

Le Società della Salute in Toscana

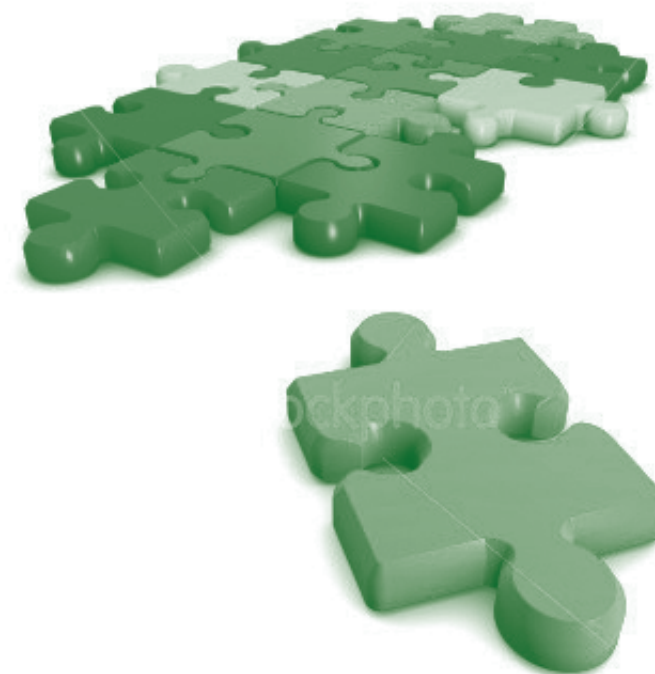
**Vademecum per una partecipazione consapevole
delle organizzazioni di volontariato**



a cura di Fabio Lenzi

Le Società della Salute in Toscana

**Vademecum per una partecipazione consapevole
delle organizzazioni di volontariato**



a cura di Fabio Lenzi

Premessa

Patrizio Petrucci, presidente Cesvot

Fabio Lenzi è esperto di politiche sociali e sanitarie e segue da vicino da molti anni l'evoluzione del nostro sistema di welfare. Da oltre quindici anni opera per favorire i processi di innovazione e di sviluppo nelle associazioni di volontariato e nelle imprese sociali; è fondatore e Senior Partner di Iris – Idee & Reti per l'Impresa Sociale, società fiorentina che svolge servizi di consulenza strategica e direzionale per le organizzazioni del terzo settore e le pubbliche amministrazioni.

Per informazioni su Iris: www.irisonline.it

Alla stesura del testo ha collaborato Alessandro Ghionzoli,
segretario della Delegazione Cesvot di Lucca.

La pubblicazione è consultabile in formato pdf sul sito www.cesvot.it
Editing e stampa a cura di Cesvot - Centro Servizi Volontariato Toscana
Aprile 2009



Il volontariato costituisce uno dei principali elementi caratteristici della cultura toscana. Le antiche tradizioni medievali, sempre rinnovate e rilette in chiave di modernità dalle migliaia di associazioni che svolgono le attività in ogni più piccolo centro della nostra regione, rappresentano oggi un grandissimo patrimonio di civiltà, partecipazione e cittadinanza solidale.

Il volontariato è anzitutto partecipazione, intesa come dono di sé i volontari offrono quotidianamente al servizio di chi ha bisogno. Ma è anche partecipazione al vivere della comunità nel suo complesso, contributo di conoscenza, esperienza, passione e servizio per lo sviluppo solidale della dignità e della personalità di tutti e di ciascuno.

Da tempo la Regione Toscana e le amministrazioni locali hanno colto la straordinarietà di questa presenza includendo il volontariato come soggetto stabile di interlocuzione e di collaborazione operativa nella complessa messa in opera delle politiche di servizio alla persona.

La recente riforma, che porta a regime la lunga sperimentazione che ha visto nascere in quasi la metà del territorio regionale le Società della Salute, costituisce un passo importante per la definizione dei futuri attori e assetti del welfare toscano.

Due sono gli obiettivi che la Regione Toscana ha dichiarato fin dall'inizio di questo percorso: integrazione socio-sanitaria e partecipazione di tutte le risorse locali.

Due obiettivi così alti non possono lasciarci indifferenti. In questo percorso di riorganizzazione del welfare locale il volontariato toscano non può sottrarsi dallo svolgere quel compito primario che gli viene attribuito e riconosciuto anzitutto dalla stessa comunità di appartenenza, quel contributo alla coesione sociale che supera la mera erogazione di servizi, ma che diviene visione del futuro, ascolto del bisogno, tutela dei più deboli, innovazione sociale, azione comune di rete.

Rispondere a questa richiesta non sarà semplice e ci costringerà, fin da subito, a mettere in gioco la nostra competenza, capacità di giudizio e un grande senso di responsabilità.

La nuova legge lascia le maglie aperte all'interpretazione che su ciascun territorio si vorrà dare al ruolo del terzo settore e del volontariato. Saprà il volontariato cogliere questo spazio nello stesso tempo aperto e incerto come una straordinaria opportunità per riaffermare l'originalità del proprio ruolo?

Questa breve guida vuole suggerire a tutto il volontariato di prestare molta attenzione ai processi di riorganizzazione del welfare che sono in corso in Toscana per diventarne non solo attore ma anche propositore di nuove sfide e stimolo per le Istituzioni.

Lo stile vuole essere informativo, semplice, ma al contempo esaustivo e rigoroso per tutti quegli aspetti che delle nuove Società della Salute più da vicino interessano il volontariato.

La speranza di fondo del Cesvot, nel progettare questa guida è che, anche un piccolo strumento informativo come questo, possa aiutare le organizzazioni di volontariato e generare in loro consapevolezza, riflessione, dibattito, stimolandone proposta e azione.

Le Società della Salute

1. L'integrazione socio-sanitaria. Un problema che viene da lontano

Da molti anni il sistema di welfare del nostro Paese fa i conti con la difficoltà di una piena e virtuosa integrazione fra i servizi di inclusione sociale e quelli di cura e assistenza sanitaria. E' questo forse un vizio d'origine che si è, nel tempo, sclerotizzato e che tutt'oggi soffre di un percorso normativo e operativo fondato su due architetture diverse, su culture professionali rigidamente separate, su strategie e politiche troppo a lungo divergenti.

Con la legge di riforma del sistema di assistenza (L. 328/2000) il legislatore nazionale, un attimo prima di transitare sanità e sociale nelle competenze delle Regioni con la nota riforma del Titolo V della Costituzione, indicò a chiare lettere la via da perseguire: la programmazione del sistema integrato dei servizi sociali non può prescindere dal coordinamento e dall'integrazione con gli interventi sanitari.

Il passaggio delle competenze alle Regioni ha tolto valore cogente alla legge 328/2000, lasciando le Regioni libere di realizzare propri modelli organizzativi. Le Società della Salute in Toscana nascono con l'intento di proporre una risposta significativa ed originale anche a queste esigenze di integrazione, dato che esse "rappresentano uno strumento per garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, maggior controllo della spesa, effettivo coinvolgimento e maggior soddisfazione degli operatori, maggior consenso della popolazione. ... L'unitarietà del sistema è garantita dalla unicità del soggetto erogatore." (Psr, 2002-2004)

2. Le Società della Salute. Le motivazioni

Le Società della Salute sono state introdotte in Toscana attraverso un periodo di sperimentazione avviato con il Piano Sanitario Regionale 2002-2004.

L'obiettivo, fin da allora dichiarato, è quello di intervenire, attraverso una nuova formulazione organizzativa, sul difficile campo dell'integrazione fra sistema sanitario e sistema socio-assistenziale.

Nel Piano Sanitario Regionale citato, si legge che "la Società della Salute si basa sulla garanzia dell'universalismo e dell'equità, senza alcuna selezione per livelli di rischio, per caratteristiche socio - economiche o demografiche, per capacità contributiva o per appartenenza etnica o ideologica e deve avere comunque carattere non lucrativo".

In questo quadro di sperimentazione grande enfasi viene data alla riscoperta del ruolo dei Comuni e della società civile: "la comunità locale, rappresentata dal Comune e articolata in tutte le componenti della società civile, diventa protagonista della tutela della salute e del benessere sociale" e ancora: "il Comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma 'partecipa' ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene a tutti gli effetti 'cogestore' dei servizi socio - sanitari territoriali.

L'obiettivo è indubbiamente ambizioso: "si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute."



Dopo una lunga e complessa sperimentazione, le Società della Salute sono andate a regime con la Legge Regionale n. 60 del 19 novembre 2008 che ha innestato questa nuova formula organizzativa nel contesto di complessiva revisione della precedente L.R. 40/2005 che disciplina il Servizio Sanitario Regionale della Toscana.

La Società della Salute. Schema giuridico

Che cos'è / Cosa fa

La Società della Salute è un consorzio. I soci sono stabiliti per legge (L.R. 60/2008): i Comuni compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto e l'Azienda Usl competente per territorio.

Secondo la legge istitutiva, la Società della Salute nasce per:

- a) consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie;
- b) assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- c) rendere la programmazione coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- d) promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale;
- e) sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze.

Operando dovrà riuscire ad assicurare:

- a) il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nella programmazione;
- b) la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;
- c) il controllo e la certezza dei costi;
- d) l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

E quindi i suoi compiti sono:

- 1) l'indirizzo e la programmazione strategica delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale;
- 2) la programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui al punto precedente;
- 3) l'organizzazione e la gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- 4) l'organizzazione e la gestione delle attività di assistenza sociale;
- 5) il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

Lo scenario

In Toscana le Aziende Usl territoriali sono 12: una in ogni provincia più l'Azienda Usl n. 11 Empoli e l'Azienda n. 12 Viareggio. Le zone-distretto sono 34. E' quindi ipotizzabile che possano nascere altrettante Società della Salute. Tuttavia questo non è reso obbligatorio dalla legge in quanto la costituzione del Consorzio "Società della Salute" avviene, per quanto riguarda i Comuni, per adesione volontaria con alcune condizioni prestabilite: perché nasca la SdS devono aderire non meno del 75 per cento dei Comuni di uno stesso ambito territoriale oppure l'insieme dei Comuni che rappresentino almeno il 75 per cento della popolazione. E' necessario, ovviamente, che sia presente anche l'adesione dell'Azienda USL competente per territorio.

Nel corso della sperimentazione (2004-2007) sono state costituite e divenute operative 18 Società della Salute. E' ragionevole pensare che nel corso del 2009 e al più tardi nel 2010, vengano costituite molte altre Società della Salute per i territori che non hanno partecipato al periodo di sperimentazione.

Mi riguarda?

Le Società della Salute sono un percorso innovativo e complesso. Gli obiettivi per i quali esse sono state progettate sono di grande interesse per il volontariato.

Inoltre, il processo di costituzione nascita e operatività della SdS interviene in maniera significativa sulla sua capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati in termini di universalità delle prestazioni, integrazione socio-sanitaria, efficienza ed efficacia della spesa. Tutti questi sono elementi di impatto straordinariamente importante per la qualità della vita e la coesione sociale di un territorio.

Senza dimenticare poi che il volontariato in Toscana è ormai un attore imprescindibile nella lettura e comprensione dei bisogni del territorio in cui opera.

Possiamo davvero pensare che tutto questo possa non interessarci?

La Società della Salute. Gli organi

Come è organizzata la SdS?

Gli organi del consorzio "Società della Salute" sono:

- Assemblea dei soci;
- Giunta esecutiva;
- Presidente;
- Direttore;
- Collegio sindacale.

L'**Assemblea dei soci** (cioè i Comuni aderenti e l'Azienda Usl) elegge il Presidente della SdS e la Giunta esecutiva alla quale detta gli indirizzi programmatici e le direttive per la loro esecuzione.

Inoltre l'Assemblea dei soci ha il compito di approvare:

- il Piano Integrato di Salute (Pis);
 - la relazione annuale sullo stato di salute;
 - il bilancio preventivo annuale e pluriennale e il rendiconto della gestione;
 - il regolamenti di accesso ai servizi;
- e ogni altro atto di programmazione che preveda impegni finanziari.

La **Giunta esecutiva** è formata da tre componenti e ne fanno parte il Presidente della SdS ed il Direttore Generale dell'Azienda Usl.

La Giunta esecutiva ha il compito della gestione amministrativa e di proporre, per la nomina da parte del Presidente, il Direttore della Società della Salute.

Il **Presidente** ha la rappresentanza legale della SdS e nomina, su proposta della Giunta esecutiva e d'intesa con il Presidente della Regione, il Direttore della Società della Salute.

Inoltre è compito del Presidente promuovere sugli atti di indirizzo e di programmazione la consultazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli organismi costituiti nella Società della Salute per favorire la partecipazione.

Infine spetta al Presidente il delicato compito di collegamento tra l'Assemblea dei soci e la Giunta esecutiva, garantendo l'unità delle attività della Società della Salute.

Il **Direttore** predisponde gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività, esercita la direzione amministrativa e finanziaria della Società della Salute. In particolare, oltre al Pis predisponde: lo schema della relazione annuale della SdS, il bilancio di previsione annuale e pluriennale, il programma delle attività ed il bilancio consuntivo.

Fra i suoi compiti vi è anche dare attuazione alle delibere degli altri organi e dirigere le strutture della SdS.

Nelle Società della Salute che gestiscono direttamente i servizi per i cittadini è obbligatorio istituire anche il **Collegio sindacale** il cui compito principale è il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione.

Lo scenario

Rispetto a quanto accaduto durante la sperimentazione, la legge 60/2008 non ha portato significative innovazioni negli organi delle Società della Salute. Tuttavia occorre ricordare che le SdS, nate nel periodo sperimentale, hanno avuto la possibilità di "personalizzare" il proprio modello di statuto e che quindi le attribuzioni e la composizione degli organi non è avvenuta per tutte secondo gli stessi criteri.

La nuova normativa vuole porre fine alle diversità mettendo alcuni paletti: composizione degli organi, loro compiti e attribuzioni, proprietà del capitale consortile, maggioranze per l'approvazione delle delibere.

E' facile immaginare che nel corso dei prossimi mesi molte delle SdS esistenti dovranno porre mano ai propri statuti per adempiere a quanto oggi imposto dalla legge regionale.

Mi riguarda?

Le organizzazioni di volontariato non entrano a far parte degli organi della Società della Salute, tuttavia la loro composizione non può essere loro indifferente. In particolare sarà molto importante la scelta che la Società della Salute farà per le funzioni di Presidente e di Direttore.

Il Presidente infatti ha fra le sue prerogative quella di promuovere la consultazione e la partecipazione del terzo settore agli atti di indirizzo e di programmazione. Non dicendo la legge niente più di questo è facile immaginare che molto dipenderà dalla sensibilità di chi verrà scelto per coprire tale ruolo.

Il Direttore invece costituisce l'interfaccia naturale per la gestione operativa dei servizi, è certamente la figura che maggiormente è chiamata a rapportarsi con le organizzazioni di volontariato che saranno coinvolte nelle diverse attività della Società della Salute.

Non bisogna infine dimenticare che il Direttore potrebbe anche essere scelto fra persone provenienti dalle organizzazioni di volontariato purché in possesso di diploma di laurea e con un'esperienza di almeno cinque anni di direzione tecnica o amministrativa nell'associazione.

La Società della Salute. Gli strumenti

Il piano integrato di salute

1. Il Piano Integrato di Salute (Pis) è lo strumento di programmazione delle politiche sanitarie e sociali a livello locale, dura tre anni e si attua attraverso programmi operativi annuali che possono anche fungere da aggiornamento del Pis stesso.

Il Pis definisce il profilo epidemiologico della comunità locale, con particolare attenzione alle condizioni di quelle persone che, per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali, sono a maggiore rischio a causa degli stili di vita, oppure che manifestano difficoltà di carattere culturale e organizzativo nell'accesso ai servizi, oppure ancora, che non vi possono accedere per barriere di carattere strutturale (es. percorsi, orari, ecc.).

Il Pis dichiara per la comunità locale, in coerenza con quanto stabilito dalla Regione, quali sono gli obiettivi di salute e di benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi. Per essi inoltre individua le azioni concrete per raggiungerli e le risorse disponibili.

Il Pis definisce, in coerenza con la programmazione regionale, la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio e il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali.

Infine il Pis provvede anche ad attivare gli strumenti di valutazione per misurare il raggiungimento degli obiettivi specifici dichiarati per quella zona.

Il Pis è composto da programmi e da progetti operativi:

- i programmi individuano gli obiettivi e le risorse disponibili per la loro realizzazione;
- i progetti specificano le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi previsti dai programmi.

Il procedimento di formazione del Pis prevede il raccordo con i Comuni e la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre organizzazioni del terzo settore.

Lo scenario

Il Piano Integrato di Salute (Pis) è il documento principale attraverso il quale si sviluppa il sistema di welfare locale. La legge ha individuato i principali contenuti del Pis, ma starà ad un successivo documento della Giunta regionale indicare le specifiche linee guida per la sua predisposizione.

Nel corso della sperimentazione i Pis prodotti dalle Società della Salute sono stati anche molto diversi fra loro per dimensione e qualità dell'approfondimento. In futuro sarà più difficile che ciò accada.

Durante la sperimentazione poi, i PIS sono stati prodotti dalle Società della Salute in tempi diversi. Nel 2008 e nel 2009, in attesa che la legge di riforma venisse approvata, i Pis esistenti e ormai scaduti, sono entrati in regime di proroga dove tuttora permangono. Per il futuro è logico attendersi che i Pis non verranno approvati prima della fine del 2010 o, come appare più probabile, nel corso del 2011, poiché si dovranno necessariamente raccordare con quanto contenuto nel Piano Regionale sanitario e sociale integrato che non vedrà la luce prima della prossima legislatura (2010-2015).

Mi riguarda?

Il Piano Integrato di Salute (Pis) descrive gli obiettivi di salute della comunità e stabilisce quali interventi vengono posti in essere dalle pubbliche amministrazioni per raggiungere tali obiettivi. Nel Piano sono indicati i servizi, i destinatari e gli attori che realizzeranno tali servizi.

In Toscana il volontariato è impegnato da sempre nella produzione di servizi per la comunità. Negli ultimi anni in maniera crescente i servizi spontaneamente offerti dalle organizzazioni di volontariato si sono diffusi e rafforzati grazie alla condivisione e al sostegno dato dai Comuni e dalle Aziende Usl.

Non conoscere il Pis, non contribuire a realizzarne gli obiettivi e i contenuti, non integrare le proprie attività con l'intervento pubblico, non avrebbe solo il significato di tornare indietro di molti anni, ma costituirebbe certamente anche uno spreco di risorse, una duplicazione di servizi, una pretesa di auto-referenzialità e la presunzione di poter risolvere i problemi da soli.

Il Pis ha estremamente bisogno del volontariato: della sua sensibilità e capacità di ascolto, della sua diffusione capillare, della sua prossimità ai bisogni delle persone e delle famiglie, della sua spontaneità e gratuità d'impegno.

La Società della Salute. La programmazione

Che cos'è / Perché?

La programmazione è un meccanismo che la pubblica amministrazione adotta per compiere, in un dato periodo, le principali scelte di governo dei processi economici, sociali e territoriali.

L'art. 46 dello Statuto della Regione Toscana indica la programmazione come "il metodo dell'attività regionale" che ne determina gli obiettivi pluriennali e annuali. Lo Statuto lascia alle leggi il compito di disciplinare con quali atti si realizzi, con quali procedure, quali siano le funzioni degli organi regionali, degli enti locali e delle organizzazioni rappresentative della società toscana nonché di determinare le forme di partecipazione dei cittadini alla stessa.

Con tali premesse la Regione Toscana ha costruito in questi anni, non solo un sistema di programmazione, ma un vero e proprio modello di governance basato su cooperazione, sussidiarietà, condivisione degli obiettivi, responsabilità diffuse, raccordo fra livello centrale e locale, quest'ultimo in particolare fondato su un rapporto inclusivo fra soggetti pubblici e privati.

La legge 49/1999 prevede tre strumenti di programmazione principali:

- a) **Programma regionale di sviluppo** (Prs), valido per l'intera legislatura, che indirizza l'attività di governo della Regione;
- b) **Documento di programmazione economica e finanziaria** (Dpef), prodotto annualmente, che collega le scelte programmatiche della Regione con le risorse finanziarie disponibili;
- c) **Piani e programmi settoriali** (es. il Piano Sanitario Regionale o il Piano Regionale di Sviluppo Economico) che costituiscono, per i diversi settori di riferimento, l'articolazione operativa del Prs e del Dpef.

La programmazione decentrata è un momento essenziale del processo di programmazione regionale. Una Regione articolata e diversificata come la Toscana richiede la messa a punto di un sistema integrato su due tipi di approcci:

- a) *dal centro ai territori*, inteso come stimolo della Regione al sistema delle realtà territoriali, economiche e sociali;
- b) *dai territori al centro*, inteso come capacità dei soggetti locali di proporre azioni e interventi in grado di contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali.

Lo scenario

La Regione Toscana ha portato a compimento nell'attuale legislatura 2005-2010 un sistema di programmazione delle politiche e degli interventi che abbraccia l'intero arco delle sue competenze istituzionali. Il sistema si basa su un duplice livello: quello centrale attuato dalla Regione e quello locale attuato dalle Province, dai Comuni e dalle altre pubbliche amministrazioni coinvolte (es. le Aziende Usl).

Il processo di programmazione toscana è fortemente incentrato su modelli partecipativi che coinvolgono in modi e fasi diverse anche i soggetti privati.

Lo strumento principe di tale coinvolgimento è la concertazione: un processo che favorisce la cooperazione e l'interazione fra soggetti diversi su obiettivi condivisi di interesse collettivo coerenti con gli obiettivi del Programma Regionale di Sviluppo.

In prospettiva, l'attivazione di specifici e continui momenti di partecipazione genereranno un'ulteriore evoluzione del processo concertativo a favore di una crescente co-responsabilizzazione di tutti gli attori pubblici e privati nelle scelte di governo.

Mi riguarda?

Per poter contribuire fattivamente ai processi di programmazione è fondamentale avere la capacità di "vedere oltre" sviluppando una visione d'insieme dei bisogni della comunità. In questo modo le organizzazioni di volontariato potranno partecipare, con competenza e responsabilità, alle decisioni che determinano le priorità d'intervento.

Il volontariato ha spesso difficoltà ad "uscire dal guscio" delle proprie esperienze, a saper superare le proprie convinzioni e a saper confrontare le proprie competenze specifiche. Per essere veri attori di programmazione al servizio della comunità, le organizzazioni di volontariato dovranno essere capaci di confrontarsi fra loro e con il resto del terzo settore per condividere una "visione" del benessere della propria comunità traducibile in programmi, azioni, risultati.

Co-programmare significa anche assumere e condividere responsabilità verso l'intera comunità.

La Società della Salute. La partecipazione

Che cos'è / Perché?

La legge 60/2008 indica tre forme di partecipazione nella Società della Salute: due dirette alle organizzazioni (*Comitato di Partecipazione* e *Consulta del Terzo Settore*), una che chiama in causa direttamente i cittadini anche in forma non organizzata.

In ciascuna Società della Salute viene istituito il *Comitato di Partecipazione*, i cui membri sono espressione di organizzazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi oppure dell'associazionismo di tutela e di promozione e sostegno attivo. Caratteristica comune è comunque che i membri del Comitato non provengano da organizzazioni che siano erogatrici di prestazioni sociali o sanitarie.

I compiti del *Comitato di Partecipazione* sono:

- avanzare proposte per gli atti di programmazione;
- esprimere un parere sulla proposta di Pis e sullo schema di relazione annuale della SdS;
- esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate in rapporto ai bisogni e sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti;
- redigere un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi di welfare locale.

Per fare questo il *Comitato di Partecipazione* ha il potere di accedere ai dati statistici e richiedere specifiche analisi e approfondimenti al Direttore della SdS.

In ciascuna Società della Salute viene istituita anche la *Consulta del Terzo Settore* dove sono rappresentate le organizzazioni del volontariato e del terzo settore più rilevanti sul territorio e che operano in campo sanitario e sociale. Nella Consulta si ritrovano in pratica quelle organizzazioni (associazioni, cooperative, fondazioni, ecc.) che, erogando servizi, sono escluse dal *Comitato di Partecipazione*.

La *Consulta del Terzo Settore* ha come compito di proporre progetti per la definizione del Pis.

Infine la legge 60/2008 introduce con grande enfasi la partecipazione dei cittadini anche in forma non organizzata. La Società della Salute promuove la partecipazione dei cittadini e degli operatori alle sue scelte. Tale partecipazione, secondo la legge, si sviluppa attraverso l'attività di comunicazione da parte della SdS dei dati epidemiologici necessari ad accrescere la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita e della salubrità dell'ambiente sulla salute. Tali dati saranno disponibili in rete e i cittadini potranno avvalersi anche di operatori della SdS per poter acquisire approfondimenti e ulteriori indicazioni.

Sempre allo scopo di realizzare partecipazione, la SdS metterà a disposizione locali per incontri pubblici, convegni e seminari sulla salute, sull'organizzazione sanitaria e sulla promozione di corretti stili di vita. La SdS, inoltre, potrà organizzare assemblee pubbliche su temi inerenti la salute e sul funzionamento del sistema sanitario, provvedendo anche alla pubblicizzazione di tali eventi per favorire la partecipazione di tutti i cittadini.

Infine sarà compito di ogni SdS promuovere ogni anno due "agorà della salute", eventi pubblici aperti alla popolazione nei quali la legge impone, in almeno una delle due occasioni, la presenza degli assessori regionali di riferimento.

Lo scenario

Il *Comitato di Partecipazione* e la *Consulta del Terzo Settore* erano organismi già presenti nella fase di sperimentazione delle SdS. Molte SdS hanno trovato difficoltà a dare continuità operativa a questi organismi e questo in particolare per il Comitato per il quale talvolta si è rivelato anche difficile individuare i componenti vista la rara presenza sul territorio toscano di organizzazioni che non svolgano attività di servizio a beneficio della comunità. Il nuovo testo normativo non ovvia a queste difficoltà per cui è presumibile che queste si potranno verificare anche in futuro.

Per ciò che riguarda la *Consulta del Terzo Settore*, va sottolineato che, nel corso della sperimentazione, ad essa era affidato anche il compito di esprimere pareri preventivi sul PIS, compito che oggi viene invece affidato esclusivamente al Comitato di Partecipazione. Al di là del significato intrinseco di questa modifica, rimangono comunque numerosi punti interrogativi anche sul significato della presenza nella Consulta solo delle organizzazioni che, come dice la legge, "siano presenti in maniera rilevante nel territorio".

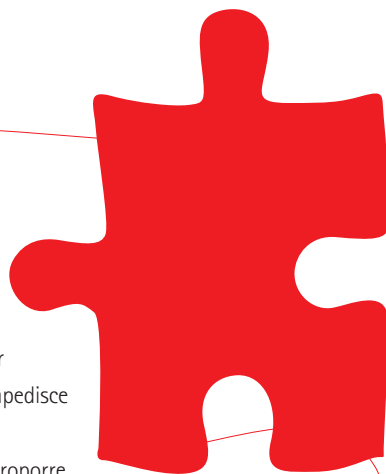
Nella pratica, durante la sperimentazione, molte SdS hanno adottato criteri di grande inclusione verso tutte le organizzazioni di volontariato del territorio. Questo però ha portato a non piccole difficoltà di sintesi. E' probabile, stante il contenuto non chiaramente definito della norma, che si verifichino anche grandi differenze interpretative da territorio a territorio.

Mi riguarda?

Le organizzazioni di volontariato, durante la sperimentazione, sono entrate a far parte della *Consulta del Terzo Settore*, mai del *Comitato di Partecipazione*. Ciò è dovuto principalmente al fatto che le organizzazioni di volontariato in Toscana, da sempre, nascono ed operano anzitutto per produrre servizi alla comunità e ciò, come detto, costituisce elemento che impedisce loro l'ingresso nel Comitato.

Tuttavia, oggi che la legge affida alla Consulta esclusivamente il compito di proporre progettualità, è giusto interrogarsi su come (e dove) il volontariato possa svolgere la sua naturale funzione di difesa degli interessi dei più deboli (advocacy) visto che le funzioni di giudizio e di tutela dei cittadini vengono tutte affidate al lavoro del *Comitato di Partecipazione*.

Occorrerà, dunque, che le organizzazioni di volontariato non solo acquisiscano quella capacità di "visione d'insieme" che permetta loro di cogliere i bisogni complessivi della comunità anche oltre la propria specifica esperienza di servizio (vedi il box "Mi riguarda" sul tema della programmazione), ma anche che sappiano trovare nuovi luoghi di costruzione di analisi e di proposte da portare in modo libero e autonomo all'attenzione degli amministratori responsabili della programmazione del welfare locale.



Glossario

Attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria: tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Bisogni di salute: i bisogni di salute sono il principale determinante della domanda di assistenza sanitaria e influiscono direttamente sulla quantificazione delle risorse ad essa destinate. La capacità di misurare il bisogno di salute diventa quindi un elemento rilevante della programmazione sanitaria.

Consorzio: giuridicamente è un contratto di tipo associativo che si stipula fra individui o enti con doveri e diritti uguali e per un fine determinato e comune.

Determinanti di salute: tutti quei fattori che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita di un individuo. I principali determinanti di salute sono: i fattori socio-economici, gli stili di vita, lo stato e le condizioni dell'ambiente, l'eredità genetica e i servizi sanitari.

Integrazione socio-sanitaria: è il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra le politiche sociali e le politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale: tutto ciò che riguarda la diagnosi della malattia, la sua cura e l'assistenza del malato.

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: tutte quelle prestazioni di competenza delle Aziende Usl ed a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali.

Profilo epidemiologico: descrizione dello stato di salute di una popolazione e dei possibili fattori di rischio che possono causare l'insorgenza di patologie.

Strutture semi-residenziali e residenziali: sono dette semi-residenziali le strutture aperte solo durante il giorno per sei giorni alla settimana dove si svolgono interventi terapeutici, riabilitativi, risocializzanti (es. i centri diurni). Le strutture in cui invece è concessa la permanenza notturna e che quindi curano l'assistenza per 24h sono dette residenziali (es. residenze sanitarie assistite).

Zona-distretto: è una articolazione territoriale dell'Azienda sanitaria che assicura alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale ad elevata integrazione sanitaria. In Toscana ci sono 34 zone-distretto distribuite nei territori di competenza delle 12 Aziende Usl: Azienda Usl 1 Massa Carrara, Azienda Usl 2 Lucca, Azienda Usl 3 Pistoia, Azienda Usl 4 Prato, Azienda Usl 5 Pisa, Azienda Usl 6 Livorno, Azienda Usl 7 Siena, Azienda Usl 8 Arezzo, Azienda Usl 9 Grosseto, Azienda Usl 10 Firenze, Azienda Usl 11 Empoli, Azienda Usl 12 Viareggio.

Cassetta degli attrezzi

Riferimenti normativi

Statuto della Regione Toscana
L.R. Toscana n. 49/1999 (e successive modificazioni) "Norme in materia di programmazione regionale"
L.R. Toscana n. 1/2005 "Norme per il governo del territorio"
DPGR n. 51/R del 2/11/2006
Programma Regionale di Sviluppo (Prs) 2006-2010
Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) 2007-2010
Piano Sanitario Regionale (Psr) 2008-2010
L.R. Toscana n. 60/2008 "Disciplina del servizio sanitario regionale"

Sitografia generale

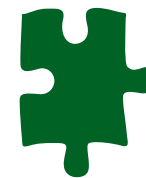
www.regione.toscana.it/legislazioneeprogrammazione/comunicati/
www.regione.toscana.it/salute/guida/
www.regione.toscana.it/salute/serviziosanitarioregionale/index.html
www.salute.toscana.it/sst/programmazione.shtml
www.salute.toscana.it/sst/societa_salute.shtml

I siti delle Società della Salute

Firenze www.sds.firenze.it
Fiorentina Nordovest www.sds-nordovest.fi.it
Fiorentina Sudest www.sds-sudest.fi.it
Mugello www.sds mugello.it
Empolese <http://servizi.usl11.tos.it/sviluppo/portalenw/sdse/index.php>
Valdarno Inferiore <http://servizi.usl11.tos.it/sviluppo/portalenw/sdsv/index.php>
Pisana www.sds.zonapisana.it
Valdera www.sds.valdera.it
Alta Val di Cecina www.usl5.toscana.it/cgi-bin/sds-avc/index.pl
Valdinievole www.usl3.toscana.it/sdsnew/index.asp
Pratese www.sds.prato.it
Bassa Val di Cecina www.sdsbassavaldicecina.it
Val di Cornia www.usl6.toscana.it/sds/comuni.asp
Val di Chiana Senese www.usl7.toscana.it/index.php?module=CMpro&func=viewpage&pageid=730&vpage=path
Casentino www.casentino.toscana.it/sds/h
Colline Metallifere www.societasalute-collinemetallifere.it

Le SdS Lunigiana, Valdarno (Ar) e Amiata Grossetana non hanno attualmente un proprio sito internet, si riportano pertanto i relativi recapiti di contatto:

SdS Lunigiana - Piazza della Vittoria, 54011 Aulla (Ms)
SdS Amiata Grossetana - Via Dante Alighieri 10, 58033 - Casteldel piano (Gr)
SdS Valdarno c/o Azienda Usl 8 - Via Curtatone 54, 52100 Arezzo



Indice

Premessa

Patrizio Petrucci, presidente Cesvot1

Le Società della Salute

1. L'integrazione socio-sanitaria. Un problema che viene da lontano 3
2. Le Società della Salute. Le motivazioni 3

La Società della Salute. Schema giuridico

Che cos'è / Cosa fa 5
Lo scenario 6
Mi riguarda? 6

La Società della Salute. Gli organi

Come è organizzata la SdS? 7
Lo scenario 8
Mi riguarda? 8

La Società della Salute. Gli strumenti

Il piano integrato di salute9
Lo scenario10
Mi riguarda?10

La Società della Salute. La programmazione

Che cos'è / Perché?11
Lo scenario12
Mi riguarda?12

La Società della Salute. La partecipazione

Che cos'è / Perché?13
Lo scenario 14
Mi riguarda?14

Glossario15

Cassetta degli attrezzi

Riferimenti normativi16
Sitografia generale16
I siti delle Società della Salute16

Note

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

