

**NUOVE ISTITUZIONI  
PER L'ASSISTENZA  
SOCIO-SANITARIA**

**Principali esperienze  
nazionali ed estere**

a cura di  
**Gilberto Muraro  
Vincenzo Rebba**

**FrancoAngeli**

ECONOMIA - *Ricerche*

---



**NUOVE ISTITUZIONI  
PER L'ASSISTENZA  
SOCIO-SANITARIA**

**Principali esperienze  
nazionali ed estere**

**a cura di  
Gilberto Muraro  
Vincenzo Rebba**

**FrancoAngeli**

Il presente volume è frutto del lavoro svolto nell'ambito del Programma di Ricerca PRIN "Aspetti territoriali della tutela sanitaria e socio-sanitaria: bisogni di assistenza e problemi organizzativi e finanziari dei servizi", coordinato da Gilberto Muraro (Unità di ricerca dell'Università di Padova) e finanziato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca.

È stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Economiche "M. Fanno" dell'Università degli Studi di Padova

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:*

1. l'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. l'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).  
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. l'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscellanee, raccolte, o comunque opere derivate.

## INDICE

<b>Legenda delle sigle e abbreviazioni</b>	pag. 7
<b>Introduzione</b> , di <i>Gilberto Muraro e Vincenzo Rebba</i>	» 11
<b>1. La collaborazione tra aziende sanitarie ed enti locali per la promozione della salute: aspetti giuridici</b> , di <i>Alessia Meggiolaro</i>	» 25
<b>2. L'esperienza dei Piani per la Salute in Emilia-Romagna</b> , di <i>Rita Canu e Vincenzo Rebba</i>	» 62
<b>3. Le Società della Salute in Toscana</b> , di <i>Gilberto Muraro, Vincenzo Rebba e Chiara Marcomini</i>	» 135
<b>4. Esperienze estere di collaborazione tra aziende sanitarie e comunità locali nell'assistenza socio-sanitaria</b> , di <i>Vincenzo Rebba</i>	» 196
<b>5. Osservazioni conclusive sui Piani per la Salute e sulle Società della Salute</b> , di <i>Gilberto Muraro e Vincenzo Rebba</i>	» 255



## LEGENDA DELLE SIGLE E ABBREVIAZIONI

<b>ACHI</b>	Association for Community Health Improvement (Stati Uniti; cap. 4).
<b>ADI</b>	Assistenza domiciliare integrata.
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Francia; cap. 4).
<b>ANCI</b>	Associazione Nazionale Comuni italiani.
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie (Francia; cap. 4).
<b>ARPA</b>	Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente (Regione Emilia-Romagna; cap. 2).
<b>ASL</b>	Azienda Sanitaria Locale.
<b>ASP</b>	Azienda pubblica di Servizi alla Persona (Regione Emilia-Romagna; cap. 2).
<b>ATC</b>	Azienda Trasporti Consorziali di Bologna (cap. 2).
<b>AUSL</b>	Azienda Unità sanitaria locale.
<b>AULSP</b>	Azienda unitaria locale dei servizi alla persona (Regione Veneto; cap. 1).
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Olanda; cap. 4).
<b>BGOP</b>	Better Government for Older People (Inghilterra; cap. 4).
<b>CAPP</b>	Centro Analisi Politiche Pubbliche, Università di Modena e Reggio Emilia.
<b>c.c.</b>	Codice civile (cap. 1).
<b>CCM</b>	Comitato Consultivo Misto (Regione Emilia-Romagna; cap. 2).
<b>CCN</b>	Community Care Network (Stati Uniti; cap. 4).
<b>CCNPPS</b>	Centre de Collaboration Nationale Politiques Publiques et Santé (Québec; cap. 4).
<b>CeVEAS</b>	Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria, AUSL di Modena.
<b>CFP</b>	Centro Formazione Professionale.
<b>CHSGS</b>	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (Québec; cap. 4).
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée (Québec; cap. 4).
<b>CLSC</b>	Centres locaux de services communautaires (Québec; cap. 4).

<b>COM</b>	Commissione Europea (cap. 1).
<b>Cost</b>	Costituzione italiana (cap. 1).
<b>CSIP</b>	Care Services Improvement Partnership (Inghilterra; cap. 4).
<b>CSSS</b>	Centres de santé et de services sociaux (Québec; cap. 4).
<b>CST</b>	Council for Science and Technology (Regno Unito; cap. 4).
<b>CT</b>	Care Trust (Inghilterra; cap. 4).
<b>CTSS</b>	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (Regione Emilia-Romagna; cap. 2).
<b>CUPLA</b>	Comitato Unitario Pensionati Lavoro Autonomo.
<b>DCLG</b>	Department of Communities and Local Government (Inghilterra; cap. 4).
<b>DCR</b>	Delibera del Consiglio Regionale.
<b>Ddl</b>	Disegno di legge.
<b>DGR</b>	Delibera della Giunta Regionale.
<b>DH</b>	Department of Health (Inghilterra; cap. 4).
<b>D.lgs.</b>	Decreto Legislativo.
<b>DPCM</b>	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.
<b>DPEF</b>	Documento di Politica Economica e Finanziaria.
<b>DPR</b>	Decreto del Presidente della Repubblica.
<b>EBA</b>	Entitat de Base Associativa (Catalogna, Spagna; cap. 4).
<b>EPA</b>	Environmental Protection Agency (Stati Uniti; cap. 4).
<b>EPHIA</b>	European Policy Health Impact Assessment (cap. 4).
<b>ESTAV</b>	Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (Regione Toscana; cap. 3).
<b>FSR</b>	Fondo Sanitario Regionale.
<b>GAST</b>	Gestione attività sanitarie territoriali.
<b>GP</b>	General Practitioner (Inghilterra; cap. 4).
<b>HA</b>	Health Authorities (Inghilterra; cap. 4).
<b>HAZ</b>	Health Action Zone (Inghilterra; cap. 4).
<b>HDA</b>	Health Development Agency (Inghilterra; cap. 4).
<b>HIA</b>	Health Impact Assessment.
<b>HIP</b>	Health Improvement Programme (Inghilterra; cap. 4).
<b>HMG</b>	Her Majesty's Government (Inghilterra; cap. 4).
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization (Stati Uniti; cap. 4).
<b>HRET</b>	Health Research & Educational Trust (Stati Uniti; cap. 4).
<b>ICN</b>	Integrated Care Network (Inghilterra; cap. 4).
<b>ICP</b>	Integrated Care Pilot (Inghilterra; cap. 4).
<b>IHN</b>	Integrated Healthcare Network (Stati Uniti; cap. 4).
<b>ILOP</b>	Independent Living for Older People (Inghilterra; cap. 4).
<b>IPA</b>	Independent Practice Association (Stati Uniti; cap. 4).
<b>L.</b>	Legge.

<b>LAA</b>	Local Area Agreement (Inghilterra; cap. 4).
<b>LDP</b>	Local delivery plan (Inghilterra; cap. 4).
<b>LEA</b>	Livelli essenziali di assistenza.
<b>LINKs</b>	Local Involvement Networks (Inghilterra; cap. 4).
<b>LIVEAS</b>	Livelli essenziali delle prestazioni sociali.
<b>LPSA</b>	Local Public Service Agreement (Inghilterra; cap. 4).
<b>LR</b>	Legge Regionale.
<b>LSP</b>	Local Strategic Partnership (Inghilterra; cap. 4).
<b>Ltc</b>	Long-term care.
<b>MIUR</b>	Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca.
<b>MVZ</b>	Medizinische Versorgungszentren (Germania; cap. 4).
<b>NDC</b>	il New Deal for Communities (Inghilterra; cap. 4).
<b>NHS</b>	National Health Service (Inghilterra; cap. 4).
<b>NICE</b>	National Institute for Clinical Excellence (Inghilterra; cap. 4).
<b>OCSE</b>	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (vedi OCSE).
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità.
<b>OPAG</b>	Older People's Advisory Group (Inghilterra; cap. 4).
<b>PAL</b>	Piano Attuativo Locale.
<b>PAP</b>	Piano assistenziale personalizzato.
<b>PAT</b>	Programma delle Attività Territoriali.
<b>PCG</b>	Primary Care Group (Inghilterra; cap. 4).
<b>Pcs</b>	Piani comunitari della salute (Regione Marche).
<b>PCT</b>	Primary Care Trust (Inghilterra; cap. 4).
<b>PdZ</b>	Piano di zona.
<b>PEG</b>	Piano esecutivo di gestione.
<b>PHCTF</b>	Primary Health Care Transition Fund (Canada; cap. 4).
<b>PHTLS</b>	Pre-hospital Trauma Life Support.
<b>PIS</b>	Piano Integrato di Salute (Regione Toscana; cap. 3).
<b>PISR</b>	Piano Integrato Sociale Regionale (Regione Toscana; cap. 3).
<b>PISSR</b>	Piano sanitario e sociale integrato regionale (Regione Toscana; cap. 3).
<b>Plus</b>	Piani locali unitari dei servizi alla persona (Regione Sardegna).
<b>POA</b>	Programma operativo annuale (Regione Toscana; cap. 3).
<b>PPI</b>	Punti di primo intervento.
<b>PPO</b>	Independent Practice Association (Stati Uniti; cap. 4).
<b>PPS</b>	Piano per la Salute (Regione Emilia-Romagna; cap. 2).
<b>PRISMA</b>	Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy (Québec; cap. 4).
<b>PROMECCO</b>	Centro di Promozione della Comunicazione (Comune di Ferrara; cap. 2).

<b>PSN</b>	Piano Sanitario Nazionale.
<b>PSR</b>	Piano Sanitario Regionale.
<b>PSSR</b>	Piano sociale e sanitario regionale/Piano socio-sanitario regionale.
<b>PUA</b>	Punto Unico di Accesso.
<b>RSA</b>	Residenza Sanitaria Assistenziale.
<b>SCS</b>	Sustainable Community Strategies (Inghilterra; cap. 4).
<b>SdS</b>	Società della Salute (Regione Toscana; cap. 3).
<b>SEABO</b>	Società per l'Energia e l'Ambiente di Bologna (cap. 2).
<b>SHA</b>	Strategic Health Authorities (Inghilterra; cap. 4).
<b>s.m.i.</b>	successive modifiche e integrazioni (cap. 1).
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale.
<b>SSR</b>	Servizio Sanitario Regionale.
<b>TU</b>	Testo Unico.
<b>TUEL</b>	Testo Unico degli Enti Locali (D.lgs. 267/2000).
<b>UCP</b>	Unità di Cure Primarie (Regione Toscana; cap. 3).
<b>UE</b>	Unione Europea.
<b>UISP</b>	Unione Italiana Sport per tutti.
<b>ULSS</b>	Unità Locale Socio-Sanitaria (Regione Veneto).
<b>UNCEM</b>	Unione nazionale Comuni, Comunità, Enti montani.
<b>UPI</b>	Unione Province italiane.
<b>URPT</b>	Unione Regionale delle Province toscane (Regione Toscana; cap. 3).
<b>Usl</b>	Unità sanitaria locale.
<b>UTAP</b>	Unità Territoriali di Assistenza Primaria.
<b>UVM</b>	Unità di Valutazione Multidisciplinare.
<b>VZ</b>	Vlamse Zorgverzekering (Comunità Fiamminga, Belgio; cap. 4).
<b>WHO</b>	World Health Organization (vedi OMS).
<b>ZAS</b>	Zone di Azione per la Salute (Regione Emilia-Romagna; cap. 2).

# INTRODUZIONE

di *Gilberto Muraro e Vincenzo Rebba*

## **1. Cooperazione, integrazione e partecipazione nelle politiche di tutela della salute**

Sempre più numerose analisi empiriche indicano che le prestazioni sanitarie influenzano solo parzialmente la produzione complessiva di salute (misurata in termini di mortalità evitabile o speranza media di vita in assenza di disabilità) mentre assumono importanza fondamentale fattori quali livello e distribuzione del reddito, istruzione, tasso di disoccupazione, condizioni igieniche e ambientali, alimentazione, stili di vita (Or, 2000; WHO, 2002). Corrispondentemente, cresce sempre più la consapevolezza dello stretto rapporto intercorrente tra tutela della salute e assetti socio-economici locali. In astratto si può pertanto concepire un rapporto di scambio tra sanità e altri fattori di salute, per cui in certi contesti potrebbe risultare razionale diminuire *pro tempore* la spesa in sanità a favore di altre voci quali viabilità, trasporti, alimentazione, istruzione, controllo dell'inquinamento, verde pubblico ecc.

Nel contempo, l'aumento della speranza media di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione determinano, nei Paesi industrializzati, un aumento della prevalenza delle malattie cronico-degenerative con una sostanziale modifica dei bisogni sanitari. È aumentata così la domanda di assistenza continuativa (*Long-term care*, Ltc) allo scopo di prevenire o rallentare la disabilità e la perdita di autonomia che sono collegate alle patologie tipiche dell'età anziana. Una quota sempre maggiore di persone anziane in condizioni di non autosufficienza richiedono risposte assistenziali di lunga durata e di tipo continuativo (residenziali e/o domiciliari), la cui efficacia dipende crucialmente dall'attivazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali secondo schemi di *disease management*. Si tratta di servizi che richiedono nuove modalità di programmazione e finanziamento con una sempre più stretta collaborazione tra aziende sanitarie ed

enti locali. In questo ambito sono stati sviluppati anche meccanismi di concorrenza amministrata allo scopo di incentivare l'efficienza e la qualità dei servizi (Rebba, 2002). Tali meccanismi, che presuppongono una netta separazione tra la funzione di acquisto/finanziamento (assunta da ASL e Comuni) e quella di erogazione dei servizi (svolta da fornitori pubblici e privati), dovrebbero comunque garantire un'efficace integrazione degli interventi. A tale scopo, in alcuni casi si prevede che l'utente (o, più frequentemente, un suo familiare) con l'assistenza di un *case manager* possa utilizzare un *voucher* per l'acquisto delle prestazioni necessarie presso fornitori accreditati.

La tutela della salute viene quindi sempre più a configurarsi sotto due profili:

1. come limitazione dei fattori di rischio legati alle caratteristiche economiche, sociali e ambientali di un territorio;
2. come ricerca di modelli che mirano a fornire interventi di prevenzione e assistenza sanitaria e sociale alle persone più fragili (maggiormente bisognose di assistenza), garantendo la continuità assistenziale e il coordinamento di tali interventi in maniera costo-efficace.

Sotto il primo profilo, si richiedono politiche di intervento coordinate che coinvolgono diverse aree di responsabilità anche esterne al settore sanitario e che, all'interno del settore sanitario, privilegiano le attività di prevenzione e cura a livello territoriale. Ciò comporta cambiamenti anche molto rilevanti negli assetti consolidati dei sistemi sanitari, soprattutto quelli caratterizzati da forme organizzative verticalmente integrate, quali i servizi sanitari nazionali. I sistemi sanitari dovrebbero trasformarsi da organizzazioni verticali chiuse in organizzazioni a rete aperte sul territorio, collaborando con i governi locali e con i cittadini da considerare non più solo come utenti ma come veri e propri co-produttori di salute. In particolare, l'azione congiunta tra autorità sanitarie ed enti locali nasce dal riconoscimento della reciproca convenienza alla cooperazione nel comune obiettivo della riduzione dei fattori di rischio legati alle caratteristiche economiche, sociali e ambientali di un determinato territorio. L'obiettivo, in questo caso, è anche quello di mobilitare – ricorrendo a diversi strumenti sia di tipo programmatico, sia di tipo istituzionale – una pluralità di attori, promuovendo processi partecipativi e attivando la cooperazione e l'integrazione tra istituzioni locali e tra queste e i portatori di interessi sociosanitari, sociali ed economici. Le nuove politiche per la salute puntano quindi a favorire anche l'*empowerment* dei cittadini, accrescendo la loro partecipazione attiva ai processi decisionali con lo scopo sia di ottenere una percezione più precisa dei bisogni, sia di consentire ai cittadini stessi di incidere su decisioni rilevanti per il loro futuro.

Sotto il secondo profilo, la tutela della salute delle persone con bisogni di assistenza continuativa (Ltc) richiede un'integrazione tra diversi centri di responsabilità nell'organizzazione e nel finanziamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali (*integrated care*). Quello del Ltc è infatti un settore caratterizzato da numerose intersezioni tra diversi attori istituzionali e richiedente nuove modalità di integrazione delle attività svolte e delle risorse utilizzate da centri di assistenza formale (aziende sanitarie, enti locali, servizi privati *for profit* e *non profit*) e reti informali di sostegno (familiari degli assistiti, volontariato).

Le nuove politiche per la salute tendono quindi sempre più a essere caratterizzate da pratiche di *partnership* a rete tra la pubblica amministrazione e i soggetti informali attivi basate sul coordinamento delle reciproche attività mediante accordi programmatici e istituzionali. Alcuni sociologi e politologi hanno proposto al riguardo i termini di *network governance* e di *community health governance*, intendendo con ciò una *governance* socialmente negoziata che vede come protagonisti diversi portatori di interessi: autorità locali, sindacati, aziende, associazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni rappresentative degli utenti ecc. (Lasker e Weiss, 2003; Giarelli, 2006)<sup>1</sup>.

Il ricorso a meccanismi di cooperazione tra diverse giurisdizioni locali (sanitarie e non) per l'offerta di beni e servizi pubblici locali di tipo socio-sanitario (prevenzione, assistenza sanitaria per acuti e Ltc) richiama lo schema teorico del "federalismo funzionale", sviluppato in ambito economico da Casella e Frey (1992) e Frey ed Eichenberger (1996, 1999) a partire dal modello dei club di Buchanan (1965) e Berglas (1976). Tale schema prevede la ricerca degli ambiti territoriali più funzionali rispetto a una gestione efficiente ed efficace dei servizi, internalizzando esternalità, sfruttando economie di scala e di scopo nella produzione, nonché economie di dimensione che portano a individuare il numero ottimale di cittadini-utenti secondo il modello dei club. Lo schema tende a minimizzare gli scostamenti tra area politica e area di beneficio di un insieme di servizi socio-sanitari attraverso la formazione endogena di agenzie mono o polifunzionali corrispondenti al bacino di utenza ottimale di tali servizi, senza che si

<sup>1</sup> Il concetto di *governance* (governo in quanto attività) viene generalmente contrapposto a quello tradizionale di *government* (governo in quanto istituzione) per indicare l'insieme delle interazioni che si realizzano tra gruppi d'interesse, altri soggetti informali attivi (associazioni di cittadini, movimenti sociali, organizzazioni non governative ecc.) e autorità pubbliche per il perseguimento di determinati obiettivi in assenza di un'istituzione munita di autorità in grado di perseguire da sola le proprie politiche (Giarelli, 2006; Bobbio, 2007).

debba necessariamente modificare il numero e i confini amministrativi dei governi locali preesistenti (Rebba, 1998).

## 2. Il potenziamento della medicina territoriale

Tenendo conto dei due profili secondo cui si vengono sempre più a caratterizzare i bisogni sociosanitari, in molti Paesi europei, accanto alle collaborazioni tra agenzie sanitarie e comunità locali, si assiste anche a un contestuale potenziamento della medicina territoriale secondo modelli che puntano a garantire, con diverse modalità, la continuità terapeutica e il coordinamento tra i diversi fornitori di prestazioni sanitarie e sociali (Saltman, Rico, Boerma, 2006).

Anche in Italia, negli ultimi anni (in particolare dopo l'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 2000 – DPR 270/2000 – che prevedeva incentivi *ad hoc*) si sono diffuse forme associative volontarie dei medici territoriali (medicina in associazione, in rete e di gruppo), équipes territoriali, cooperative e società di varia natura tra medici. Tali forme di aggregazione tuttavia non hanno raggiunto un livello di integrazione (tra medici generali e tra questi e gli specialisti) confrontabile con quello delle esperienze realizzate in altri Paesi europei (in particolare, Regno Unito, Olanda e Paesi nordici) e si sono finora dimostrate poco efficaci rispetto agli obiettivi del governo della domanda e della continuità assistenziale<sup>2</sup>. A partire dalla Conferenza Stato-Regioni del 29 luglio 2004, si è quindi puntato allo sviluppo delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), una nuova forma organizzativa integrata che prevede l'aggregazione di più medici di medicina generale in una sede unica con funzioni aggiuntive di continuità assistenziale e responsabilità di budget<sup>3</sup>. Sulla spinta di questo nuovo modello, in alcune regioni italiane si sono diffuse diverse esperienze quali: le UTAP stesse in Veneto, Friuli Venezia-Giulia e Lazio; le Équipe Territoriali in Piemonte, Marche e Umbria; i Gruppi di Cure Primarie in Lombardia; i Nuclei di Cure Primarie in Emi-

<sup>2</sup> Sul tema, si veda Barrella e Rebba (2006).

<sup>3</sup> L'UTAP dovrebbe gestire i finanziamenti per l'assistenza primaria e dovrebbe svolgere funzioni di committenza analogo a quello dei *Primary Care Trusts* britannici; come tale, il modello appare applicabile nel caso di bacini di utenza di ampie dimensioni (almeno di 15-20.000 abitanti) e per le grandi città. Un'interessante sperimentazione del modello UTAP, con l'obiettivo di promuovere la partecipazione degli assistiti, delle comunità e amministrazioni Locali, è in corso di realizzazione presso l'Azienda-ULSS 4 dell'Alto Vicentino (Ghiotto e Caffi, 2007).

lia-Romagna; le Unità di Cure Primarie in Toscana e Lazio<sup>4</sup>. Nell'ottica di un'efficace realizzazione della continuità assistenziale, il Ministero della Salute ha inoltre individuato un'ulteriore opportunità organizzativa: la "Casa della salute", intesa come struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme dei servizi territoriali e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino variabile tra 5 e 30.000 abitanti)<sup>5</sup>. La legge finanziaria 2007 ha stanziato 10 milioni di euro per finanziare sperimentazioni di Case della Salute mentre il disegno di legge "Interventi per la qualità e la sicurezza del SSN" collegato alla Finanziaria 2008 prevedeva l'istituzione di Unità di Medicina Generale e di Unità di Pediatria nell'ambito del Distretto sanitario<sup>6</sup>. Infine, più recentemente, il Ministero del Welfare ha previsto nel 2009 l'avvio della sperimentazione relativa a cinque modelli organizzativi per le cure primarie aventi l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi di pronto soccorso:

1. ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità (da attivare presso i presidi ospedalieri nei quali il pronto soccorso registra un afflusso superiore alle 25.000 unità annue o condizioni di flussi periodicamente elevati o irregolari);
2. punti di primo intervento, PPI (distribuiti in maniera omogenea sul territorio, con competenze cliniche e strumenti in grado di fronteggiare e stabilizzare temporaneamente le emergenze fino alla loro attribuzione al pronto soccorso dell'ospedale di riferimento);
3. presidi ambulatoriali distrettuali (dove i cittadini devono trovare risposta assistenziale continuativa in aree distanti dai presidi ospedalieri e ad alta densità abitativa);
4. assistenza territoriale integrata (sviluppo di una collaborazione tra più professionisti per uno scambio di opinioni e pareri clinici e un utilizzo condiviso ed efficiente di spazi, attrezzature e personale di supporto);
5. ambulatori territoriali integrati (presidi territoriali dove operano i pro-

<sup>4</sup> Per un'analisi generale delle diverse esperienze si vedano Ambrosetti-The European House (2007), Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (2008), Palmieri e Mascia (2008) e Ceccarelli *et al.* (2009).

<sup>5</sup> In tale struttura dovrebbero lavorare insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base, gli specialisti ambulatoriali. Si vedano Turco (2006 e 2007).

<sup>6</sup> In particolare, secondo l'art. 5 del Ddl, le Unità di Medicina Generale sono composte da medici di medicina generale e da medici di continuità assistenziale (per un numero minimo di 15 corrispondente a un bacino di utenza di 15.000 assistiti) e si avvalgono di medici specialisti ambulatoriali e di personale infermieristico e amministrativo allo scopo di assicurare in via continuativa l'assistenza ambulatoriale e domiciliare.

fessionisti che svolgono insieme la loro attività, secondo le modalità organizzative ispirate alla medicina di gruppo)<sup>7</sup>.

### **3. Nuove modalità di collaborazione tra aziende sanitarie ed enti locali in Italia**

Nel caso italiano, caratterizzato da ampia autonomia regionale in materia di sanità, il raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute nei diversi contesti locali richiede la formazione di alleanze e lo sviluppo di azioni coordinate tra Aziende sanitarie locali ed enti locali (in primo luogo i Comuni), sia per quanto riguarda il primo profilo generale (tutela della salute a livello territoriale), sia per quanto riguarda il secondo profilo più specifico (assistenza socio-sanitaria di tipo continuativo).

Va peraltro rilevato che i decreti legislativi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale 502/1992 e 517/1993 hanno determinato (o accentuato) una frattura tra Comuni e Unità sanitarie locali. Infatti, le Usl sono diventate Aziende sanitarie locali (ASL) trasformandosi da strutture operative dei Comuni in enti strumentali della Regione. Nel contempo, la loro conduzione è stata affidata ai direttori generali di nomina regionale in sostituzione dei Comitati di gestione eletti dai Comuni. Tali cambiamenti dell'assetto istituzionale, se da un lato hanno avuto il merito di limitare la commistione tra momento politico della decisione e momento tecnico della gestione, dall'altro hanno però segnato un distacco dei Comuni dal governo della sanità che ha reso ancora più difficile l'integrazione. I più recenti interventi di legge sul versante socio-sanitario (in particolare, il decreto legislativo 229/1999, l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie del 14 febbraio 2001 e la legge quadro sui servizi sociali 328/2000, i DPCM del 29 novembre 2001 e del 21 aprile 2008, che definiscono i Livelli essenziali di assistenza) hanno mantenuto ancora ben distinte le competenze e le dotazioni finanziarie del comparto sanitario rispetto a quello degli enti locali, prevedendo però alcuni strumenti di programmazione volti a promuovere una maggiore integrazione istituzionale e operativa tra ASL, Comuni e altri enti a livello di distretto socio-sanitario. L'ambito principale di riferimento è quindi

<sup>7</sup> Si tratta di modelli sperimentali, anche se già presenti in molte realtà territoriali. Per dare il via alla sperimentazione si è aumentata, dal 20 al 25 per cento, la quota delle risorse messe a disposizione delle regioni per la realizzazione degli obiettivi prioritari del piano sanitario nazionale per l'anno 2009 (complessivamente circa 352 milioni di euro da distribuire in base alla popolazione).

quello del distretto che, tuttavia, risulta ancora poco sviluppato in alcune regioni del Sud.

Peraltro, tutti i piani sanitari regionali affermano la necessità della collaborazione tra aziende sanitarie ed enti locali, utilizzando soprattutto gli strumenti messi a disposizione dalla normativa nazionale quali i piani attuativi locali, i programmi delle attività territoriali e i piani di zona. In particolare, nelle regioni del Centro-Nord i piani sanitari prevedono un potenziamento del ruolo dei cittadini e più in generale dei diversi portatori di interesse: Università, associazioni rappresentative degli utenti, del privato sociale, del volontariato, dei fornitori di servizi, dei professionisti ecc. (Feder-sanità-Anci, 2007).

Su queste basi, in alcune Regioni italiane si è cercato di sperimentare nuovi modelli di programmazione negoziata e di organizzazione integrata nell'assistenza socio-sanitaria territoriale (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2006; Cepiku e Marino, 2007; Vecchiato, 2008; Innocenti, 2008; D'Adamo e Giordano, 2008; Cepiku e Meneguzzo, 2009). Un settore, quest'ultimo, caratterizzato da numerose intersezioni tra i diversi attori istituzionali e richiedente da un lato nuove modalità di integrazione delle attività svolte e delle risorse utilizzate singolarmente da aziende sanitarie ed enti locali, dall'altro la realizzazione di vere e proprie partnership tra aziende sanitarie, enti locali e cittadini per la promozione attiva della salute. Tra le varie esperienze realizzate, o ancora in fase di attuazione, si possono ricordare: le forme di *delega partecipata*<sup>8</sup> e i *Piani per la Salute* in Emilia-Romagna<sup>9</sup>; i *Piani comunitari della salute* (Pcs) nelle Marche<sup>10</sup>; i *Piani locali unitari dei servizi alla persona* (Plus) predisposti per l'intero territorio della Sardegna per il triennio 2007-2009<sup>11</sup>, i *Piani di salute* a livello di di-

<sup>8</sup> La delega partecipata configura un modello che si avvale di forme di governo istituzionali quali: l'"Accordo di programma", la "Convenzione" tra Comuni e ASL (Bissolo e Fazzi, 2005, pp. 126-127). Si tratta in sostanza di un'estensione del concetto della delega pura; i Comuni, infatti, conferiscono la delega all'ASL, ma sulla stessa si effettuano forti azioni di coordinamento e monitoraggio attraverso gli organismi collegiali presenti sul territorio.

<sup>9</sup> Un'esperienza locale molto simile ai Piani per la Salute dell'Emilia-Romagna è stata sviluppata dal Comune di Udine. Si veda al riguardo Canali (2008).

<sup>10</sup> La Regione Marche ha previsto i Piani comunitari di welfare o della salute come forme sperimentali di programmazione negoziata pluriennale all'interno dei Piani sanitari regionali 2003-2005 e 2007-2009. A differenza dei Piani per la Salute dell'Emilia-Romagna, che hanno interessato l'intero territorio regionale, i piani comunitari della Regione Marche sono stati avviati solo in alcuni ambiti locali (per esempio, la zona territoriale di Jesi e l'ambito territoriale sociale di Ancona).

<sup>11</sup> Il Piano locale unitario dei servizi alla persona (Plus) è lo strumento di programmazione previsto dalla nuova legge regionale di riordino dei servizi alla persona 23/2005. La Regione Sardegna ha individuato 23 ambiti territoriali coincidenti con i distretti socio-sanitari e, in

stretto sanitario in fase di sperimentazione nella Provincia Autonoma di Trento<sup>12</sup>. Su un piano diverso, non solo programmatorio ma anche organizzativo, anche se sempre orientato allo sviluppo di un governo integrato dell'assistenza socio-sanitaria, si colloca la sperimentazione delle *Società della Salute* in Toscana. Un tratto comune di queste esperienze è rappresentato dall'adozione di un processo di programmazione unitaria articolato su tre livelli: politico, tecnico-operativo e comunitario (Vecchiato, 2008).

Alcune regioni (nello specifico, Toscana e Piemonte) hanno inoltre iniziato a sviluppare una base conoscitiva per la programmazione socio-sanitaria regionale, cercando di individuare – a partire dall'analisi dei profili di salute della popolazione e della mappa esistente dei servizi – vere e proprie “aggregazioni naturali” capaci di descrivere le modalità secondo cui bisogni, domanda e offerta si incontrano sul territorio; aggregazioni che identificano aree geografiche omogenee rispetto a finalità di pianificazione e/o di gestione dei servizi (Cislaghi, Galanti, Forni, 2004; Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2005; Petrelli e Costa, 2006). Si tratta di tentativi che, in linea con il modello di federalismo funzionale, puntano alla definizione, su un piano per ora meramente conoscitivo e di ricerca, di ambiti territoriali più funzionali a una gestione efficiente ed efficace dei servizi socio-sanitari.

Rispetto al quadro generale delle sperimentazioni di tipo programmatorio e organizzativo, appaiono particolarmente rilevanti, e saranno quindi oggetto di analisi nella presente ricerca, le esperienze realizzate dall'Emilia-Romagna, con i *Piani per la Salute* formulati congiuntamente da ASL e

ciascun ambito, è stato elaborato un Plus. In base alle Linee guida della legge regionale, “grazie a tale strumento i diversi soggetti che concorrono a costruire la rete dei servizi alle persone di ciascun distretto (AUSL, Comuni, Provincia, Attori professionali, soggetti sociali e solidali ecc.) insieme determinano obiettivi e priorità, programmano e dispongono in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e sociosanitari, anche con il contributo diretto dei cittadini [...]. Il Plus è strumento di promozione dei livelli essenziali di assistenza e di tutela dei diritti della popolazione in materia sociale e sanitaria, di responsabilizzazione dei cittadini e delle istituzioni, di coordinamento e integrazione delle politiche sociali dei Comuni”. (Delibera della Giunta della Regione Sardegna 23/30 del 2006). La fase iniziale di attuazione dei Plus ha evidenziato diverse criticità e una collaborazione piuttosto limitata tra gli operatori della rete di servizi, per cui la Regione, con la Delibera di Giunta 27/44 del 2007, ha emanato delle linee di indirizzo per la costituzione di appositi Uffici per la programmazione e, in particolare, per la gestione associata dei servizi, prevedendo anche un finanziamento specifico condizionato all'effettiva attivazione degli Uffici e delle forme di gestione associata dei servizi. Per un'analisi dei Plus adottati in Sardegna nel triennio 2007-2009, si veda Giovanelli (2009).

<sup>12</sup> Per quanto riguarda l'esperienza della Provincia Autonoma di Trento, avviata nel 2006, si veda Ferrari *et al.* (2009).

Comuni, e dalla Toscana, con il progetto di istituzione di *Società della Salute* partecipate da ASL e Comuni. Si tratta di due modelli che, sia pure su piani diversi, puntano all'integrazione e cooperazione tra aziende sanitarie ed enti locali per la programmazione, il finanziamento e la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale, tendenti ad aumentarne i livelli di efficacia ed efficienza.

#### **4. L'articolazione della ricerca**

La presente ricerca si propone di analizzare le modalità attraverso cui le aziende sanitarie locali e gli enti locali possano stringere alleanze e sviluppare azioni comuni, sia per quanto riguarda le strategie generali di tutela della salute, sia per quanto riguarda lo specifico settore dell'assistenza socio-sanitaria a livello territoriale. Viene proposta un'analisi del quadro normativo nazionale e regionale e delle principali esperienze realizzate in Italia (Piani per la Salute in Emilia-Romagna e Società della Salute in Toscana) e in alcuni Paesi esteri (in particolare, Regno Unito e provincia canadese del Quebec). Il lavoro è articolato in cinque capitoli.

Il Capitolo 1 propone un'analisi degli aspetti giuridici delle forme e degli strumenti di collaborazione e di programmazione congiunta adottati da aziende sanitarie ed enti locali per la gestione dei servizi socio-sanitari nel contesto italiano.

Nel Capitolo 2 si analizzano i Piani per la Salute (PPS) adottati in Emilia-Romagna. Dallo studio emerge come con lo strumento dei PPS si sia inteso potenziare soprattutto la partecipazione delle collettività locali alla definizione delle politiche di promozione della salute, attribuendo agli enti locali un ruolo (sia pure parziale) di "catalizzatori" delle risorse disponibili sul territorio, comprese quelle delle aziende sanitarie, allo scopo di ottenerne l'utilizzo migliore rispetto alle esigenze delle popolazioni locali. I PPS non sono intervenuti direttamente nel processo di erogazione dei servizi sociosanitari, oggetto di più specifica pianificazione, ma hanno puntato piuttosto a determinare una sorta di "riclassificazione" dei progetti già esistenti o l'attivazione di nuovi progetti secondo un approccio multisettoriale e partecipato di promozione della salute. La loro esperienza appare preziosa, sia per quanto riguarda i punti di forza (una migliore conoscenza dei bisogni locali, il coinvolgimento della comunità locale e lo sviluppo di alleanze per la prevenzione e la promozione della salute), sia per quanto riguarda gli aspetti critici che sono emersi (la difficile integrazione tra diversi strumenti programmatori e i diversi livelli di governo). Anche se i PPS confluiscono