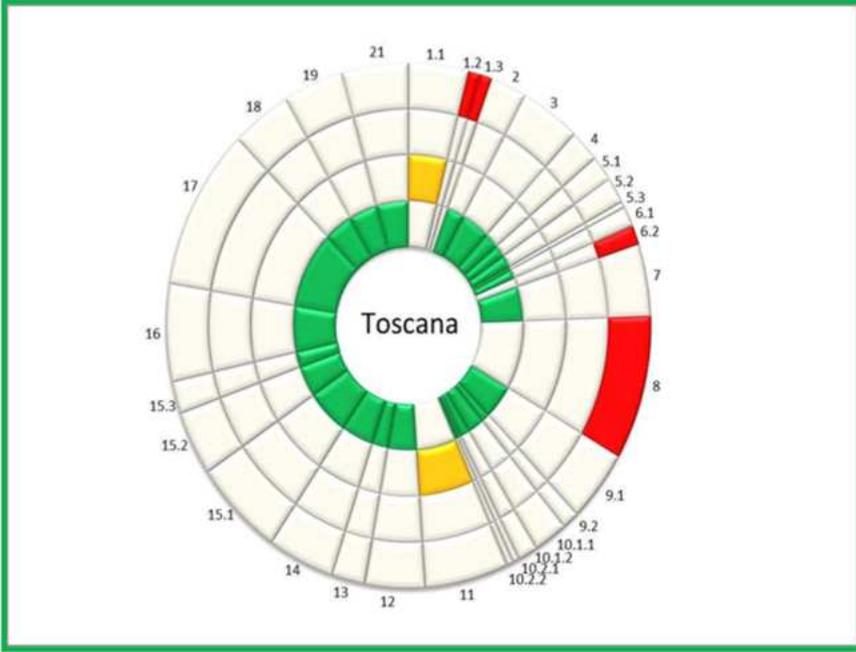
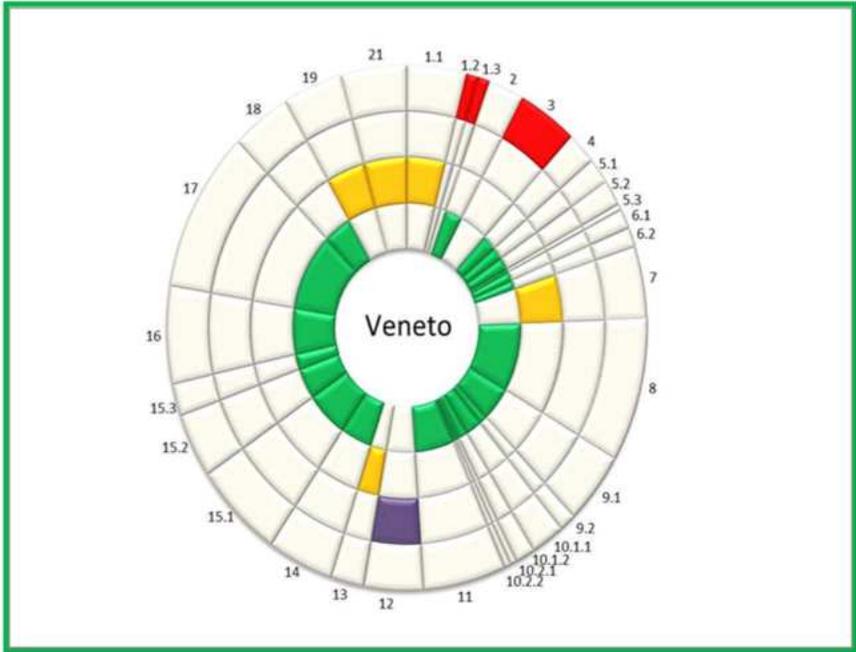
- .. anche in sanità ...

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			

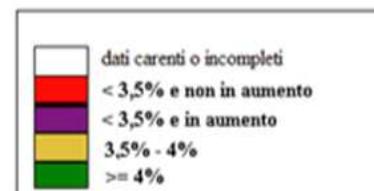
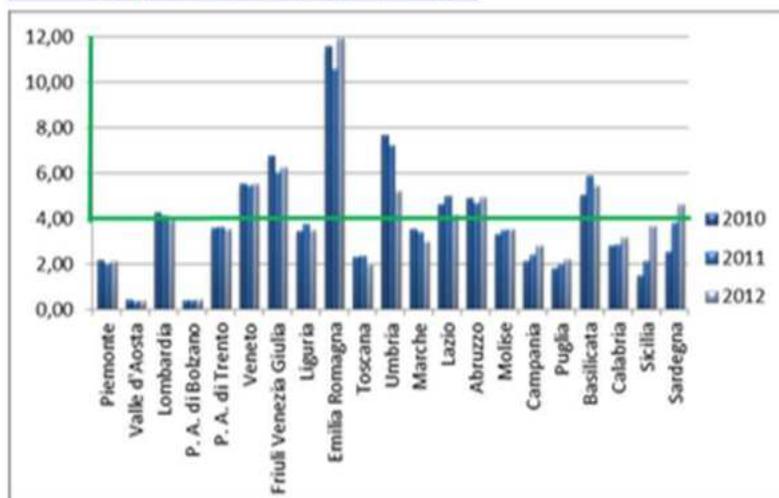
Gli indicatori ed i pesi di riferimento sono stati così ripartiti:

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
Totale	20	31	25

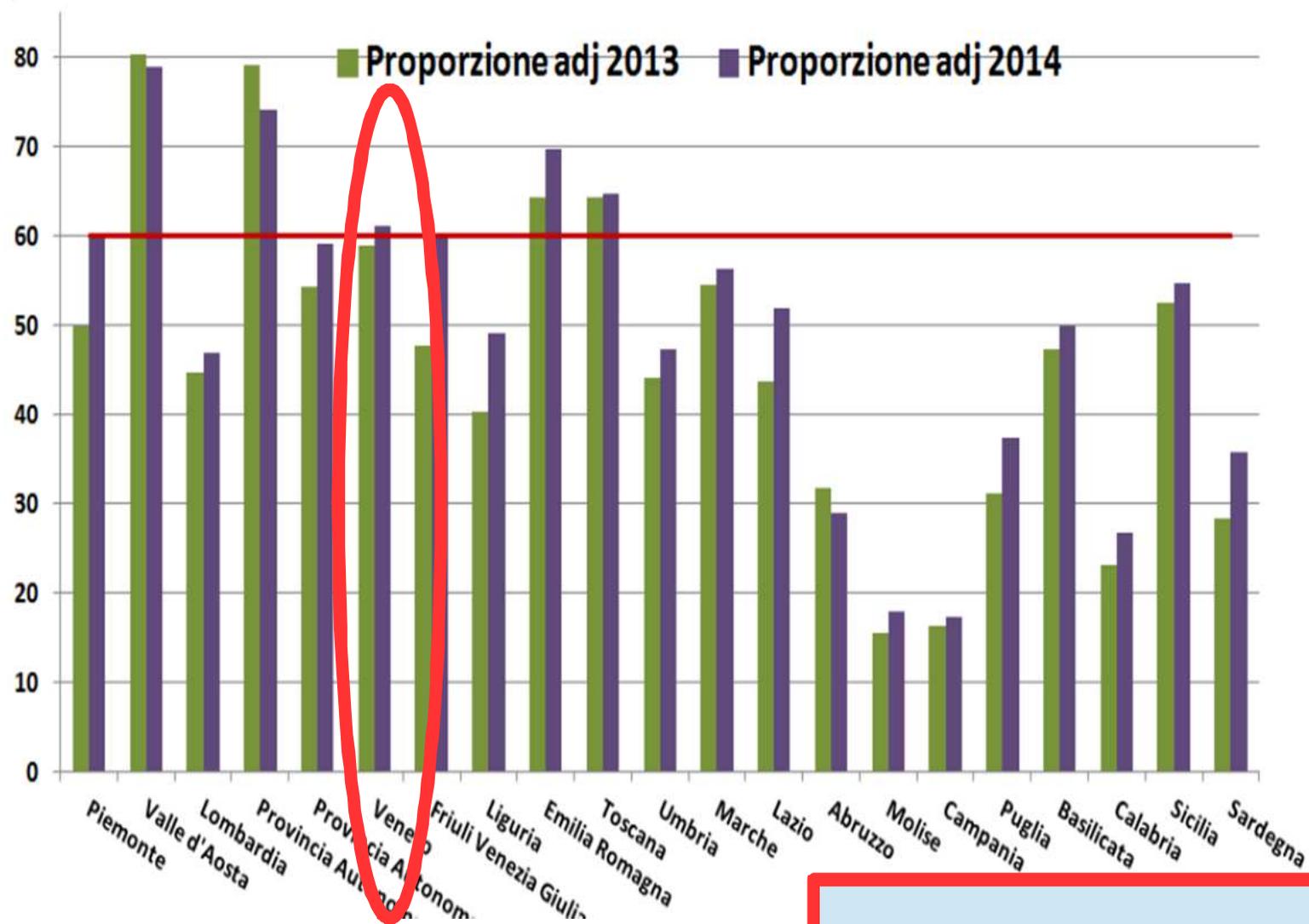


8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

	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

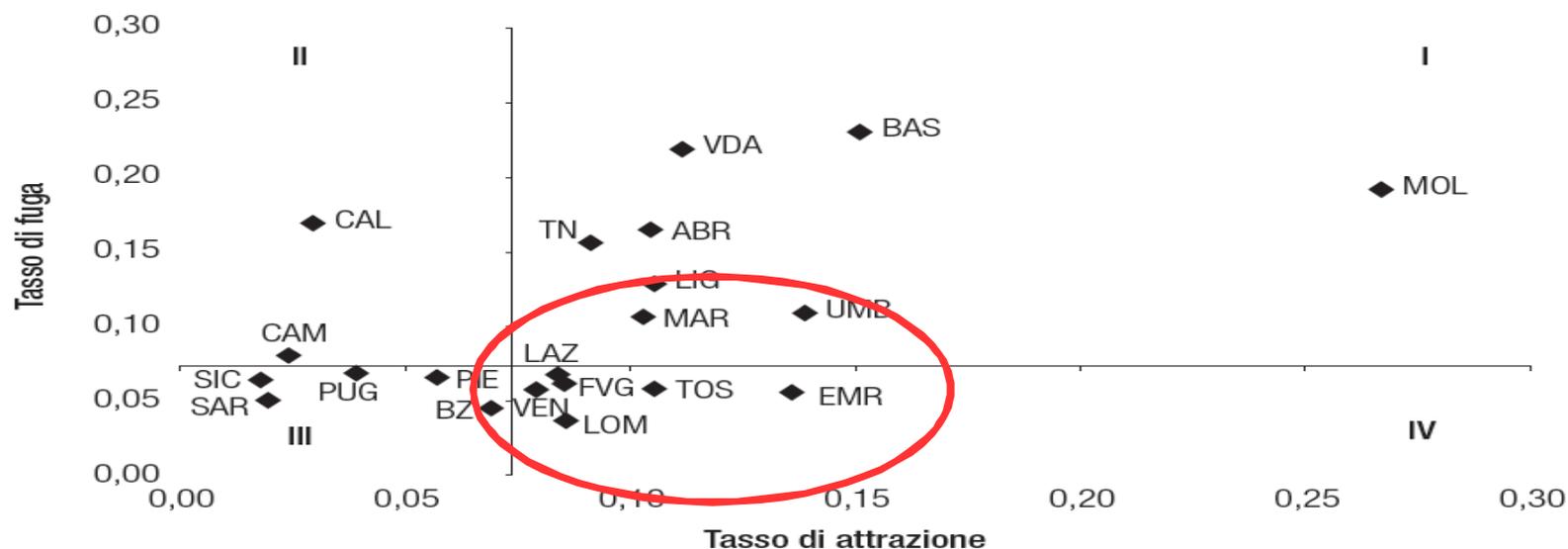


FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI – 2013 - 2014



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)**

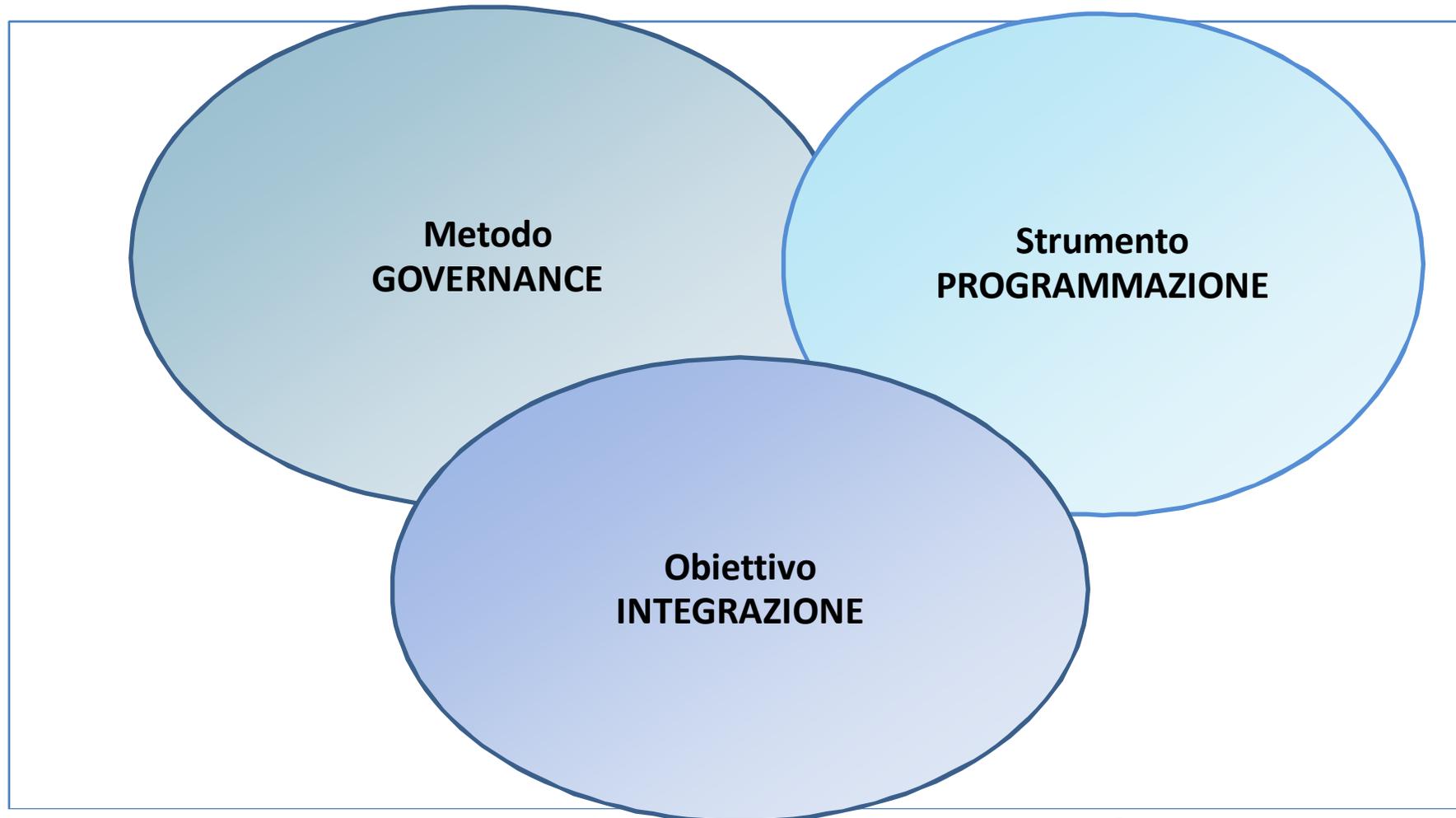
- Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture regionali. 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 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
Generalizzato e generoso	Friuli Venezia Giulia Toscana Lombardia Veneto Emilia Romagna	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.
Mix strutturato	Liguria Marche 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 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 Basilicata 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 Calabria Campania 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
Finalità	Equità/ esigibilità dei diritti/appropriatezza	Libertà di scelta per la domanda – incentivazione della concorrenza nella offerta	Equità/ esigibilità dei diritti/appropriatezza
Obiettivi	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
Metodo	<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>
Strumenti	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
Target consenso	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
Sostenibilità	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
Lombardia	Piano socio sanitario regionale 2010 – 2014	Approvato il 17 novembre 2010
Emilia-Romagna	Aggiornamento Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 per gli anni 2013-14	Approvato il 18 giugno 2013
Lazio	Piano socio assistenziale regionale 2008 – 2010 Piano sanitario regionale 2010 - 2012	Coordinato con quello sanitario, aggiornato per una sola annualità per il 2011
Veneto	Piano socio-sanitario 2012 - 2016	Approvato il 29 giugno 2012
Friuli-Venezia Giulia	Piano sanitario e sociosanitario 2010 - 2012	Ddl Riforma sanitaria settembre 2013
Toscana	Piano sanitario e sociale Integrato Regionale 2012 - 2015	Approvato il 5 novembre 2014
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 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 Piano Sanitario Regionale 2009-2011	Publicato sul Bollettino ufficiale della Regione Umbria 10 febbraio 2012 Approvato il 28 aprile 2009
Abruzzo	Piano sociale regionale 2011 – 2013 Piano sanitario regionale 2008 – 2010. Un sistema di garanzie per la salute	Approvato il 10 marzo 2008

Molise	Piano sociale regionale 2009 – 2011 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 Piano Regionale dei servizi sanitari 2006 - 2008	Approvato il 10 febbraio 2005 e il 2 agosto 2005 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 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. Piano regionale per la salute 2004 - 2006	Approvato il 6 agosto 2009; vigente in assenza di quello successivo Approvato il 19 marzo 2004, vigente in assenza di quello successivo
Puglia	Piano regionale per le politiche sociali 2009 – 2011 Piano regionale di salute 2008 - 2010	Prorogato a tutto il 2013
Campania	Piano sociale regionale 2013 . 2015 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

Anni '70	Costruzione della prima rete: consorzi intercomunali sanitari di zona, asili nido, anziani, consultori familiari, handicap, tossicodipendenze
Anni '80	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
Primi anni '90: 1990-1997	Prima riorganizzazione e diminuzione numerica delle ASL: da 85 a 44
Ciclo legislativo 1997-2001	Legge di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e loro ulteriore riduzione numerica (da 44 a 15); Attivazione delle Aziende Ospedaliere
Ciclo legislativo 2001-2009	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 tre reti: servizi sociosanitari; servizi sanitari; servizi sociali (LR n. 3/2008) Testo unico delle leggi in materia di sanità (LR n. 33/2009)
X Legislatura 2013, in corso	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"> - Assessori regionali alle Politiche per la salute e alla Promozione delle Politiche Sociali, - Presidenti delle CTSS, Sindaci dei Comuni capoluogo di Provincia, Presidenti delle Province nel caso non siano Presidenti delle CTSS. – o loro delegati 	<ul style="list-style-type: none"> -confronto, coordinamento ed integrazione tra e il sistema delle Autonomie locali, in materia di politiche sanitarie e sociali; - 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;
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"> -indirizzo per la programmazione del sistema sociale integrato e del sistema sanitario, - funzioni consultive su atti delle Aziende Sanitarie, - promozione della integrazione tra le politiche, della partecipazione e della salute, - funzioni di verifica sul funzionamento delle Aziende sanitarie e della rete dei servizi
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"> - programmazione - regolazione e verifica, - definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, - monitoraggio della costituzione ASP; - funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, - committenza

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

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

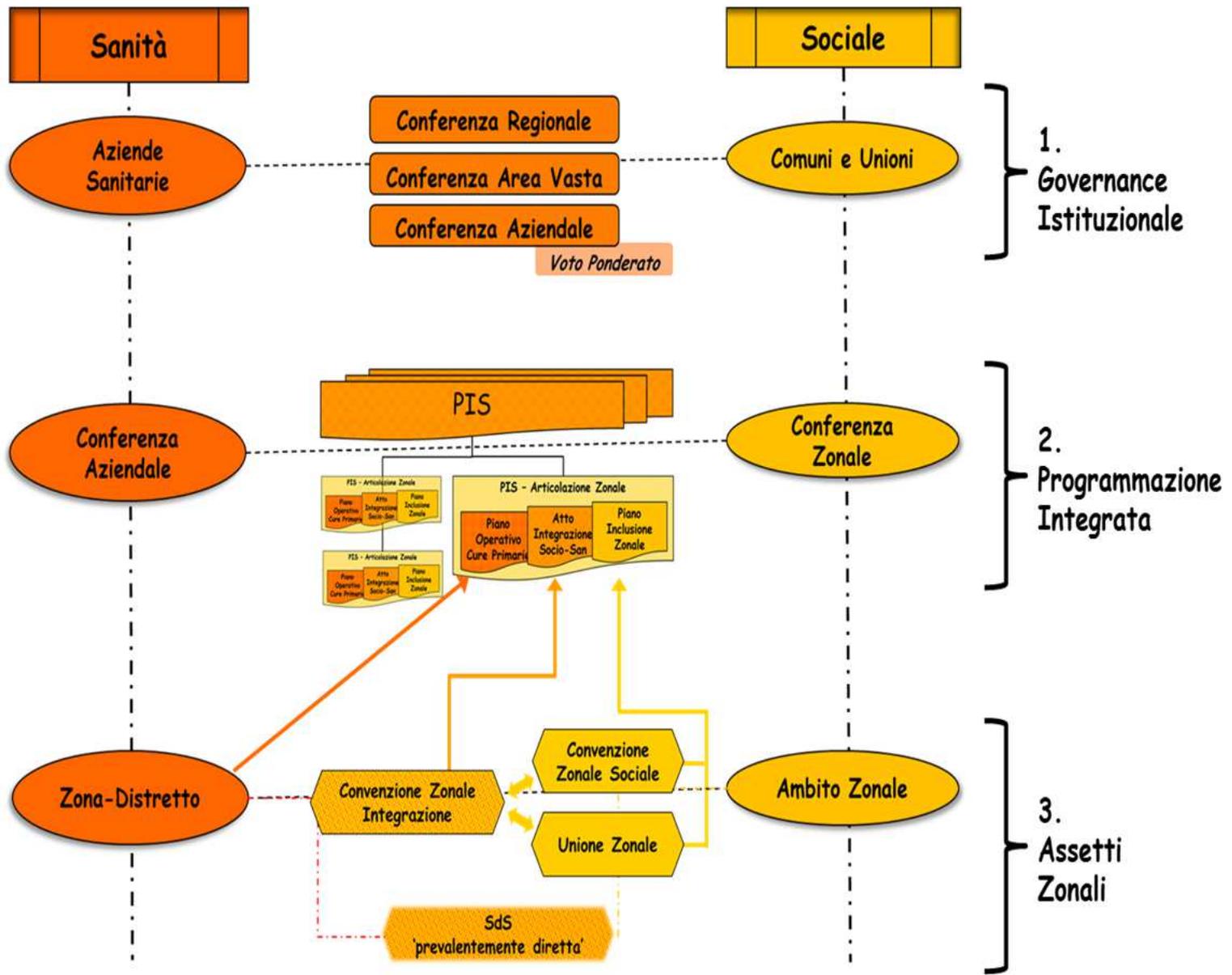
Toscana

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 ruoloorientato 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).

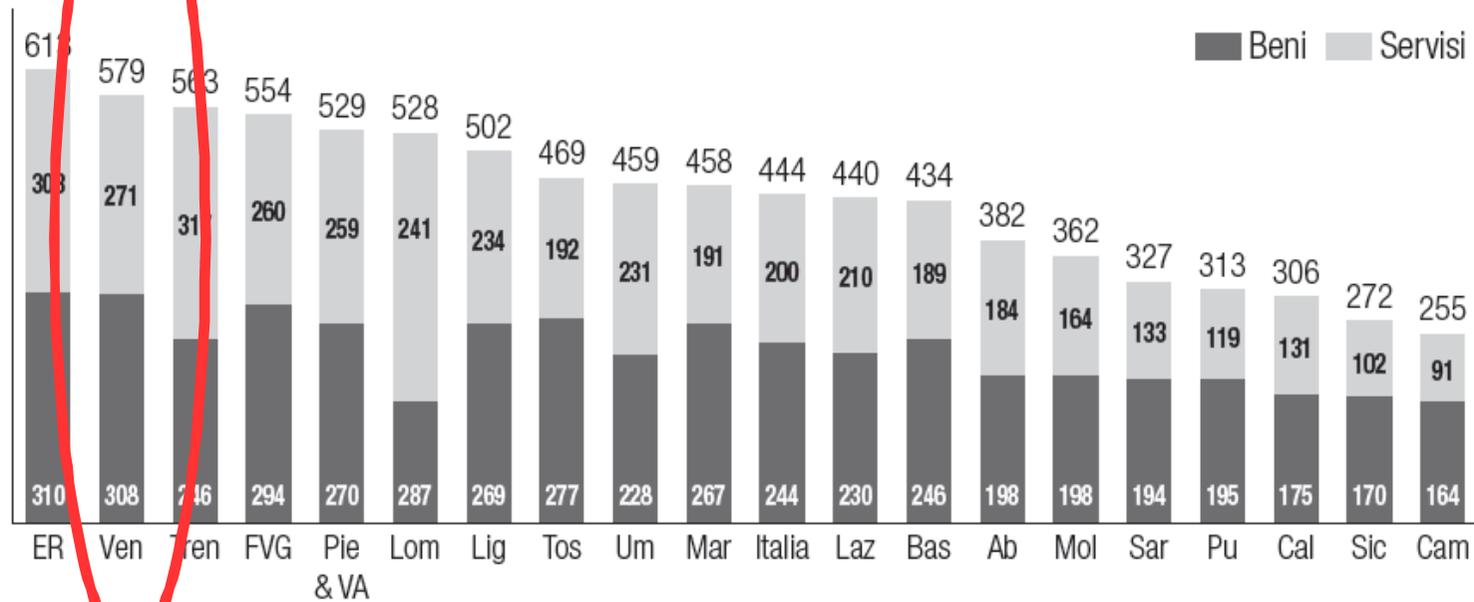


Fonte:
ANCI Toscana

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
Totale	49,3 mld