

Disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana

Premessa

La legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 e successive modifiche e integrazioni, “Disciplina del servizio sanitario regionale” ha istituito le Società della Salute in Toscana.

La Società della Salute (SdS) è una delle più importanti e sostanziali innovazioni politico-istituzionali di integrazione socio-sanitaria, che pone la Regione Toscana in un punto avanzato della integrazione delle politiche per la salute. Lo scopo principale è quello di costruire un “luogo unitario” per il governo istituzionale, professionale ed associato per la gestione dei servizi territoriali per la salute. Il legislatore toscano ha scelto di costituire un soggetto pubblico che riunisce le competenze detenute separatamente dagli enti locali e dalle aziende USL, realizzando una sinergia concreta tra l’ente locale e l’azienda stessa. Si può definire il modello “Società della Salute” come una forma evoluta del distretto socio-sanitario, nella quale le attività sociali, le attività sanitarie e le attività sociosanitarie si fondono, perseguendo una integrazione non solo a livello politico-istituzionale, ma anche direzionale e professionale.

Attraverso l’operatività delle SdS si perseguono i seguenti obiettivi:

- favorire le politiche di salute in tutti gli atti di programmazione degli enti locali;
- assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- rendere la programmazione delle attività territoriali più coerente con i bisogni di salute della popolazione e promuovere l’innovazione organizzativa, tecnica e gestionale;
- sviluppare l’attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione, lo sviluppo della sanità di iniziativa, il potenziamento del ruolo della medicina convenzionata e delle cure primarie.

Mediante le SdS sono perseguibili, inoltre, ulteriori vantaggi economici: infatti, attraverso l’integrazione tra i servizi sociali dei Comuni con i servizi socio-sanitari, si innesca un meccanismo di economia di scala grazie al quale si riducono i costi di personale e si opera in ambito di dimensione ottimale per la gestione dei servizi.

Inquadramento normativo

Occorre chiarire che la succitata LR 40/2005 ha istituito le Società della Salute in forma di consorzi, “*ai sensi della vigente normativa in materia di enti locali*”, tra l’azienda sanitaria competente per territorio ed i comuni compresi nell’ambito territoriale di una medesima zona-distretto.

L’art. 2, comma 186, lettera e) della legge finanziaria statale 2010 (legge 23 dicembre 2009 n. 191, come modificata dal DL 25 gennaio 2010, n. 2, convertito con L. 42/2010) prevede, però, la soppressione dei consorzi di funzioni tra gli enti locali, con assunzione da parte dei comuni “*delle funzioni già esercitate dai consorzi soppressi e delle relative risorse e con successione ai medesimi consorzi in tutti i rapporti giuridici e ad ogni altro effetto*”. Tale disposizione, secondo il dettato normativo, si applica a decorrere dal 2011, e per tutti gli anni a seguire, ai singoli enti per i quali ha luogo il primo rinnovo del rispettivo Consiglio, con efficacia dalla data del medesimo rinnovo.

Il decreto legge 78/2010, convertito in legge 122/2010, anticipa, invece, alcuni importanti contenuti della riforma delle autonomie locali, ed in particolare:

- definisce come funzioni fondamentali dei comuni quelle elencate dall'art. 21, comma 3 della legge 42/2009 (legge delega sul federalismo);
- per i comuni fino a 5.000 abitanti, prevede che le funzioni fondamentali siano obbligatoriamente esercitate in forma associata, tramite convenzione o unione di comuni;
- statuisce che i comuni capoluogo di provincia o con popolazione superiore a 100.000 abitanti non sono obbligati all'esercizio delle funzioni in forma associata.

Dalle disposizioni predette deriva, pertanto, che le funzioni fondamentali dei comuni, tra le quali si annoverano le funzioni sociali, possono essere svolte esclusivamente da questi ultimi, in forma singola o associata. La norma prevede, ancora, che la disposizione in esame si applica entro il termine che sarà definito con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Avverso l'art. 2, comma 186, lett. a) ed e) della legge finanziaria 2010, la Regione Toscana ha promosso specifico ricorso dinanzi alla Corte Costituzionale per contrasto della norma con gli articoli 114, 117, commi 2, 3, 4 e 6, art. 118 e art. 119 della Costituzione; a seguito del ricorso predetto la Corte Costituzionale ha pronunciato la sentenza n. 326/2010.

La sentenza non entra nel merito del ricorso, dichiarando la mera inammissibilità della questione di costituzionalità per sopravvenuto difetto di interesse all'impugnazione, poiché la materia è stata innovata da uno *ius superveniens* rappresentato dal DL 2/2010. Ne deriva che la sentenza della Corte nulla dispone in merito alle SdS e che, pertanto, le SdS ed i relativi atti dalle stesse adottati sono tuttora pienamente validi e conformi alla legge.

Unitamente a quanto premesso, è da evidenziarsi che il quadro giuridico al momento non appare affatto consolidato. Infatti:

- alla data odierna non risulta ancora adottato il DPCM, di cui al comma 31 dell'art. 14 del DL 78/2010, che individua il termine entro il quale i comuni sono tenuti ad assicurare l'attuazione della normativa introdotta dal DL stesso;
- è in fase di approvazione (approvato alla Camera il 30 giugno 2010 e trasmesso al Senato il 2 luglio 2010) il c.d. DDL Calderoli (atto Camera n. 3118 e atto Senato n. 2259), con il quale il legislatore individua le funzioni fondamentali dei comuni, semplifica l'ordinamento regionale e degli enti locali e modifica il TUEL 267/2000.

Appare di fondamentale importanza, infine, sottolineare che in riferimento alla corretta interpretazione del termine di entrata in vigore dell'art. 2, comma 186, lettera e) della legge finanziaria statale 2010 (che prevede la soppressione dei consorzi di funzioni a partire dal 2011, e per tutti gli anni a seguire, ai singoli enti per i quali ha luogo il primo rinnovo del rispettivo Consiglio, con efficacia dalla data del rinnovo medesimo) la sezione regionale Piemonte della Corte dei Conti, mediante la delibera del 17 dicembre 2010 n. 101, ha espressamente disposto che *“il termine enti, che appare volutamente generico, riferendosi a più fattispecie diverse fra loro, in quella, che qui interessa, di cui alla lettera e) del comma 186, non può che indicare, secondo un'interpretazione logico-sistematica, i singoli consorzi oggetto della prescrizione. Pertanto essa si applicherà, e produrrà i propri effetti, a decorrere dal primo rinnovo, a partire dal 2011 e per tutti gli anni a seguire, del consiglio di amministrazione del consorzio interessato”*.

Più recentemente la Corte dei Conti Sezione Regionale di Controllo per la Lombardia, con parere espresso nella delibera n. 125 della camera di consiglio 03.03.2011, ha adottato una ragione interpretativa che, rispetto alla precedente (nel parere viene peraltro citata la suddetta Delibera n. 101/2010 della Corte dei Conti Piemontese), si potrebbe definire pragmatico-deduttiva. Nella Delibera si afferma che:

“laddove la tempistica delle soppressioni dei consorzi di funzioni fosse legata a quella dei rinnovi dei consigli degli enti locali di riferimento, emergerebbero evidenti criticità essendo il consorzio

una forma associativa ove coesistono enti che hanno differenziate scadenze degli organi. Si potrebbero, infatti, verificare casi di comuni che – interessati dal rinnovo – siano costretti ad uscire dal consorzio di cui facevano parte, mentre quest'ultimo permane quale soggetto essendo composto anche da altre civiche amministrazioni non coinvolte dalla tornata elettorale”. Ribadendo al tempo stesso anche un'interpretazione logico-sistematica equivalente a quella piemontese, la Corte dei Conti lombarda conclude pertanto che “la normativa in oggetto trova, quindi, applicazione a decorrere dal primo rinnovo, a partire dal 2011 e per tutti gli anni a seguire, del consiglio di amministrazione del consorzio interessato”.

Sulla base delle due deliberazioni si desume l'attendibilità di un'interpretazione giurisprudenziale che, per ragioni sia logico-sistematiche che pragmatico-deduttive, applica la prescrizione in oggetto dal 2011 ad ogni rinnovo del CdA del consorzio interessato.

Nel presupposto che i connotati fondamentali del CdA, citato dalle predette delibere, sia sostanzialmente l'elezione diretta dei membri da parte dell'assemblea consortile e la natura prettamente tecnica ed operativa del ruolo del CdA, si deve ritenere che l'organo delle SdS che corrisponde al CdA sia la Giunta Esecutiva.

Pertanto, nelle more della definizione del quadro normativo nazionale in materia e alla luce delle recenti predette delibere della sezioni regionali Piemonte e Lombardia della Corte dei Conti, si ritiene opportuno proseguire nel processo di consolidamento e strutturazione delle SdS e sono quindi fornite le presenti disposizioni operative delle SdS.

A. Funzioni e risorse

1. Funzioni di governo, programmazione e controllo

(LR 40/2005 e smi, art. 71 bis, comma 3, lettere a, b, e)

Alle Società della Salute sono assegnate le funzioni di:

- programmazione strategica e indirizzo delle attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza territoriale previsti dal Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR), nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;
- programmazione attuativa annuale delle attività definite dal punto precedente, inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le Aziende USL in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie;
- controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

Al fine di esercitare queste funzioni senza duplicare le responsabilità direzionali tra Società della Salute e Aziende USL, le attribuzioni proprie del responsabile di zona–distretto vengono obbligatoriamente assegnate al direttore della Società della Salute, che assume gli obiettivi annuali della SdS e della Azienda USL.

Per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, le Società della Salute si avvalgono, senza duplicazioni, delle risorse strumentali messe a disposizione dagli enti associati. A questo scopo assumono rilevanza gli accordi di avvalimento¹ che le SdS possono stipulare con gli enti associati e le convenzioni che le SdS possono stipulare con gli ESTAV regionali.

Disposizioni attuative

1.1. Le Società della Salute costituiscono le strutture operative necessarie alle funzioni amministrative, di supporto agli organi e per lo svolgimento dei compiti di programmazione, secondo le previsioni del proprio regolamento di organizzazione. Tali strutture organizzative prevedono una dotazione organica idonea a svolgere le seguenti attività, nel rispetto del principio di non duplicazione delle funzioni, principio al quale devono rigorosamente attenersi:

- attività amministrative e di supporto: supporto al lavoro degli organi della Società della Salute, convocazioni, verbalizzazione, procedure, atti deliberativi, gestione corrispondenza e rapporti istituzionali; attività di segreteria, protocollo, archiviazione, gestione privacy, sicurezza; comunicazione, gestione immobili/ investimenti, gestione del personale, ufficio legale e attività giuridica, ecc.
- svolgimento dei compiti di programmazione: redazione Piano Integrato di Salute (PIS), Profilo di salute, Programma operativo annuale; atti relativi alla partecipazione, Consulta del terzo settore e Comitato di partecipazione, Agorà della salute; atti relativi alle relazioni sindacali, concertazione, ecc.
- attività contabili e di controllo: bilancio, contabilità generale e analitica, budget, controllo di gestione, negoziazione e gestione obiettivi.

I costi di tali strutture sono a carico della Società della Salute e, fatta salva ogni diversa previsione delle convenzioni costitutive o di altri successivi accordi sottoscritti dagli enti associati (previsione registrata nel bilancio), vengono sostenuti per 1/3 dalla Azienda USL e per 2/3 dai comuni, secondo i criteri utilizzati dai singoli statuti delle SdS per determinare le quote di partecipazione dei comuni

¹ In base ad un parere del Consiglio di Stato del 2003, l'“avvalimento” o “utilizzo” è la tipica relazione attributiva in forza della quale un soggetto utilizza le capacità organizzative e tecniche insediate in altro apparato organizzativo, pur conservando la titolarità e l'esercizio della funzione, così da determinare un particolare tipo di aggregazione tra due strutture.

all'ente. Da tali strutture organizzative sono escluse le attività amministrative di supporto alla eventuale erogazione di servizi socio-sanitari o socio-assistenziali per conto degli enti associati.

Tempi di attuazione: nell'ambito del regolamento di organizzazione, da definire entro 5 mesi dall'approvazione del presente atto, le SdS effettuano la ricognizione delle funzioni necessarie ad esplicitare le attività di cui all'art. 71 quindicies, comma 5; definiscono con opportuno provvedimento le strutture organizzative necessarie per espletare tali funzioni, nonché la loro dotazione organica e/o le forme di avvalimento eventualmente attivate con gli enti associati.

1.2. Le Società della Salute, per lo svolgimento di attività di supporto alle funzioni istituzionali loro attribuite, sviluppano accordi con gli enti associati, o tra di loro, per avvalersi di competenze e prestazioni, secondo i modi e le procedure ivi individuati.

Tali accordi regolano i rapporti tra gli enti associati e la SdS con riferimento a:

- attività amministrative, servizi generali e di supporto, quali indicativamente:
 - attività di supporto per la contabilità generale e analitica, e per il controllo di gestione
 - acquisizione beni e servizi
 - gestione patrimonio
 - gestione personale
 - gestione sistemi informativi e informatici
 - attività di tutela giuridica e legale
- attività di coordinamento: gli enti associati mettono a disposizione le proprie strutture organizzative per i compiti di programmazione della SdS, allo scopo di integrare le strutture della SdS, quelle dei comuni associati e il Comitato di coordinamento della zona-distretto, per realizzare le migliori sinergie da mettere a disposizione delle funzioni esercitate.

Tempi di attuazione: entro 6 mesi dall'approvazione del presente atto, le Società della Salute concludono l'accordo di avvalimento con i propri enti associati.

1.3. Per lo svolgimento di attività di supporto alle funzioni istituzionali loro attribuite, le Società della Salute, a regime, possono sviluppare specifici accordi con l'ESTAV di riferimento per i servizi definiti dall'art. 101, comma 1 della LR 40/2005:

- approvvigionamento di beni e servizi;
- gestione dei magazzini e della logistica;
- gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche;
- gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
- gestione delle procedure concorsuali e selettive in materia di personale;
- gestione giuridica ed economica del personale.

A questi servizi si possono aggiungere eventuali ulteriori servizi che le Aziende USL, singolarmente o nell'ambito di accordi di Area Vasta, abbiano già attribuito agli ESTAV.

Le Società della Salute possono integrare le materie di tali accordi con altri servizi, la cui valorizzazione è determinata dai singoli rapporti sviluppati con gli ESTAV.

Tali accordi, così come eventuali ulteriori prestazioni integrative, saranno oggetto di specifica remunerazione, la cui valorizzazione verrà successivamente definita sulla base delle effettive esigenze manifestate dalle SdS.

Tempi di attuazione: entro 4 mesi dall'approvazione del presente atto, le strutture competenti della Giunta regionale rendono disponibile apposito schema-tipo per la stipula degli accordi sopra richiamati, che dovranno essere conclusi entro il 31 dicembre 2011.

La Giunta regionale valuta altresì la possibilità di stipulare direttamente accordi con i tre ESTAV, aventi ad oggetto i servizi sopra richiamati nei confronti delle SdS.

1.4. Per le attività di prevenzione ed educazione alla salute, le funzioni attribuite alle SdS dall'art. 71 bis, comma 1, lettera e della LR 40/2005, comprendono anche gli interventi sui determinanti di salute non sanitari e necessitano di uno sviluppo certo e graduale delle interazioni tra Società della Salute, Aziende USL e comuni. Le azioni e i programmi sviluppati in queste materie devono trovare specifico rilievo negli atti di programmazione delle SdS e, in particolare, nei Piani integrati di salute.

1.5. L'ammontare del compenso del direttore SdS è onnicomprensivo e viene stabilito dalla Giunta esecutiva nel rispetto del limite massimo di cui all'art. 71 novies della LR 40/2005. Nel computo rientra anche l'integrazione del compenso finalizzato alla formazione.

Tempi di attuazione: le Società della Salute applicano le disposizioni del punto 1.5. entro 3 mesi dall'approvazione del presente atto.

1.6. Nel caso in cui la Società della Salute abbia attivato la convenzione con l'Azienda USL, per le funzioni regolate all'art. 71 bis, comma 3, lettere c-d, l'Azienda USL sostiene il 50% dei costi complessivi del direttore della Società della Salute per le funzioni che questa figura esercita come responsabile della zona-distretto; la Società della Salute sostiene l'altro 50% dei costi, di cui 1/3 a carico dell'Azienda USL e 2/3 a carico dei comuni, ripartiti secondo i criteri utilizzati dai singoli Statuti SdS per determinare le quote di partecipazione dei comuni all'ente. Pertanto, il compenso del direttore SdS sarà così quantificato: il 66,5 % a carico dell'Azienda ed il 33,5% a carico dei comuni.

Tempi di attuazione: le Società della Salute applicano le disposizioni del punto 1.6. entro 3 mesi dall'approvazione del presente atto.

1.7. Nel caso in cui la Società della Salute attui le funzioni regolate all'art. 71 bis, comma 3, lettere c-d in forma diretta, l'Azienda USL sostiene il 50% dei costi complessivi del direttore della Società della Salute per le funzioni che questa figura esercita come responsabile della zona-distretto; il 25% è sostenuto dai comuni per le funzioni che il direttore SdS esercita come responsabile dei servizi sociali; il restante 25% rimane a carico dei soci della SdS, che contribuiscono a tale spesa nella misura di 1/3 da parte della Azienda USL e di 2/3 da parte dei comuni.

La ripartizione tra i comuni avviene secondo i criteri stabiliti dai singoli Statuti SdS per determinare le quote di partecipazione dei comuni all'ente. Pertanto, il compenso del direttore SdS sarà così quantificato: il 58,33% a carico dell'Azienda USL ed il 41,67% a carico dei comuni.

Tempi di attuazione: le Società della Salute applicano le disposizioni del punto 1.7. entro 3 mesi dall'approvazione del presente atto.

2. Funzioni di organizzazione e gestione delle attività di assistenza

(LR 40/2005, art. 71 bis, comma 3, lettere c-d)

Alle Società della Salute sono assegnate le funzioni di organizzazione e gestione delle attività ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, insieme alle funzioni di organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale.

Per i soggetti aderenti, le Società della Salute gestiscono unitariamente le funzioni relative all'art. 71 bis, comma 3, lettere c-d della LR 40/2005, in forma diretta oppure tramite convenzione con l'Azienda USL e, per le funzioni di cui alla lettera d, si avvale di un soggetto istituito dagli enti aderenti prima del 1° gennaio 2008, ai sensi del comma 6 del medesimo articolo.

Fino all'approvazione del PSSIR, le Società della Salute possono attivare la gestione diretta delle attività di assistenza sociale individuate al punto 3 della deliberazione del Consiglio regionale 11 novembre 2009, n.69 e delle attività socio-sanitarie, relative esclusivamente alla non autosufficienza e alla disabilità, secondo quanto previsto dal medesimo punto 3 della predetta deliberazione, adottata, ai sensi dell'art. 142 bis, comma 5 della LR 40/2005.

Disposizioni attuative

2.1. I conferimenti dei comuni aderenti vengono stabiliti annualmente, secondo criteri individuati dagli enti aderenti, indicando gli oneri di ogni natura a carico di ciascun ente associato, riferiti al finanziamento dei servizi di assistenza sociale come classificati attualmente dal Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regione Toscana (DGR 580/2009) e delle attività sociali a rilevanza sanitaria di cui all'art. 3 septies, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, relative ai settori della non autosufficienza e della disabilità, nonché agli altri settori che saranno definiti dal PSSIR.

Al fine di determinare il finanziamento destinato alle SdS, i comuni, secondo criteri individuati, quantificano le risorse destinate alle attività di assistenza sociale definite dal Nomenclatore regionale sopra richiamato, e le risorse destinate all'assistenza delle persone non autosufficienti o disabili; tali risorse devono comprendere anche le quote sociali relative alle attività residenziali e semiresidenziali, le risorse relative a qualsiasi forma di assistenza domiciliare, le valorizzazioni complete del personale che afferisce a tali settori e ogni altra componente dei bilanci comunali, annuali e pluriennali, relativa ai settori definiti dall'art. 71 bis, comma 3, lettere c-d della LR 40/2005, inclusi quindi i costi di gestione e manutenzione ordinaria degli immobili strumentalmente utilizzati per tali attività e affidati in comodato d'uso gratuito alla SdS.

Tempi di attuazione: i comuni avviano un processo di graduale adeguamento alla disposizione del punto 2.1, che deve prevedere comunque entro il 31 ottobre 2011 la quantificazione delle risorse ed entro il 31 dicembre 2011 l'avvio delle procedure di trasferimento.

2.2. I conferimenti dell'Azienda USL associata vengono stabiliti annualmente in riferimento alle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e alle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, relative ai settori della non autosufficienza e della disabilità, nonché degli altri settori che saranno definiti dal PSSIR. Al fine di determinare il finanziamento destinato alle SdS, l'Azienda USL quantifica le risorse destinate alle attività per le persone non autosufficienti o disabili; tali risorse devono comprendere anche le quote sanitarie relative alle attività residenziali e semiresidenziali, le risorse relative a qualsiasi forma di assistenza domiciliare, le valorizzazioni complete del personale che afferisce a tali settori e ogni altra componente del bilancio aziendale relativa ai settori definiti dall'art. 71 bis, comma 3, lettera c della LR 40/2005, limitatamente alla non autosufficienza e alla disabilità, inclusi quindi i costi di gestione e manutenzione ordinaria degli immobili strumentalmente utilizzati per tali attività e affidati in comodato d'uso gratuito alla SdS.

Tempi di attuazione: le Aziende USL avviano un processo di graduale adeguamento alla disposizione del punto 2.2, che deve prevedere comunque entro il 31 ottobre 2011 la quantificazione delle risorse ed entro il 31 dicembre 2011 l'avvio delle procedure di trasferimento.

2.3. Ciascun ente associato può conferire alla SdS la gestione e la realizzazione di ulteriori attività decise nei limiti delle materie disciplinate dai singoli Statuti, che saranno finanziate a parte e regolate in apposita convenzione.

In particolare si richiama l'obbligo degli enti alla messa a norma degli immobili messi a disposizione e all'attuazione dei Piani pluriennali degli investimenti già deliberati, che potranno eventualmente essere gestiti dalla SdS tramite apposita convenzione.

2.4. A regime, i conferimenti di cui ai punti 2.1 e 2.2 devono essere comunque attribuiti dagli enti aderenti alle Società della Salute, indipendentemente dalla forma scelta per la produzione dei servizi e delle attività, forma diretta oppure convenzionamento con l'Azienda USL.

Nel secondo caso il bilancio delle SdS svolge comunque almeno tre funzioni:

- riunisce tutti i finanziamenti destinati alle attività di assistenza sociale della zona-distretto secondo il sistema contabile economico-patrimoniale;
- costituisce il fondo zonale per la non autosufficienza, integrando le risorse dei fondi finalizzati di origine regionale o nazionale con quelle utilizzate negli stessi settori dall'Azienda USL e dai comuni secondo gli art. 2 e 4 della LR 66/08;
- coordina contestualmente l'insieme delle risorse provenienti dalle altre fonti di finanziamento della Società della Salute.

2.5. Le SdS predispongono il bilancio preventivo entro il 31 dicembre di ogni anno.

L'utilizzo delle risorse regionali attribuite annualmente alle SdS deve essere rendicontato entro il 30 giugno dell'anno successivo. Per le risorse attribuite nel 2010, il termine per la rendicontazione è fissato al 30 settembre 2011. La mancata rendicontazione entro i termini previsti determina la impossibilità a concedere la premialità aggiuntiva del direttore della SdS.

Ai fini della rendicontazione è richiesta l'attestazione della spesa effettuata.

Le SdS predispongono il bilancio di esercizio e lo trasmettono all'assemblea dei soci che lo approva entro il 30 giugno di ogni anno.

2.6. Fatto salvo quanto già previsto al punto 1.2, i comuni, relativamente alla quantificazione delle risorse di cui al precedente punto 2.1, effettuano la ricognizione del proprio personale afferente ai settori relativi all'assistenza sociale, come definiti dal Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regione Toscana (DGR 580/2009) e ai settori relativi all'assistenza per le persone non autosufficienti e disabili; determinano la valorizzazione di detto personale e, laddove gli stessi comuni aderenti abbiano deliberato di attivare in capo alla Società della Salute la gestione diretta delle attività di cui all'art. 71 bis, comma 3, lettera d della LR 40/2005, ne definiscono le modalità di assegnazione temporanea alla Società della Salute cui aderiscono.

La Società della Salute utilizza, per la valorizzazione economica del personale assegnato temporaneamente, i criteri applicati dai rispettivi enti di appartenenza. Tali criteri devono comunque prevedere ogni aspetto relativo ai costi di pertinenza di detto personale.

La dotazione di detto personale è rilevata al netto dei pensionamenti e della mobilità annuale, che vanno compensati alla Società della Salute dal singolo ente associato interessato, fatti salvi i vincoli derivanti dalla norme vigenti e dalla programmazione dell'ente.

Tempi di attuazione: entro il 31 ottobre 2011 le singole SdS operano la ricognizione delle funzioni e delle dotazioni necessarie ad esplicare le attività di cui all'art. 71 bis, comma 3, lettera d della LR 40/2005 e compongono il repertorio delle relative strutture organizzative.

I comuni, entro il 31 dicembre 2011, avviano un processo di graduale adeguamento a regime sulla base delle modalità e dei tempi che saranno definiti con le organizzazioni sindacali (OOSS). Tale processo sarà accompagnato da un confronto a livello regionale con le OOSS regionali, volto a definire, a parità di risorse complessive, le modalità di attuazione di quanto sopra richiamato,

prevedendo, ove necessario, la realizzazione di un adeguato percorso formativo per l'aggiornamento professionale del personale coinvolto nella funzione assistenziale, ivi compreso quello amministrativo.

2.7. Fatto salvo quanto già previsto al punto 1.2, le Aziende USL, relativamente alla quantificazione delle risorse di cui al punto 2.2, effettuano la ricognizione del proprio personale afferente ai settori relativi all'assistenza delle persone non autosufficienti e disabili; determinano la valorizzazione di detto personale e, nel caso della gestione diretta da parte della Società della Salute, ne definiscono le modalità di assegnazione temporanea alla Società della Salute a cui aderiscono.

La Società della Salute utilizza, per la valorizzazione economica del personale assegnato temporaneamente, i criteri applicati dai rispettivi enti di appartenenza. Tali criteri devono comunque prevedere ogni aspetto relativo ai costi di pertinenza di detto personale.

La dotazione di detto personale è rilevata al netto dei pensionamenti e della mobilità annuale, che vanno compensati alla Società della Salute dal singolo ente associato interessato, fatti salvi i vincoli derivanti dalla norme vigenti e dalla programmazione dell'ente.

Tempi di attuazione: entro il 31 ottobre 2011 le singole SdS effettuano la ricognizione delle funzioni e delle dotazioni necessarie ad esplicare le attività di cui all'art. 71 bis, comma 3, lettera c, e compongono il repertorio delle relative strutture organizzative.

Entro il 31 dicembre 2011, le Aziende USL avviano un processo di graduale adeguamento a regime sulla base delle modalità e dei tempi che saranno definiti con le OOSS. Tale processo, sarà accompagnato da un confronto a livello regionale con le caratteristiche e le finalità già richiamate al punto 2.6.

2.8. Ciascuna Società della Salute organizza il personale individuato nei precedenti punti 2.6 e 2.7, secondo il fabbisogno determinato dagli appositi strumenti attivati con i propri regolamenti, con l'obbligo di integrare in maniera completa il personale assegnato dagli enti associati in strutture organizzative omogenee e unitarie, senza produrre costi aggiuntivi per il sistema locale o per quello regionale.

2.9. In riferimento alle indicazioni dei punti 2.1, 2.2, 2.6 e 2.7, sono fatte salve altre diverse modalità transitorie di attivazione della funzione di gestione operativa per le SdS di più recente costituzione (specifici accordi e/o protocolli operativi tra SdS, comuni e Azienda USL associata, disciplinanti le modalità di coordinamento e integrazione organizzativa delle strutture operative della zona-distretto).

2.10. Nell'ambito delle norme definite dalla LR 40/2005 le Società della Salute possono provvedere al reclutamento diretto del personale necessario a coprire il fabbisogno accertato, dovendo comunque assicurare l'indispensabile equilibrio finanziario. Il reclutamento viene effettuato attraverso bandi di interesse interni agli enti associati, ovvero, qualora non siano state reperite le necessarie competenze all'interno degli enti associati, attraverso l'assunzione diretta da parte delle Società della Salute, nei limiti dei vincoli normativi e di bilancio. A tale scopo le SdS utilizzano l'ESTAV di riferimento secondo le modalità definite nel precedente punto 1.6.

2.11. In merito a quanto stabilito ai punti precedenti sul personale, nel corso dei mesi in cui le SdS devono effettuare la ricognizione delle funzioni necessarie, occorre procedere ad una necessaria verifica e approfondimento di quanto già attivato ad oggi nella fase di sperimentazione, senza assumere ulteriori iniziative, in attesa delle determinazioni che deriveranno dal confronto tra le parti a livello regionale, al fine di consolidare un'azione comune a riguardo sul territorio toscano.

2.12. Relativamente agli immobili e alle risorse strumentali da mettere a disposizione della SdS i comuni e le Aziende USL effettuano la ricognizione entro il 31 ottobre 2011.

Il conferimento in comodato d'uso gratuito avviene previa messa a norma degli immobili o la stipula di un apposito accordo per la realizzazione di un piano di manutenzione straordinaria e messa a norma, definendo le risorse da attribuire alla SdS per sostenere gli oneri relativi all'attuazione del piano di manutenzione ordinaria e dei costi di gestione.

B. Programmazione delle Società della Salute

Il Piano integrato di salute (PIS) è l'atto con cui la Società della Salute realizza le sue finalità; è definito, per quanto concerne i contenuti, dall'art. 21 della LR 40/2005 e, per quanto concerne le modalità di approvazione da parte degli organismi della Società della Salute, dal successivo art. 71 sexies.

La Società della Salute utilizza il PIS, assieme agli altri strumenti previsti dalla legge, per assolvere alle funzioni assegnate dall'art. 71 bis, comma 3 e dall'art. 71 ter; nelle articolazioni interne del PIS (profilo di salute; programma operativo pluriennale e annuale; strumenti di valutazione) devono trovare corrispondenza le funzioni proprie delle SdS così come stabilite dalla legge, in particolare:

- la definizione degli obiettivi di salute e benessere, compresa la prevenzione primaria;
- la definizione delle azioni attuative con la relativa programmazione operativa;
- l'attivazione di strumenti di valutazione.

Disposizioni attuative

1. Entro 2 mesi dall'approvazione del presente atto, la Regione definisce il set minimo di indicatori ed il format per la valutazione dei PIS, nonché uno schema di convenzione da sottoscrivere negli ambiti zonalari tra Aziende USL, Società della Salute e amministrazioni provinciali per favorire il lavoro degli osservatori, di cui alla LR 41/2005, e renderlo meglio utilizzabile ai fini della programmazione integrata.

2. In attesa del nuovo PSSIR:

- tutti i PIS zonalari esistenti estendono la loro vigenza fino all'approvazione del nuovo Piano sociale e sanitario integrato regionale, previo aggiornamento del programma attuativo per il 2011;
- gli ambiti zonalari ancora sprovvisti del PIS, dispongono entro 3 mesi dall'approvazione del presente atto, almeno il Profilo di salute ed il Piano attuativo 2011.

3. Entro 4 mesi dall'approvazione del nuovo PSSIR tutti gli ambiti zonalari dovranno approvare i nuovi PIS, in mancanza dei quali non saranno attivabili i trasferimenti di risorse. I PIS adottati a seguito della approvazione del PSSIR si uniformano pertanto nella loro vigenza e si allineano al periodo di vigenza del PSSIR. I PIS tengono conto anche degli obiettivi aziendali in materia di prevenzione e di educazione alla salute.

La Regione, in concomitanza con l'approvazione del nuovo PSSIR e previa condivisione in Conferenza regionale delle SdS, definisce le linee guida per la costituzione dei PIS.

4. La Regione si impegna a:

- coordinare la realizzazione di azioni formative tese ad accompagnare le SdS nella fase di elaborazione e strutturazione dei PIS, con l'ausilio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ed il Laboratorio Management e Sanità (MeS), nell'ambito dei rapporti disciplinati dall'allegato 6 al Piano Sanitario Regionale 2008/2010, con il contributo dell'Osservatorio regionale sulle SdS, ai sensi della DGR 964/2010;
- verificare la coerenza dei singoli PIS zonalari con il nuovo PSSIR.

C. Sistemi Informativi

Nell'ambito di una strategia complessiva, la Regione ha predisposto strumenti di raccolta di dati aggregati per avere fin da subito risposte tempestive a bisogni di conoscenza; inoltre ha definito le componenti essenziali, ovvero il contenuto informativo e le regole di interoperabilità dei sistemi e di scambio dei dati, per consentire l'integrazione di tutti gli attori/enti coinvolti nella gestione dei percorsi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Il principio generale che dovrà guidare lo sviluppo di un'architettura di sistema informativo omogenea ed unitaria in ambito regionale, è quello dell'ottimizzazione e della razionalizzazione delle risorse. Occorre evitare duplicazioni di strumenti, mentre è indispensabile mettere a "sistema" le soluzioni già presenti, valorizzando il patrimonio informatico e informativo esistente e realizzando l'integrazione dei diversi componenti con l'effettiva interoperabilità dei domini applicativi.

Disposizioni attuative

1. L'art. 101 della LR 40/2005 assegna agli ESTAV competenze anche in materia di sistemi informativi e tecnologie informatiche; gli stessi ESTAV sono individuati quali enti preposti alla erogazione dei servizi in ambito di sistema informativo e tecnologie informatiche anche per le Società della Salute, secondo i seguenti principi generali:

- unitarietà di progettazione e gestione dei sistemi informativi e delle tecnologie informatiche;
- valorizzazione del patrimonio informatico ed informativo esistente;
- supporto alla reingegnerizzazione dei processi e promozione dell'innovazione;
- impiego di risorse condivise in una logica di ottimizzazione;
- superamento della frammentazione e della duplicazione delle informazioni mediante l'integrazione dei sistemi;
- condivisione, misurazione e controllo dei livelli di servizio specifici della funzione.

I rapporti tra le Società della Salute e gli ESTAV sono regolati da apposita convenzione come già determinato nel precedente punto 1.3.

2. Lo sviluppo del sistema informativo di interesse delle Società della Salute è articolato nelle seguenti aree d'intervento:

- gestione informatizzata ed integrata dell'utente e dei suoi percorsi socio assistenziali e sociosanitari;
- gestione informatizzata di ulteriori servizi sociali comunali eventualmente trasferiti;
- gestione informatizzata delle funzioni tecnico-amministrative;
- sviluppo del sistema informativo a supporto della funzione di programmazione, valutazione e controllo.

Per quanto riguarda la "gestione dell'utente" le materie di competenza delle Società della Salute fino all'approvazione del PSSIR sono limitate alle attività di assistenza sociale, come definite nell'allegato A della DGR 580/2009 (Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali), e alle funzioni relative alla non autosufficienza e alla disabilità, assegnate alle Società della Salute dalla DCR 69/2009.

Tempi di attuazione: gli ESTAV e le SdS (o la Regione, qualora si proceda con accordo unico a livello regionale) stipulano la necessaria convenzione nei tempi di cui al punto 1.3; negli stessi tempi gli ESTAV (se del caso, con la Regione) determinano le risorse necessarie, sulla base del

fabbisogno individuato da parte delle SdS, e definiscono il dettaglio delle priorità con riferimento alle attività da realizzare a breve termine, al fine di consentire l'avvio operativo delle Società della Salute compatibilmente con l'effettiva disponibilità presso gli ESTAV delle risorse umane individuate.

3. Il programma di sviluppo del sistema informativo di interesse delle Società della Salute è supportato da due coordinamenti in cui dovranno essere rappresentati tutti gli enti coinvolti, affiancati da specifiche competenze in ambito giuridico, fiscale o in altri ambiti, qualora necessario:

- Coordinamento Regionale, che identifica le linee di programmazione e ne monitorizza l'attuazione. Esso è composto da tre rappresentanti degli enti associati nelle Società della Salute, da un rappresentante del settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche della DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Giunta regionale, dal responsabile del Dipartimento ICT di ciascun ESTAV, dal direttore di una SdS per ciascuna Area Vasta.
- Coordinamento di Area Vasta, che identifica il fabbisogno specifico per ciascuna area e attua il programma d'interventi. Esso è composto da tre rappresentanti degli enti associati nelle Società della Salute, dal rappresentante del Dipartimento ICT di ESTAV, da un rappresentante delle SdS per ciascuna Azienda USL compresa nell'Area Vasta.

D. Formazione

Nel corso del 2011 viene attivato un programma formativo già finanziato dalla Regione Toscana, destinato ad amministratori, direttori e componenti degli staff di direzione utilizzando la proposta formativa affidata alla Scuola Superiore Sant'Anna con il Laboratorio MeS, con la supervisione del relativo Comitato scientifico.

La formazione delle altre figure professionali operanti nelle Società della Salute potrà essere realizzata anche attraverso la collaborazione con università ed enti di alta formazione presenti sul territorio toscano.

Disposizioni attuative

1. Direzioni delle Società della Salute: il percorso formativo è orientato al miglioramento delle competenze manageriali e professionalizzanti attraverso l'integrazione dei due percorsi formativi citati in precedenza e già attivati dalla Regione (facendo riferimento in particolare agli aspetti comportamentali e della leadership, alla gestione del personale, dei gruppi e dei conflitti, ai principi di bilancio e contabilità dei costi, nonché agli strumenti per la definizione del Profilo di salute e del PIS, con particolare attenzione ai processi di inclusione delle popolazioni ad alto bisogno assistenziale e con scarso accesso ai servizi).

2. Strutture direzionali delle Società della Salute: queste strutture saranno coinvolte nel percorso di stabilizzazione e nella soluzione dei problemi attraverso il confronto, l'approfondimento e la ricerca sulle principali tematiche di competenza delle SdS.

3. A partire dal 2011, e comunque successivamente alla fase di assegnazione temporanea degli assistenti sociali territoriali da parte dei comuni e delle Aziende USL, sarà attivato un percorso formativo che favorisca l'integrazione organizzativa ed operativa di tali figure professionali.

E. Comunicazione e Informazione

Il processo di consolidamento delle Società della Salute, rende necessario realizzare un'azione di accompagnamento e sostegno di tipo informativo e di comunicazione, volta a far emergere il valore aggiunto che l'approccio intersettoriale delle Società della Salute rappresenta per i cittadini in termini di salute, assistenza, accesso ai servizi e partecipazione.

E' necessario che si creino collegamenti con le attività già sviluppate nel sistema Carta dei servizi del SSR, in particolare:

- le attività di informazione tramite gli URP degli enti associati: come indicato nel PSR 2008/2010 (par. 8.1.2), occorre attivare forme di coordinamento e integrazione tra i punti informativi e di accesso delle Aziende USL, dei comuni e delle Società della Salute, per facilitare un uso appropriato dei servizi e favorire una rete di informazione operativa sul territorio toscano;
- la guida dei servizi sanitari inviata a tutte le famiglie toscane;
- i finanziamenti regionali per lo sviluppo di call center, sportelli polifunzionali;
- il progetto regionale "Sistema centralizzato per l'erogazione di informazioni e servizi ai cittadini", che tramite una procedura di gara di ambito regionale doterà le Aziende USL di una stessa piattaforma tecnologica con monitor e totem/touch screen multimediali.

Disposizioni attuative

1. Organizzazione del sistema- Al fine di pianificare un'attività di comunicazione coordinata fra livello locale e regionale, la rete dei referenti della comunicazione delle Aziende USL e dei comuni della Toscana viene implementata con i soggetti di riferimento delle SdS, laddove esistenti.

Tempi di attuazione: entro 3 mesi dall'approvazione del presente atto sarà effettuata l'analisi dei risultati del censimento attivato in tutte le SdS, sulla esistenza di strumenti e soggetti dedicati alla comunicazione, per individuare le possibili sinergie ed evitare duplicazioni.

2. Coordinamento identitario- In analogia a quanto realizzato con le Aziende USL territoriali si prevede di realizzare un lay out grafico che, se pur non incidendo sui loghi attuali delle SdS, metta ordine e ricomponga le attuali modalità e favorisca il riconoscimento sul territorio regionale, da parte dei cittadini, della fonte emittente della comunicazione.

3. Contenuto integrato- L'attività di comunicazione deve essere ancorata alla concretezza dei programmi e alla valorizzazione delle Società della Salute quale punto di riferimento reale per i cittadini sul territorio, anche attraverso l'individuazione di tematiche comuni che favoriscano la comunicazione di sistema regionale.

F. Partecipazione

Il sistema regionale ha sviluppato diverse forme di partecipazione a partire dal sistema Carta dei servizi del SSR, che si ispira ai principi della centralità del cittadino e della tutela dei suoi diritti (DGR 697/2003). In questo ambito si è sviluppato l'Osservatorio regionale carta dei servizi sanitari; il sistema di tutela (DGR 462/2004, DGR 392/2006), le indagini di qualità, il Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute (DGR 1075/2001).

A livello delle Aziende USL operano comitati di partecipazione che riuniscono rappresentanti dei cittadini e categorie di malati.

Diventa ora necessario coordinare i vari organismi di partecipazione che operano sul territorio, a livello aziendale o delle SdS, in modo da rendere sinergici i loro interventi e mettere in condivisione le best practice. Per le tematiche di carattere più generale è opportuno attivare anche forme di coordinamento a livello di Area Vasta e regionale.

A questo scenario si aggiunge la LR 69/2007 sulla partecipazione, che promuove sul territorio forme di partecipazione democratica, mettendo a disposizione finanziamenti ad hoc per progetti locali ed un supporto metodologico.

Per quanto riguarda poi l'esercizio della tutela, le procedure devono essere definite nell'ambito di percorsi chiari e univoci per cittadino, evitando duplicazioni di ruoli e funzioni.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 94 del 01/02/2010, il decreto dirigenziale n. 1979 del 22/04/2010 e la firma del Protocollo d'Intesa tra Regione Toscana e Fondazione Volontariato e Partecipazione, è stato avviato il progetto "Società della Salute, terzo settore, partecipazione".

Il progetto si avvale della collaborazione tra Fondazione Volontariato e Partecipazione e Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Pisa, con la supervisione della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana. Nell'attuazione del progetto sarà coinvolta anche la Scuola Superiore S. Anna di Pisa ed il Laboratorio MeS.

Il progetto è finalizzato a:

- verificare lo stato ed i dispositivi effettivi della partecipazione nelle SdS;
- coadiuvare la Regione nell'accompagnamento del processo di cambiamento delle pratiche di governo locale del settore socio-sanitario;
- comparare gli assetti istituzionali e le pratiche partecipative dei contesti del governo locale del settore socio-sanitario in alcune regioni italiane ed europee.

Disposizioni attuative

1. Nella prima fase del progetto sono previste le seguenti attività:

- costruzione del frame teorico-metodologico del progetto;
- costituzione di Comitato di pilotaggio (con la partecipazione di tre direttori delle Società della Salute) e Comitato scientifico del progetto;
- indagine esplorativa in relazione a:
 - elementi strutturali della partecipazione nelle SdS
 - percorso delle SdS in Toscana: lo stato dell'attuazione ed i nodi aperti
 - SdS e gli attori della partecipazione in Toscana: lo stato ed i nodi aperti
 - i comuni ed i percorsi partecipativi delle SdS
- preparazione e realizzazione primo forum aperto del progetto.

Tempi di attuazione: 3 mesi dall'approvazione del presente atto.

2. Nella seconda fase del progetto sono previste le seguenti attività:

- accompagnamento alla redazione delle Linee guida sulla partecipazione nelle SdS;
- approfondimento di ricerca su alcune SdS (ricerca-azione):
 - Percorso A, I processi istituzionali della partecipazione
 - Percorso B, La dinamica dei rapporti istituzioni-territorio
- Preparazione e realizzazione di un convegno pubblico di presentazione dei risultati.

Tempi di attuazione: 31 dicembre 2011.

3. Nella terza fase del progetto sono previste:

- definizione partecipata di indicatori di efficacia in relazione alla partecipazione nelle SdS;
- analisi comparativa:
 - la partecipazione nelle politiche sociali di 3 città/regioni europee
 - la partecipazione nelle politiche sociali di 3 Regioni italiane
- scambio di esperienze, convegno finale e diffusione dei risultati.

Tempi di attuazione: 31 Marzo 2012.

G. Coordinamento tecnico delle Società della Salute

Al fine di garantire il governo tecnico delle SdS è istituito presso la Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale il Coordinamento tecnico delle SdS. Il Coordinamento è composto dai responsabili delle Aree di coordinamento costituite nell'ambito della DG, dai direttori delle SdS/ responsabili delle zone-distretto e da un direttore sanitario per ogni Area Vasta ed è presieduto dal responsabile dell'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale. Alle riunioni del coordinamento è invitato un rappresentante per ciascuna dei seguenti soggetti: ANCI, UNCEM ed UPI.

Il Coordinamento tecnico delle SdS svolge un ruolo di raccordo e supporto alle istituzioni, relativamente al processo di consolidamento e di sviluppo del sistema delle Società della Salute.

A tal proposito il Coordinamento tecnico si potrà avvalere delle attività realizzate dall'Osservatorio sulle Società della Salute, così come previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 964/2010, in particolare per l'accompagnamento delle amministrazioni comunali nell'implementazione dell'operatività delle Società della Salute secondo le indicazioni fornite dall'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale.

H. Valutazione delle performance delle SdS e incentivazione dei direttori

La LR 40/2005, all'art. 2 definisce il termine valutazione, quale *“il complesso degli strumenti che la regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati”*.

Negli articoli successivi si definiscono soggetti, obiettivi e livelli in cui si declina il processo di valutazione nel contesto socio-sanitario regionale. All'art. 10 si afferma che alla Giunta regionale spetta il compito di individuare *le procedure e le modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:*

- a) i risultati complessivi delle Aziende USL e delle Società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione;*
- b) i risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;*
- b-bis) i risultati specifici raggiunti dalle Società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale;*
- c) la qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza.*

Il PSR 2008-2010, prorogato per il 2011, prevede all'allegato 6 che tale funzione sia svolta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. In linea con quanto definito nella LR 40/2005, le SdS e le zone-distretto hanno adottato dal 2007 il sistema di valutazione della performance in coerenza con quello delle Aziende USL toscane. Tale strumento risulta fondamentale per attivare i processi di innovazione permettendo, attraverso il confronto delle performance tra le Aziende USL e le Società della Salute, di individuare le *good practices*.

La presentazione dei dati in *benchmarking* tra le realtà aziendali della Toscana facilita infatti il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

Tale approccio consente di valutare da una parte i risultati raggiunti del sistema socio-sanitario regionale, dall'altra di valutare i risultati e gli obiettivi specifici delle realtà che lo compongono.

Il Laboratorio MeS rende disponibile ogni anno un report di valutazione delle SdS/ zone-distretto e nel corso dell'anno prevede momenti di scambio e condivisione del sistema di valutazione stesso con le direzioni delle SdS/ zone-distretto, mettendo a disposizione una piattaforma web relativa al sistema di valutazione delle SdS.

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana ha previsto, fin dal 2006, l'integrazione con il sistema di incentivazione delle direzioni generali delle Aziende USL e ospedaliero-universitarie, prevista dall'art. 37 della legge n. 40/2005. Requisito essenziale per la realizzazione i piani strategici triennali regionali sanitari e sociali integrati è la coerenza degli obiettivi ai diversi livelli di programmazione.

Per il 2009 il sistema di incentivazione ha previsto, in via sperimentale, anche obiettivi riguardanti l'operato dei direttori delle SdS, correlati alla funzione di responsabili della zona distretto, allineando dunque progressivamente tale sistema a quello aziendale.