

**SDS GROSSETO****VERBALE DELL'ASSEMBLEA DEI SOCI N. 2 DEL GIORNO 24 MARZO 2017**

Il giorno 24 marzo 2017 alle ore 16,45 presso gli uffici di COeSO-SdS, in Grosseto, Via Damiano Chiesa, 7, si è riunita Assemblea che risulta composta come segue:

Nome e cognome	Carica	presente	assente	quote
Francesco Limatola	Presidente Sindaco del Comune di Roccastrada	x		9,42 %
Enrico Desideri	Azienda Usl Toscana Sud Est Delega alla Dott. Daniela Pessina	x		33,33%
Antonfrancesco Vivarelli Colonna	Sindaco del Comune di Grosseto Delega all'Assessore Mirella Milli	x		23,92 %
Francesco Marchi	Sindaco del Comune di Scansano	x		9,42 %
Farnetani Giancarlo	Sindaco del Comune di Castiglio- ne della Pescaia Delega al consigliere delegato san- dra Mucciarini	x		9,42 %
Luca Ricciardi	Sindaco del Comune di Campagnatico	x		5,07 %
Alessandra Biondi	Sindaco del Comune di Civitella Paganico	x		9,42 %

E' presente il Direttore, dott. Fabrizio Boldrini, che verbalizza ai sensi dell'art. 6 del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva. È presente l'Assessore del Comune di Grosseto alle politiche sociali, politiche della casa, Mirella Milli, per delega da disposizione del Sindaco, prot. Sds 4031/2017, agli atti; è presente il Direttore UOC Zone e Presidi grossetana, Colline metallifere, Amiata grossetana,. Colline dell'albegna Dott. Daniela Pessina, per delega del Direttore generale, prot. Sds 4032/2017, agli atti; è presente il Consigliere del Comune di Castiglione della Pescaia, Sandra Mucciarini con delega Politiche sociali – Distretto socio/sanitario – Rapporti con associazioni di volontariato, . E' presente la Dott. Loredana Repola Resp.onsabile del Servizio sociali e sport de Comune di Grosseto. E' presente il Resp.le Ufta di Coeso SDS Grosseto Dott. Marta Battistoni, ed il Referente del Servizio base personale e contabilità di Coeso Sds, Sandra Conti.

Ai sensi dell'art. 12 c. 7 dello Statuto sono invitati i componenti del Collegio sindacale, ivi incluso il Presidente; partecipano i revisori Eligio Macelloni, Ardito Ferroni ed il Presidente Mario Veninata.

Il Presidente constatata la presenza del numero legale di soci previsto per la valida costituzione della seduta ai sensi del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva, dichiara aperta la seduta per la discussione del seguente odg:

- 1) lettura e approvazione verbale della seduta precedente;
- 2) proposta delle Linee di indirizzo del PAL;
- 3) varie ed eventuali.

2/1 lettura e approvazione verbale della seduta precedente

Il Presidente sottopone all'esame dell'Assemblea la bozza di verbale numero 10 , seduta del giorno 2 dicembre 2016

ASSEMBLEA

approva la richiesta e dopo aver esaminato la bozza di verbale, ne dà approvazione, con voto favorevole dei rappresentanti degli enti che erano presenti, ad esclusione del Comune di Grosseto, che si astiene. I membri non presenti ne prendono atto.

2/2 proposta delle Linee di indirizzo del PAL

Il Presidente illustra l'argomento, riportandosi al contenuto del documento Conferenza dei Sindaci AUSL Toscana Sud Est Linee di indirizzo per il Piano Attuativo Locale, trasmesso dal Direttore tramite posta elettronica.

Interviene il Sindaco del Comune di Scansano per chiedere che stante la presenza di numerosi acronimi tecnici, nei prossimi documenti siano riportati i nomi integrali.

Il Presidente fa presente che è opportuno iniziare a riflettere sulle scelte da effettuare, ed invita il Direttore ad elaborare una bozza con possibili proposte in merito.

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

Udito quanto esposto;

Visto

- il TUEL
- L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;
- l'art. 33 c. 4 del vigente Statuto, secondo il quale il Consorzio redige un proprio bilancio di previsione economico annuale;
- gli art. 71 novies della L.R.T. 40/2005 e s.m.i. e 22 c. 3 del Regolamento organizzazione ai sensi dei quali il bilancio di previsione economico annuo è predisposto dal Direttore;

Ritenuto di dover disporre a riguardo nell'ambito della propria competenza, secondo il disposto dell'art. 71 sexies c. 4 della L.R.T. 40/2005 e s.m.i., dell'art. 8 c. 2 lett. c) del vigente Statuto, e dell'art. 2 c. 4 lett. C del Regolamento assemblea consortile e giunta esecutiva;

Col voto favorevole di tanti soci che rappresentano più dei due terzi dei soci e più dei due terzi delle quote di partecipazione come richiesto dall'art. 7 c.6 dello Statuto

DELIBERA

- 1) di prenderne atto delle linee presentate e qui unite in allegato;

2/3 Comunicazione del Direttore

1) Il Direttore comunica che i Comuni di Grosseto e Castiglione della Pescaia hanno pagato una buona percentuale della quota dovuta per l'anno 2016, sollecita il Comune di Roccastrada perchè tardivo nel pagamento. Il Sindaco Limatola si impegna a sollecitare il competente ufficio del Comune per l'adempimento.

2) Il Dott. Boldrini comunica che il Direttore generale dell'Asl Toscana Sud est intende procedere ad attivare le spiagge cosiddette *cardio protette*, con l'obiettivo di dotare le spiagge di un defibrillatore: in particolare le zone interessate sono Grosseto e Castiglione della Pescaia, con i quali l'Azienda sanitaria gestirà il progetto.

ASSEMBLEA

Visto:

-il Tuel e la L.R.T. 40/2005 e s.m.i;

-il vigente Statuto;

-la convenzione disciplinante l'esercizio in forma associata dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari stipulata tra il Comune di Grosseto, Castiglione della Pescaia, Roccastrada, Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico e l'Asl 9 di Grosseto il giorno 22/01/2010;

DELIBERA

- 1) di prendere atto delle comunicazioni del Direttore

La seduta termina alle ore 17,10

IL PRESIDENTE

Sindaco del Comune di Roccastrada

Francesco Limatola

IL SEGRETARIO

Dott. Fabrizio Boldrini

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il presente verbale è stato pubblicato all' ALBO on line del COeSO- SdS in copia integrale e sul sito internet dal giorno _____ al giorno _____ come da attestazione agli atti per 15 giorni consecutivi.

Il Segretario Fabrizio Boldrini

Bozza 1

Conferenza dei Sindaci AUSL Toscana Sud Est

Linee di indirizzo per il Piano Attuativo Locale

In base all'Art. 22 della L.R. 40/2005 il Piano Attuativo Locale è lo strumento di programmazione delle AUSL e viene elaborato in base a delle linee di indirizzo emanate dalla Conferenza Aziendale dei Sindaci. Il PAL si riferisce al PSSIR e si inserisce in un articolato percorso programmatico che coinvolge tutto l'assetto istituzionale Regionale, a partire dal Piano Regionale di Sviluppo.

La legge individua gli Uffici di Piano di ogni zona distretto/SdS come l'interfaccia tecnico della Conferenza per l'elaborazione delle linee guida per il PAL, in vista anche del parere preventivo che le stesse Zone/SdS devono obbligatoriamente esprimere sul documento finale da trasmettere alla AUSL. Occorre ricordare che la Conferenza Aziendale dei Sindaci sul PAL non esprime un parere come nel caso del PAV, ma vota il documento finale prodotto dall'Azienda Sanitaria, il che attribuisce a questo passaggio istituzionale una valenza ulteriore in termini di governance fra l'Azienda e gli Enti Locali.

Tale vincolo non rappresenta una indicazione di carattere meramente formale, al contrario rivela la volontà del legislatore di arrivare ad un'elaborazione del PAL che sia coerente con le novità normative intercorse nel frattempo in coerenza con il ruolo e l'attività programmatica e gestionale delle zone distretto/SdS.

L'Art. 64 modificato dalla legge regionale 84/2015 infatti, attribuisce alle zone distretto/SdS nuovi e importanti compiti, collocandole come snodo fra l'attività dipartimentale di area vasta e l'operatività locale; non più soltanto come luogo di programmazione e controllo quindi, ma anche come erogatore diretto delle prestazioni.

Il processo di pianificazione, supportato dal processo di governance multilivello, si attua attraverso una programmazione operativa che mette insieme in modo organico ed efficace il complesso della sanità aziendale (PAL) con quella della sanità territoriale e socio-sanitaria espressa dalle zone (PIS), a cui si affianca o, meglio, si integra quella socio-assistenziale (PIZ).

L'obiettivo del PAL, che recepisce a sua volta i PIS delle zone distretto/SdS, deve essere quello di rendere operativi i principi contenuti nelle norme nazionali e regionali insieme ai contenuti espressi nel PAV.

Muovendo dalle evidenze risultanti dal profilo di salute delle comunità locali e dall'analisi del profilo dei servizi dei vari territori, la nuova AUSL ha l'obiettivo di declinare risposte operative in riferimento a bisogni specifici perseguendo, nel contempo, livelli omogenei di attività su tutto il proprio territorio di competenza. Si tratta di azioni da mettere in campo nel minor tempo possibile per compiere la non banale impresa di portare progressivamente tutte le organizzazioni e tutti i territori verso le migliori realizzazioni ottenute nel corso degli anni, evitando l'errore di attestarsi su una ipotetica e rassicurante linea mediana. Quindi gli obiettivi della programmazione non devono comportare nessun passo indietro, ma devono affrontare criticità e punti deboli per ricercare la convergenza verso un grado avanzato della risposta sanitaria e sociale ai bisogni delle nostre comunità.

Per quanto riguarda l'attività della AUSL Sud Est si devono necessariamente tenere in

considerazione le specificità dell'area di competenza dell'Azienda Sanitaria che delle tre Aziende territoriali regionali è quella meno popolosa ma la più estesa territorialmente. Le specificità territoriali quindi vanno tenute in particolare considerazione vista anche la PDL 154 attualmente in discussione in Consiglio Regionale che potrebbe portare ad un profondo ridisegno delle zone distretto all'interno della AUSL. E' necessario che questo passaggio non si riveli come una formalità burocratica ma avvenga con il pieno coinvolgimento degli Enti Locali interessati per garantire a tutti i territori che il processo di aggregazione avverrà portando un valore aggiunto e non un ulteriore allontanamento dei centri decisionali.

Si individuano le seguenti **grandi aree di intervento**: Ospedale, Territorio, Prevenzione e Rete dell'emergenza urgenza oltre alla parte socio sanitaria e socio assistenziale dei servizi territoriali, all'interno delle quali i punti da sottolineare preliminarmente sono i seguenti:

Rete Ospedaliera.

Superato il modello Hub and Spoke la rete ospedaliera della AUSL Toscana Sud Est, deve far leva sui ognuno dei presidi ospedalieri presenti nell'area di competenza. Deve essere evitata la concorrenza fra strutture ospedaliere e fra unità operative, facendo invece crescere il sistema nella sua interezza. La vocazione di ogni singolo ospedale in questo contesto deve trovare corrispondenza nella programmazione operativa della AUSL, in modo da rendere tutti i punti della rete indispensabili al completo dispiegamento della organizzazione aziendale, prevedendo reti planari orizzontali aumentando la capacità di risposta ai bisogni della comunità, in ogni punto di erogazione dell'assistenza ospedaliera, tenuto conto della specificità territoriale nella quale il presidio si inserisce. Occorre porre particolare attenzione al rapporto con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese sia nell'insieme delle relazioni con gli altri presidi dell'AUSL sia per quanto riguarda la Città di Siena per la quale svolge compiti anche da Ospedale di Base.

Particolare attenzione deve essere rivolta al potenziamento della rete pediatrica.

Rete Emergenza Urgenza.

L'organizzazione dei PET e la dotazione dei mezzi di soccorso deve essere omogenea su tutto il territorio garantendo risposte efficaci ovunque. Occorre garantire una operatività dei P.S., tale da non mettere in crisi l'assistenza in nessun periodo dell'anno. Bisogna realizzare sinergie operative e professionali all'interno della rete dell'emergenza in modo da non avere differenze nella qualità degli interventi. Particolare attenzione da rivolgere al sistema di trasporto 118 interospedaliero.

Deve inoltre essere implementata una cultura dell'emergenza nella popolazione specialmente nei territori montani dove i tempi di risposta sono necessariamente lunghi, il tutto tramite iniziative mirate di educazione all'uso delle attrezzature sanitarie di emergenza, il che ovviamente non deve in alcun modo sostituire l'obbligatorietà per il sistema di intervenire in tempi congrui.

Particolare attenzione va rivolta al rapporto con le Associazioni di Volontariato che garantiscono il servizio di emergenza, in modo da uniformare la qualità della risposta su tutto il territorio di competenza.

Integrazione Ospedale Territorio.

Il rapporto fra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera è un nodo centrale che coinvolge l'insieme delle politiche sociali e sanitarie; il problema delle dimissioni dall'Ospedale non inserite in un definito percorso che coinvolge il territorio e la famiglia dell'assistito è importante ma non è il solo.

Le strategie di integrazione fra i percorsi ospedalieri e l'assistenza territoriale quindi devono trovare piena rispondenza all'interno della programmazione aziendale, in accordo con la recente delibera regionale sulle Agenzie di continuità Ospedale-Territorio. Occorre inoltre sviluppare le cure domiciliari e intermedie per la presa in carico del paziente, tenendo conto però che l'integrazione Ospedale Territorio non è mono direzionale, cioè a valle della dimissione, ma deve essere anche e soprattutto a monte dell'eventuale ricovero, con azioni che tendano a ridurre il ricovero

inappropriato coinvolgendo le professionalità ospedaliere in un rapporto sinergico con le professionalità territoriali.

Rete dell'assistenza Territoriale.

Strettamente collegato al precedente argomento la Rete dell'Assistenza territoriale va pensata come un sistema che persegue l'obiettivo dell'effettiva presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.

Le linee di intervento devono prevedere un consolidamento della modalità di lavoro della Medicina Generale in forma aggregata AFT, dell'Equipe multidisciplinari e multiprofessionali nel territorio e l'implementazione delle Case della Salute, sviluppando il modello h16. L'accentramento dei MMG nelle Case della Salute non deve avvenire però sguarnendo le zone periferiche di ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

Dobbiamo considerare inoltre che il PAL si realizza attraverso il programma operativo annuale delle Cure Primarie articolato per zone distretto, quindi il rapporto stretto fra PAL e PIS trova espressa indicazione normativa e non può entrare in contraddizione. L'organizzazione delle Cure Primarie significa in larga parte organizzare il territorio.

Occorre arrivare all'individuazione e del fabbisogno dei Posti Letto di cure intermedie per completare il setting assistenziale territoriale che vada dagli interventi di Assistenza domiciliare fino alla residenzialità di bassa intensità assistenziale, passando per la specialistica ambulatoriale.

Promuovere la sperimentazione di innovazioni quali ad esempio l'Infermiere di Famiglia.

Integrazione Socio sanitaria

L'altro strumento essenziale per la coerenza operativa fra programmazione locale ed aziendale è l'atto per l'integrazione socio sanitaria articolato per zone distretto, che determina anche il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali. Si deve perseguire l'obiettivo di un'integrazione effettiva fra i professionisti del sociale di provenienza comunale e sanitaria, condizione essenziale per l'effettiva presa in carico del cittadino.

La normativa prevede due forme strutturate di integrazione fra Comuni e Azienda Sanitaria su base zonale: la Società della Salute e la Convenzione Sociosanitaria. Si tratta di due forme di gestione poste sullo stesso piano e che devono raggiungere gli stessi risultati ma con caratteristiche necessariamente diverse. La SdS che ha forma di consorzio, deve essere messa in condizione di poter operare finalmente a pieno regime, in coerenza con la legislazione regionale, che attribuisce alla zona distretto nuovi e importanti compiti e responsabilità. Certezza dei finanziamenti e coerenza dei comportamenti amministrativi sono essenziali per una operatività piena delle SdS.

Prevenzione

Occorre realizzare la coerenza programmatica con il Piano Regionale per la Prevenzione 2014-2018 con particolare riferimento all'Educazione alla Salute secondo un'ottica di Promozione delle Competenze di salute dei singoli e delle comunità territoriali coinvolgendo operatori, insegnanti, educatori, giovani, adulti, anziani, bambini anche secondo modalità di peer education. Facendo particolare attenzione sulle ricadute territoriali dell'azione di prevenzione che deve tener conto delle specificità di ogni singolo territorio.

Le iniziative da potenziare in termini educativi rivolti alla popolazione dovranno coordinarsi soprattutto nelle Scuole e con la partecipazione della rete del terzo settore ed associazionismo in particolare.

PIS e PIZ.

Il PAL in linea con il PSSIR, recepisce la programmazione zonale che si concretizza nel PIS e nella novità costituita dal PIZ, cioè dallo strumento di programmazione delle materie sociali che il decreto nazionale stabilisce come competenze esclusive dei Comuni. Sarebbe necessario che i due strumenti formalmente distinti, ma di fatto assolutamente finalizzati ad obiettivi comuni e contigui, venissero recepiti dal PAL come un organico e contemporaneo processo programmatico (in

coerenza con le linee guida che dovrebbero uscire entro marzo).

Alcune **linee specifiche** di intervento:

Ludopatie

Di particolare attualità il contrasto alle Ludopatie. Occorre evidenziare azioni specifiche rivolte al contrasto delle Ludopatie rimanendo agganciati ai programmi e alle reti nazionali e regionali che mettono a disposizione anche finanziamenti dedicati, agendo contemporaneamente sul versante della prevenzione, della promozione di pensiero critico, del trattamento e delle misure di carattere amministrativo e culturale.

Violenza di genere: Coerenza con la delibera sul Codice Rosa Salute Mentale Adulti e Infanzia e Adolescenza

Minori e famiglie: Sono in aumento i casi di minori seguiti dai servizi e/o in strutture protette (anche casi di minori stranieri non accompagnati), così come situazioni familiari altamente conflittuali, occorre una progettualità per la prevenzione di tali problematiche, mediante l'implementazione dei servizi ed il coinvolgimento del terzo settore, integrandosi anche con le altre progettualità ed azioni regionali e nazionali esistenti (POR FSE, SIA ecc.).

Disabilità e Fragilità: nonostante i tanti progetti regionali (Anziano Fragile, Assistenza Domiciliare, Welfare Leggero, Durante e Dopo di Noi ecc.), dal lato dei cittadini sembra che gli stessi non siano sufficienti a far fronte a situazioni in incremento che sono ad un passo dalla residenzialità. Occorrerebbe maggiore elasticità nella gestione dei fondi, ed anche la possibilità di estendere il Welfare a misure meno leggere, nonché interventi di revisione dell'offerta di posti nelle varie strutture più aderenti ai diversi gradi di bisogno dei cittadini in condizione di disagio secondo un'ottica di appropriatezza.