



CONSIGLIO REGIONALE
ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE DELLA LIGURIA
CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI

DELIBERA IN DATA 22/07/2026, n°16

OGGETTO: PARERE sul Provv. Amm. vo n°28 del 3 luglio 2026: “Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2026/2030.

L'anno duemilaventisei, addì 31 del mese di luglio, alle ore 11,00, in forma mista (parte dei Consiglieri in Genova, presso la Sala Piccardo c/o Sede Anci Liguria, e parte in vdc ai sensi dell'art.14 del regolamento interno del Cal) si è adunato in seduta di prima convocazione il Consiglio delle Autonomie Locali della Liguria per deliberare sugli argomenti iscritti all'ordine del giorno.

Presiede il Presidente del Consiglio delle Autonomie locali: Pierangelo Olivieri.

Partecipa in qualità di Segretario: Luca Petralia.

Si procede all'appello dei Componenti del Cal:

Nominativo	Carica	Presente	Assente	Delega
ANDREANI Tarcisio	Presidente Consiglio Comunale di Luni (SP)		x	
ANELLI Giovanni	Sindaco di Camogli (GE)	x		
BRUZZONE Paolo	Sindaco di Cogoleto (GE)	x		
CAMPODONICO Mentore	Presidente Consiglio Comunale di Rapallo (GE)	x		
CAVERSAZIO Guglielmo	Sindaco Comune di Santa Margherita Ligure (GE)	x		
CODURI Stefano	Sindaco Comune di Borghetto di Vara (SP)	x		
DE ANDREIS Roberto	Sindaco Comune d Nasino (SV)	x		
FRANCESCHI Bruno	Sindaco Comune di Fontanigorda (GE)	x		
GANDOLFO Carlo	Sindaco Comune di Recco (GE)	x		
GIBELLI Davide	Sindaco Comune di Camporosso (IM)		x	
IL GRANDE Alessandro	Presidente Consiglio Comunale di Sanremo IM)	x		
LIMONCINI Marco	Sindaco Comune di Cicagna (GE)	x		
LIROSI Francesco	Presidente Consiglio Comunale Savona	x		
OLIVIERI Pierangelo	Presidente Provincia di Savona	x		
PAGANINI Monica	Sindaco Comune di Arcola (SP)	x		
PAOLETTA Massimo	Sindaco Comune di Massimino (SV)	x		
PASSINO Alberto	Presidente Consiglio Comunale di Albenga (IM)	x		
PERACCHINI Pierluigi	Presidente Provincia di La Spezia	x		
PERACCHINI Pierluigi	Sindaco Comune di La Spezia	x		Giulio Guerri
PERACCHINI Pierluigi	Presidente ANCI Liguria	x		Roberto Speranza
PERACCHINI Pierluigi	Delegato ANCI Liguria per le province liguri	x		Luca Volpe
PISCOPO Salvatore	Presidente Consiglio Comunale di La Spezia	x		
RUSSO Marco	Sindaco Comune di Savona	X		Riccardo Viaggi
SALIS SILVIA	Sindaco Comune di Genova	x		Cristina Lodi
SALIS SILVIA	Sindaco Città Metropolitana di Genova	x		Simone Franceschi
SASSO Manuela	Sindaco Comune di Molini di Triora (IM)	x		Gianluca Ozenda
SCAJOLA Claudio	Sindaco Comune di Imperia	x		Laura Gandolfo
SCAJOLA Claudio	Presidente Provincia di Imperia	x		
VASSALLO Simone	Presidente Consiglio Comunale di Imperia	x		
VILLA CLAUDIO	Presidente Consiglio Comunale Genova	x		

Sono presenti all'esame della pratica n. 28 Consiglieri.

Il Consiglio delle Autonomie Locali

- vista la L.R. n.1/2011 e ss.mm.ii.;
- visto l'art. 5, 1° comma, della L.R. 1.2.2011, n.1 e ss.mm.ii.;
- visto il decreto n.2 del 04/02/2025 del Registro dei Decreti del Presidente del Consiglio Regionale con il quale sono stati nominati i componenti del Consiglio delle Autonomie Locali della Liguria, ai sensi della L.R. n. 1/2011
- premesso che il Regolamento interno del Cal prevede oltre allo svolgimento delle sedute in presenza, anche lo svolgimento delle stesse in videoconferenza o teleconferenza e in forma mista (parte dei consiglieri in presenza parte in videoconferenza/teleconferenza);
- considerato che il Cal, istituito con normativa regionale, deve esprimere il parere su provvedimenti legislativi propedeutici allo svolgimento istituzionale del Consiglio Regionale della Liguria;
- vista la convocazione con l'o.d.g. inviata ai Consiglieri in data 22/07/2026 prot n° 149 e che in tale o.d.g. è iscritta al n. 2) l'espressione del parere relativo alla proposta sopraindicata;
- Sentito il Presidente;

delibera di formulare in parere in ordine alla sopraindicata Ddl:

Il Piano Sociosanitario Integrato Regionale della Liguria 2026–2030 nasce come risposta istituzionale strutturata a una transizione demografica e sociale senza precedenti nella storia della Regione. Con l'indice di vecchiaia più alto d'Italia, una geografia complessa che separa un'alta densità costiera da aree interne sottopopolate e fragili, la Liguria del 2026 non può rispondere alle proprie sfide con il sistema organizzato nel secolo scorso.

Questo Piano è un percorso di vita del cittadino ligure. La distinzione rigida tra sanitario e sociale, che ha prodotto decenni di silos istituzionali, duplicazioni, liste d'attesa e abbandoni nelle transizioni viene superata non con una dichiarazione programmatica ma con strumenti operativi concreti: il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, il Budget di Salute, la Centrale Operativa Territoriale, il 116117, i Punti Unici di Accesso, i Piani di Zona coordinati con la programmazione sanitaria distrettuale. Il Piano è costruito su quattro Parti.

Il PSSIR 2026-2028 si articola in quattro parti: la parte prima illustra il quadro di riferimento ovvero il contesto demografico ed epidemiologico, il mandato normativo e il raccordo con i Piani nazionali e il nuovo assetto istituzionale.

La parte seconda è dedicata alla visione e le strategie che verranno attuate nel quinquennio, agli obiettivi di salute prioritari di benessere sociale e ai risultati attesi al 2030.

La parte terza si focalizza sui percorsi di cura, in particolare: dall'emergenza alla continuità, alle problematiche come vivere con una malattia cronica, la salute mentale e la fragilità psicosociale, sulle reti cliniche specialistiche e sul crescere e invecchiare in salute, tra prevenzione, famiglia e comunità.

La parte quarta è il cuore dell'integrazione sociosanitaria poiché la precedente e rigida sostituzione tra sanitario e sociale ha prodotto decenni di pubblicazioni-liste attesa e "silos istituzionali" occupandosi dei fattori abilitanti tra cui: il Dipartimento di Prevenzione Regionale, l'infrastruttura operativa e governance, la rete dei setting assistenziali (ospedale, territorio e domicilio), la digitalizzazione e innovazione organizzativa, le risorse umane e valorizzazione professionale, il sistema di governance, monitoraggio e valutazione, l'integrazione con le altre politiche regionali, la sostenibilità finanziaria e allocazione delle risorse ed infine il sistema regionale di monitoraggio 2026–2028 e gli effetti sulla cittadinanza.

Tra questi fattori abilitanti trova collocazione il Dipartimento di Prevenzione Regionale, struttura che non presidia un singolo percorso di cura, ma attraversa trasversalmente tutti e cinque: dalle

vaccinazioni agli screening oncologici, dalla sorveglianza epidemiologica alle politiche One Health, dalla prevenzione delle dipendenze alla promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro. La prevenzione, in questo Piano, attraversa tutte le parti e tutti i percorsi come funzione di sistema.

Il Piano è anche un patto: tra Regione e Comuni, tra Azienda Tutela Salute, AOM e Terzo Settore, tra professionisti sanitari e sociali, tra istituzione e comunità. Ogni obiettivo ha un responsabile. Ogni risultato ha un indicatore. La rendicontazione annuale non è un adempimento burocratico: è la misura del patto tenuto.

La programmazione sociale regionale, nel presente Piano, non costituisce una sezione separata rispetto alla programmazione sanitaria e sociosanitaria, ma ne rappresenta una componente strutturale e strategica.

Il metodo assunto dal Piano è quello dell'integrazione strutturale tra Ambiti Territoriali Sociali, Distretti Sociosanitari, ATS Liguria, Enti Locali, Terzo Settore e comunità territoriali. I Comuni associati negli ATS mantengono la titolarità delle funzioni sociali locali e, attraverso gli Uffici di Piano, concorrono alla programmazione, alla progettazione, all'attuazione e alla valutazione degli interventi. Il Distretto sociosanitario costituisce l'unità operativa dell'integrazione, mentre il PUA, la valutazione multidimensionale, la cartella sociale digitale interoperabile e il raccordo con la Centrale Operativa Territoriale rappresentano i dispositivi di accesso, coordinamento e continuità del sistema integrato.

Il Piano assume espressamente un approccio biopsicosociale. Tale impostazione consente di superare letture meramente prestazionali o categoriali e di costruire progetti personalizzati maggiormente coerenti con la vita reale delle persone e con la sostenibilità dei percorsi di cura.

La governance del Piano sociale, inoltre, recepisce e si fonda sul principio di amministrazione condivisa. L'articolo 55 del d.lgs. 117/2017 costituisce il fondamento giuridico del passaggio da un modello centrato sulla mera erogazione di servizi a un modello nel quale la Pubblica Amministrazione, gli Enti del Terzo Settore e le comunità locali concorrono, in forme differenziate ma ordinate, alla lettura dei bisogni, alla definizione delle priorità, alla progettazione degli interventi e alla realizzazione delle risposte.

Il Piano assume la valutazione dell'impatto sociale come componente ordinaria degli interventi realizzati mediante co-progettazione. Per ciascun intervento di co-progettazione dovranno essere esplicitati, fin dalla fase di definizione del progetto, i cambiamenti attesi sui target di riferimento, gli indicatori di esito, le modalità di rilevazione, la baseline iniziale e i tempi di verifica.

Gli interventi sociali e sociosanitari si uniscono ai percorsi sanitari come articolazioni di un'unica infrastruttura di welfare territoriale, fondata su quattro criteri ordinatori: integrazione, prossimità, corresponsabilità e innovazione sociale. Inoltre il welfare di comunità non costituisce soltanto una cornice culturale, ma una politica pubblica regionale orientata a promuovere Patti di Sussidiarietà e di Collaborazione, alleanze locali, reti civiche, attivazione delle comunità e cura condivisa dei beni comuni materiali e immateriali, secondo una logica di partecipazione, custodia condivisa e coesione territoriale.

A) FONTI GIURIDICHE: NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Premessa:

In Italia siamo passati dalla gestione pubblica della solidarietà sociale al “welfare state” con l’avvio del trasferimento delle funzioni alle regioni negli anni ’70.

Successivamente la modifica del titolo V della Costituzione ha introdotto il principio della sussidiarietà con il trasferimento di tutte le funzioni alle Regioni e ai Comuni salvo quelle rimaste allo Stato, l’introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni garantite; il cosiddetto welfare locale dove lo Stato determina i LEP, le Regioni legiferano e programmano autonomamente e i Comuni sono i titolari di tutte le funzioni amministrative con compiti di erogazione, progettazione e realizzazione della rete dei servizi.

1) Principale Normativa in ambito sanitario

- il D. Lgs. 30.12.92 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421” e, in particolare, gli artt. 3 e 3 bis;
- la legge regionale 7.12.2006, n.41 (Riordino del Servizio sanitario regionale);
- la legge regionale 10.12.2025, n. 18 “Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all’articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT));
- la legge regionale 25/6/2026 n.7 (Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale)
- il Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 2023-2025, approvato con deliberazione del Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria n. 19/2023;
- la DCR n. 10 del 2025 “Modifica della deliberazione del Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria 21–22 novembre 2023, n. 19 (Piano socio sanitario regionale 2023-2025)”, che era stato deliberato con DCR n.19 del 2023

2) Principale Normativa in ambito sociale

- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024” che, al comma 160, definisce gli Ambiti territoriali sociali quale dimensione organizzativa necessaria per la programmazione, il coordinamento e l’attuazione degli interventi e dei servizi che realizzano le politiche sociali;
- la Legge Regionale 24 maggio 2006, n. 12 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n.7 del 21 febbraio 2024 che approva il “Piano Sociale Integrato Regionale 2024-2026, ai sensi degli articoli 25 della Legge Regionale 24 maggio 2006, n. 12”;

B) “LA STORIA” - breve sintesi dall’iter dell’approvazione PSIR 2024-2026, alla relativa messa a terra, e al percorso di revisione dello PSIR per arrivare allo PSSIR 2026-2030

La pianificazione delle politiche sociali rappresenta un nodo strategico per il governo del territorio,

soprattutto in un'epoca caratterizzata da profondi mutamenti demografici, economici e culturali. Regione Liguria, consapevole della complessità crescente dei bisogni della popolazione e della necessità di risposte integrate e coordinate, ha intrapreso negli anni un percorso strutturato volto alla definizione e attuazione di un nuovo **Piano Sociale Integrato Regionale (PSIR)**. Questo strumento di programmazione intende orientare, armonizzare e qualificare l'intervento pubblico e quello del privato sociale a livello regionale, con una visione di medio-lungo termine e in coerenza con le principali direttrici nazionali ed europee.

Regione Liguria aveva conferito nel 2020 ad **ANCI Liguria** il compito congiuntamente con Regione Liguria di predisporre il nuovo Piano Sociale Integrato Regionale, avviando contemporaneamente una serie di attività propedeutiche e successive, finalizzate a una progettazione partecipata e trasparente.

Questa collaborazione istituzionale ha rappresentato un passaggio fondamentale per garantire che il Piano non fosse il risultato di un'elaborazione tecnica astratta, bensì un documento dinamico, costruito "dal basso" e aderente alla realtà dei territori liguri.

La prima fase si è focalizzata sulla raccolta dello stato dell'arte dei servizi sociali in Liguria, attraverso un'analisi sistematica dei dati esistenti, dei bisogni emergenti e delle esperienze già attive sui territori. Questo ha incluso l'ascolto dei diversi attori istituzionali e sociali, l'elaborazione di dati quantitativi e qualitativi e la mappatura delle criticità strutturali e delle risorse disponibili. In questa fase, si è mirato a comprendere le dinamiche demografiche, l'andamento della condizione delle famiglie, dei minori, degli anziani e delle persone con disabilità, per delineare un quadro preciso della domanda sociale attuale e potenziale.

Il Piano è stato elaborato in stretta coerenza con la programmazione regionale complessiva, per garantire un'integrazione effettiva tra le politiche sociali, sanitarie, educative, abitative e del lavoro. Inoltre, lo PSIR si è armonizzato con i principali riferimenti normativi e strategici a livello nazionale, quali:

- il Piano Sociale Nazionale
- gli obiettivi e le missioni del PNRR
- il Piano Socio-Sanitario Regionale
- i sistemi di programmazione delle Aziende Sanitarie Locali

L'obiettivo era costruire una regia unica e coerente, capace di connettere politiche apparentemente distinte ma nella pratica fortemente interdipendenti.

Azioni di Sistema e Tematiche Strategiche

Lo PSIR ha previsto azioni di sistema fondamentali per rafforzare la governance e l'efficacia degli interventi:

- C) assetti istituzionali coerenti, con un sistema multilivello che valorizza il ruolo dei comuni e delle conferenze dei sindaci;
- D) modelli di finanziamento trasparenti, equi e sostenibili,
- E) schemi regolamentari condivisi, che garantiscano uniformità e flessibilità ai territori.

Il Piano si è articolato anche attraverso **sette aree tematiche** principali, che hanno costituito il perno delle politiche sociali regionali:

1. famiglia e minori;
2. disabilità e non autosufficienza;
3. inclusione sociale e contrasto alla povertà;
4. anziani;
5. immigrazione e nuove cittadinanze;
6. integrazione sociosanitaria;
7. innovazione e digitalizzazione dei servizi sociali.

Nuovi criteri di ripartizione del Fondo per le Politiche Sociali

Un elemento di forte innovazione è stata l'introduzione di nuovi criteri per la ripartizione del Fondo delle Politiche Sociali, basati su parametri oggettivi e trasparenti (come popolazione residente, indice di deprivazione sociale, copertura dei servizi essenziali). Questo per favorire un'equa distribuzione delle risorse e una maggiore capacità dei territori di programmare interventi efficaci e mirati.

L'approvazione del Piano – 21 Febbraio 2024 Consiglio Regionale Liguria

Dopo un iter articolato e partecipato, il 21 febbraio 2024 il Consiglio Regionale della Liguria ha approvato formalmente il Piano Sociale Integrato Regionale 2024-2026. Con questo atto, la Regione ha sancito l'avvio della nuova fase attuativa, mettendo a disposizione strumenti tecnici, normativi e finanziari per la messa a terra degli obiettivi definiti nel Piano.

L'implementazione: dalla plenaria alla messa a terra

Successivamente all'approvazione, il 1° ottobre 2024, si è tenuta la prima plenaria di accompagnamento tecnico ai territori, con l'obiettivo di presentare il Piano e definire un percorso condiviso di implementazione. In questa occasione, la Regione Liguria ha avviato formalmente le attività di messa a terra del PSIR, articolate in:

- un cronoprogramma operativo condiviso con gli enti locali;
- un percorso di accompagnamento formativo e informativo per amministratori e tecnici;
- l'ingaggio di una società di consulenza per l'assistenza tecnica continuativa.

Il confronto tra ANCI e la Regione Liguria

Tuttavia, nonostante le intenzioni condivise, il processo ha incontrato dei rallentamenti: ANCI Liguria, a seguito delle segnalazioni di diversi sindaci che evidenziavano l'assenza di una definizione chiara del percorso attuativo, ha chiesto una revisione delle modalità di implementazione, ed è stato successivamente avviato un percorso di concertazione con il nuovo Assessore Regionale competente, in forma convenzionale.

Il percorso con le conferenze dei sindaci

Nel periodo marzo-aprile 2025, Regione Liguria e ANCI hanno avviato un nuovo ciclo di incontri,

organizzando un percorso congiunto all'interno delle cinque conferenze dei Sindaci liguri. Questi momenti hanno avuto una duplice finalità:

1. presentare il nuovo assessore regionale agli amministratori locali e ai vertici delle aziende sanitarie;
2. rilanciare un confronto operativo per definire linee guida comuni, strumenti attuativi condivisi e soluzioni ai principali nodi critici.

Questo passaggio ha segnato un punto di svolta: la ripresa di un dialogo strutturato che ha posto le basi per una nuova stagione di co-programmazione e co-progettazione, fondata su trasparenza, fiducia reciproca e centralità dei territori.

La pianificazione delle azioni di ANCI Liguria: accompagnamento territoriale e riorganizzazione degli ATS

A valle dell'approvazione del PSIR 2024–2026, e in risposta alle numerose istanze emerse dai territori, ANCI Liguria, in stretta collaborazione con il Settore Politiche Sociali della Regione Liguria e d'intesa con l'Assessorato Regionale, ha predisposto un percorso operativo di accompagnamento tecnico, istituzionale e organizzativo rivolto a tutti gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) liguri.

Le attività previste si pongono l'obiettivo di:

1. supportare i Comuni e gli ATS nella fase di implementazione dello PSIR, chiarendo funzioni, ruoli, strumenti e tempistiche;
2. raccogliere criticità, dubbi e proposte direttamente dai territori, per allineare la governance del sistema sociale alle reali esigenze locali;
3. favorire l'uniformità organizzativa e funzionale degli assetti territoriali, superando frammentazioni e difformità gestionali;
4. costruire un clima di fiducia e co-progettazione tra enti locali, ASL e Regione, nel rispetto delle specificità territoriali.

Il ciclo di incontri territoriali: il “tour” dei 18 ATS liguri

Per realizzare concretamente questi obiettivi, ANCI Liguria ha organizzato, a partire da luglio 2025, un “*tour di ascolto, confronto e soluzione*” con diciotto incontri in presenza, uno per ciascun Ambito Territoriale Sociale della regione.

Ogni incontro coinvolge i seguenti attori:

- I sindaci dei Comuni dell'ATS di riferimento
- Gli assessori delegati alle politiche sociali
- I segretari comunali

- I direttori sociali dell'ambito

Durante tali incontri, è stata affrontata sia la tematica dell'implementazione del Piano Sociale Integrato Regionale 2024–2026, sia quella della possibile futura riorganizzazione degli assetti territoriali degli ATS, per garantire omogeneità, efficienza e sostenibilità al sistema.

Obiettivi di ogni incontro ATS

Durante ogni tappa, il programma ha previsto momenti strutturati sulle linee guida coerenti per il funzionamento, i criteri di accesso ai servizi e i modelli di *governance*; oltre al monitoraggio in itinere dell'attuazione territoriale dello PSIR.

Verso una nuova fase del welfare ligure

Con questa azione di pianificazione concreta, ANCI Liguria ha confermato il suo ruolo di cerniera tra Regione e territori, accompagnando i Comuni in un processo non solo tecnico, ma anche culturale e organizzativo.

La riorganizzazione degli ATS e la piena attuazione del Piano Sociale Integrato Regionale rappresentano un'opportunità strategica per:

- rilanciare il welfare locale come sistema integrato di responsabilità pubblica;
- promuovere l'equità e la qualità nell'accesso ai servizi;
- rendere sostenibile e innovativo il modello di governance sociale regionale.

C) PERCORSO PRELIMINARE DEL PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO REGIONALE 2026-2030

La Regione Liguria, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, ha deciso di dotarsi del Piano Sociosanitario Integrato Regionale 2026-2030 quale strumento strategico di indirizzo per lo sviluppo del sistema regionale della salute e del *welfare*, coerente con il quadro normativo nazionale e con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

E' stato costituito perciò un gruppo di lavoro formato da tecnici della Regione, di ATS (in particolare Liguria Salute), nonché di AOM, con la finalità di elaborare il modello e i contenuti del nuovo Piano Sociosanitario Integrato Regionale 2026-2030;

E' stato convocato il gruppo di lavoro dando avvio al percorso tecnico-istruttorio finalizzato alla predisposizione del documento programmatico; il gruppo di lavoro, così individuato, ha utilizzato una metodica innovativa caratterizzata da un'attività partecipata di tipo *bottom-up*, finalizzata a valorizzare il contributo tecnico professionale delle diverse articolazioni del Servizio sanitario regionale nell'analisi dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali del territorio ligure e nella raccolta dei contributi tecnici dai professionisti, secondo il mandato ricevuto. E' stata promossa, in particolare, una fase strutturata di confronto tecnico con direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale delle Aziende ed Enti del SSR, articolata in

più giornate di lavoro dedicate alle diverse aree disciplinari e assistenziali, al fine di acquisire proposte strutturate da integrare nel nuovo Piano sanitario e Sociale integrato Regionale; nell'ambito di tale percorso, è stato messo a disposizione dei partecipanti un *format* uniforme per la formulazione delle proposte e sono state acquisite complessivamente 251 schede progettuali, successivamente oggetto di analisi, valutazione e sistematizzazione e ai fini della predisposizione del documento tecnico.

Il percorso di elaborazione è stato ulteriormente arricchito dal confronto con gli Ordini professionali, la Consulta Handicap Liguria, ANCI Liguria, il Forum del Terzo Settore e i Direttori Sociali degli Ambiti Territoriali sociali tramite la raccolta di contributi tecnici, proposte organizzative e osservazioni operative utili alla definizione delle linee strategiche e programmatiche del nuovo Piano; il documento tecnico è stato, altresì, illustrato e approfondito con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria.

Tale modalità di lavoro ha consentito quindi un processo ampio e partecipato, fondato sull'analisi dei bisogni organizzativi, assistenziali e sociali espressi dai territori e di larga parte degli operatori del sistema, assicurando coerenza tra gli indirizzi programmatori regionali, le esigenze rilevate nell'ambito del SSR e il contributo degli *stakeholder* istituzionali e professionali coinvolti.

D) PRESUPPOSTI DELLO PSSIR 26/30

- il nuovo Piano è stato elaborato tenendo conto dell'evoluzione del contesto demografico, epidemiologico e sociale della Liguria, caratterizzato dall'invecchiamento della Popolazione, dalla crescente incidenza della cronicità e della fragilità, dall'aumento delle persone sole e dalle specifiche criticità delle aree interne, al fine di assicurare una risposta organica e sostenibile ai bisogni di salute della comunità ligure;
- il Piano assume quale principio fondamentale l'integrazione tra politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali, superando una logica settoriale dei servizi e promuovendo percorsi unitari di presa in carico della persona lungo l'intero ciclo di vita, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata e continuità assistenziale;
- la programmazione regionale è orientata a un modello organizzativo fondato sulla prossimità delle cure, sul rafforzamento dell'assistenza territoriale, sull'integrazione tra Azienda Tutela Salute Liguria, Azienda Ospedaliera Metropolitana, Comuni, Distretti sociosanitari, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo Settore e comunità locali, in coerenza con il quadro delineato dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77;
- il Piano individua obiettivi strategici, risultati attesi e strumenti di *governance*, monitoraggio e valutazione, promuovendo la digitalizzazione dei servizi, la valorizzazione delle risorse professionali, la sostenibilità del sistema, la prevenzione e la promozione della salute, secondo un approccio biopsicosociale centrato sulla persona e orientato alla qualità, all'equità e all'appropriatezza degli interventi.

E) PUNTI MERITEVOLI ATTENZIONE

Centralità piena del cittadino e del suo percorso di vita, abbattimento delle liste d'attesa grazie a una migliore definizione delle prescrizioni, forte riduzione della mobilità passiva con il potenziamento degli hub oncologici. E ancora: funzionamento a pieno regime delle Case di Comunità, abbattimento delle barriere territoriali anche grazie a una implementazione della telemedicina e la creazione di un Dipartimento di Prevenzione regionale che possa presidiare in maniera trasversale tutti i percorsi di cura.

Questo il senso ultimo della riorganizzazione che il piano disegna in tutti i setting assistenziali, dall'emergenza-urgenza alle reti cliniche specialistiche, dalle case della comunità agli ospedali di comunità, dalle centrali operative territoriali fino al domicilio, connessi dalla piattaforma it-cura e dal fascicolo sanitario elettronico. Ne risulta, per il cittadino ligure, un unico sistema di cura che è proteso ad intercettare il bisogno, a riconoscerlo nel momento in cui si manifesta, se ne fa carico, accompagna la persona nel tempo e non la perde di vista nel passaggio da un servizio all'altro.

Il cittadino non deve più costruire da solo la propria rete di assistenza, muovendosi tra strutture e discipline che non comunicano: la rete c'è già, ed è il sistema a farsi carico della continuità. la transizione tra ospedale e territorio diventa un passaggio governato e non uno "scarico"; la presa in carico della cronicità e della non autosufficienza segue la persona a casa; il digitale, dove è introdotto, serve ad anticipare i bisogni e a evitare i ricoveri evitabili, non ad aggiungere adempimenti.

I risultati attesi per il 2030: la continuità delle cure grazie a un team multidisciplinare per le dimissioni complesse presente in ogni presidio ospedaliero; la prossimità, con la piena operatività sia delle case di Comunità che delle centrali operative territoriali, gli infermieri di famiglia e di comunità; l'integrazione sociosanitaria con convenzioni operative tra ATS e tutti i comuni liguri; la prevenzione della popolazione con i programmi di screening oncologico e le campagne vaccinali; la salute mentale e le dipendenze, con ad esempio i tempi di attesa ridotti a meno di trenta giorni per la prima visita psichiatrica; la digitalizzazione, con il fascicolo sanitario elettronico alimentato per almeno l'85% dei liguri; la riduzione della mobilità passiva, ottenuta anche con la certificazione delle reti oncologiche secondo gli standard nazionali ed europei.

F) ITER PREPARAZIONE PARERE PSSIR 2026-2030

Anci Liguria è stata convocata ed ha consegnato una proposta di sviluppo riassunta in questo parere in Regione Liguria il 17 marzo 2026 in audizione finalizzata a fornire un contributo tecnico alla predisposizione del nuovo Piano Sociosanitario regionale.

In relazione al documento in esame, è d'obbligo precisare che è stata svolta lo scorso 26 febbraio una consultazione preliminare tra tutti gli attori coinvolti al fine di avere un pieno ed integrale coinvolgimento delle Autonomie Locali, attraverso riunioni delle Commissioni tematiche di Anci Liguria e degli organi di Anci Liguria alla presenza dell'Assessore e del Direttore Generale di Regione Liguria competenti in materia.

A seguito della riunione preliminare con Regione sono stati organizzati 3 gruppi di lavoro tecnici preliminari e misti: Gruppo 1: Non autosufficienza e disabilità (tra cui budget di salute continuità legge disabilità) - Gruppo 2: Altre Aree di intervento sociosanitario (povertà-minori-anziani) - Gruppo 3: Organizzazione (riorganizzazione ambiti territoriali, uffici e PUA) - Governance di sistema.(formati da: Regione, ATSL, Comuni, Anci, Forum del Terzo Settore) che si sono riuniti il 2 e il 17 aprile 2026 per formulare preventive osservazioni di carattere generale alla bozza di piano.

Il 29 aprile 2026 è stata organizzata la Commissione Welfare con all'OdG l'iter dello PSSIR. il 29

maggio 2026 è stata organizzata una consultazione preliminare tra tutti gli attori coinvolti di Anci Liguria (i Sindaci dei Comuni Liguri) , al fine di avere un pieno ed integrale coinvolgimento delle Autonomie Locali, attraverso una riunione degli organi di Anci Liguria alla presenza dell'Assessore e del Direttore Generale di Regione Liguria competenti in materia, per la presentazione in anteprima del Piano.

In tale sede si è palesata ed è stata fortemente condivisa l'esigenza di preservare la territorialità e la conoscenza dei bisogni locali nella gestione dei servizi sociali, evitando l'allontanamento decisionale dai Comuni, specie quelli più piccoli. Sono state inoltre espresse da molti Sindaci e Assessori comunali serie preoccupazioni e da molti interventi è altresì emersa la contrarietà rispetto all'ipotesi di strutturarsi in consorzi/aree vaste, accorpati e razionalizzati rispetto ai vigenti ATS, intravedendo in tale assetto di governance un aumento dei costi, una perdita di controllo/indirizzo, una rappresentanza sbilanciata – anche se non formalmente, certamente nella sostanza - a favore dei Comuni maggiori e un concreto rischio di peggioramento dell'accessibilità ai servizi da parte della cittadinanza.

E' stato chiesto ed ottenuto lo stop di tale ipotesi e l'adozione di un percorso di "laica" interlocuzione con tutti i Comuni, nel quale chiarire i contenuti di questa nuova eventuale iniziativa legislativa e soprattutto utile al fine di poter eventualmente condividere un proficuo cammino insieme con Regione e ATSL, orientato a un modello di comunità caratterizzato dalla più alta qualità di assistenza possibile per tutti i Liguri.

Successivamente, a seguito dell'approvazione in Giunta regionale del 2 luglio 2026 del Piano sanitario e sociale integrato regionale 2026/2030 e del contestuale invito al Cal per l'espressione del relativo parere, sono state organizzate tre riunioni (9,16 e 17 luglio) delle Commissioni welfare, Federsanità Anci Liguria con l'Assessore regionale e i dirigenti regionali referenti in materia, a cui hanno partecipato numerosi Sindaci-Amministratori e tecnici comunali; inoltre è stato anche organizzato il 17 luglio un incontro specifico delle stesse commissioni con i referenti delle OOSS e del Forum del terzo settore in materia, e la partecipazione di Anci Liguria all'audizione in commissione consiliare del Comune di Genova in data 13 luglio 2026.

Infine gli organi di Anci Liguria hanno esaminato nel mese di luglio il PA n.28 in due uffici di Presidenza ed in un Comitato Direttivo.

I documenti formali contenenti le osservazioni ricevute dalle Conferenze dei Sindaci, dagli Ambiti territoriali sociali e dai Comuni Liguri (n.84 documenti ricevuti) sul P.AMM. n.28 del 3 luglio 2026, vengono di seguito elencati ed allegati al parere del Cal, di cui costituisce parte integrante:

1°-Note di Anci Liguria consegnata in Regione il 17 marzo 2026 nel corso dell'audizione con l'Assessore Nicolò ed il Direttore Bordon, e proposta di emendamento sviluppo di azioni mirate a sostegno dei giovani (pag.150 punto 2 paragrafo protezione e sviluppo nell'età evolutiva)

2°-Nota del Sindaco di Maissana (SP) del 10 luglio 2026

3/9°-Nota dei Sindaci di Sarzana, Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Ortonovo, Santo Stefano Magra e Vezzano Ligure (SP) del 16 luglio 2026

10°-Nota del Sindaco di Loano (SV) del 16 luglio 2026

11°/15°-Nota dei Sindaci di Cicagna- Cogorno-Coreglia L.-Orero- S.Colombano C. (GE) del 16 luglio

16°-Nota del Comune di Genova del 16 luglio 2026

17°-Nota del Vicesindaco di Sanremo (IM) del 17 luglio 2026

18°/68° Documento unico, pervenuto il 17 luglio 2026 e sottoscritto dai seguenti Sindaci:

Comune di Albenga, Albissola Marina, Comune di Albisola Superiore, Comune di Altare, Comune di Andora, Comune di Arenzano, Comune di Bargagli, Comune di Bergeggi, Comune di Bogliasco, Comune di Campomorone, Comune di Carcare, Comune di Casarza Ligure, Comune di Casella, Comune di Celle L., Comune di Cerasi, Comune di Cogoleto, Comune di Crocefieschi, Comune di Davagna, Comune di Fascia, , Comune di Fontanigorda, Comune di Genova, Comune di Isola del Cantone, Comune di Maissana, Comune di Mele, Comune di Mignanego, Comune di Mioglia, Comune di Montebruno, Comune di Montoggio, Comune di Ortovero, Comune di Pieve Ligure, Comune di Pontinvrea, Comune di Quiliano,

Comune di Ronco Scrivia, Comune di Rondanina, Comune di Rossiglione, Comune di San Colombano Certenoli, Comune di Sant'Olcese, Comune di Sassello, Comune di Savignone, Comune di Savona, Comune di Serra Riccò, Comune di Soldano, Comune di Testico, Comune di Torriglia, Comune di Urbe, Comune di Vado Ligure, Comune di Valbrevenna, Comune di Varazze, Comune di Vendone, Comune di Vobbia.

69° Nota del Sindaco di Borzonasca (GE) del 17 luglio 2026

70° Nota del Sindaco di Moconesi (GE) del 17 luglio 2026

71° Nota del Sindaco di Lorsica (GE) del 17 luglio 2026

72° Nota del Sindaco di Chiavari (GE) del 17 luglio 2026 e integrate il 28 e 29 luglio 2026

73° Nota del Sindaco di Carasco (GE) del 17 luglio 2026

74° Nota del Sindaco di Ne (GE) del 17 luglio 2026

75° Nota dell'Assessore del Comune di Imperia (IM) del 17 luglio 2026

76°/80° Nota dei Sindaci di Pietra Ligure, Borgio Verezzi, Giustenice, Magliolo e Tovo S.Giacomo (SV) del 17 luglio 2026

81°/83° Nota del Sindaco del Comune di Favale di Malvaro (GE) di Neirone (GE) e di Tribogna(GE) del 20 luglio 2026

84° Nota del Sindaco di La Spezia del 28 luglio 2026

G) PROPOSTA ANCI DI UNIFICARE LE FUNZIONI SOCIALI E SANITARIE IN UN COORDINAMENTO PER LE COMUNITA' ED IL TERRITORIO

Premesso che in Italia non è prevista una gestione unificata dei servizi sociali e sanitari ai sensi della legge nazionale vigente 328/00 e del d.lgs 502/92, nonostante l'auspicio più volte posto da Anci di giungere ad una gestione unitaria di WELFARE di comunità, si evidenzia come possano essere adottate soluzioni che ricerchino la dimensione organizzativa necessaria per programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) e LEA (livelli essenziali di assistenza).

Nel contesto della riforma sociosanitaria in corso da parte di Regione Liguria, occorre, dunque, prefigurare in un prossimo futuro un'unica nuova norma di riferimento che configuri, tra l'altro, l'attuazione congiunta dei LEPS e dei LEA in Liguria.

Ad esempio, nel contesto delle Case di Comunità, le Aree sociali dei Comuni di una zona territoriale e l'Area sociosanitaria locale possono governare e programmare le politiche socio sanitarie relative, secondo le modalità organizzative di un ambito territoriale di zona-distretto.

Le già previste Case di Comunità, quindi, sono da utilizzarsi al meglio delle loro possibilità nella loro dimensione di prossimità territoriale e di luogo di integrazione dei processi sociosanitari sia in fase di pianificazione che di erogazione. Al loro interno va allocato l'organismo previsto e costituito nella forma scelta, che gestisca unitariamente le risorse nazionali e regionali destinate alla sanità ed al sociale, seppure rendicontandole separatamente, per non confliggere con la compatibilità alle normative nazionali.

Per quanto riguarda le due leggi regionali vigenti vanno superate con una unica legge del tutto nuova che configuri questo nuovo impianto.

SCHEMA LEPS

Una più articolata descrizione degli interventi dei servizi individuati come LEPS si trova nel piano nazionale degli interventi dei servizi sociali 2021-2023 ed in particolare nelle schede tecniche di descrizione dei LEPS che possono essere assunte come riferimento per il modello organizzativo da adottar su base territoriale,

La tabella riassuntiva dell'articolazione dei LEPS nella normativa identificata nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 approvato il 28 luglio 2021, è inserita nel Piano Nazionale degli interventi e Servizi Sociali 2024-2026. Tale tabella è inserita anche nelle linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli ATS per l'attuazione dei LEPS approvate con Decreto Interministeriale 24 giugno 2025 dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro delle Economie e delle Finanze

CORRELAZIONE TRA LEPS/LEA, standard attesi e risorse dedicate

Ogni riferimento del Piano ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) dovrebbe essere strettamente correlato, nello stesso paragrafo o inserito quindi in allegato tecnico, agli standard quali-quantitativi attesi (rapporti personale/popolazione, tempi massimi, dotazioni strumentali) e alle relative risorse di personale ed economiche dedicate, pena il rischio che gli obiettivi enunciati restino privi di copertura e quindi non esigibili.

IN SINTESI QUINDI LA RIFORMA DEI DSS E ATS SI POTREBBE ARTICOLARE:

- **Raggiungimento dei LEPS e LEA- livelli essenziali prestazioni sociali e assistenziali, previsti dalla normativa vigente**
- **Unica Legge di riferimento in Liguria che unifica LR 41/06 modificata a dicembre 25- giugno 26 e LR 12/06;**
- **Piani regionali di programmazione sociosanitari e sociali integrati-coordinati e unificati (oggetto del presente parere)**

H) OSSERVAZIONI SU “L’INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: INFRASTRUTTURA OPERATIVA E GOVERNANCE”

E PUNTI MERITEVOLI DI ATTENZIONE SULLO PSSIR IN GENERALE

Al fine di meglio definire quanto già previsto dal D.lgs 502/1992 art. Art. 3-septies 18 in tema di Integrazione sociosanitaria, nel rispetto della governance sanitaria e sociale con particolare riferimento alla autonomia del sistema degli Enti Locali verranno previste azioni volte a uniformare il percorso sociosanitario.

Sarà importante mantenere le azioni già avviate e in corso di realizzazione da parte dei Comuni, in questo modo si manterrà l'impianto di integrazione sociosanitaria presente nel Piano, evitando

il rischio di una eccessiva “Sanitarizzazione” del Sistema dei servizi sociali, preservando l'autonomia delle funzioni sociali delineata dalla normativa statale e costituzionale.

L'integrazione sociosanitaria costituisce un obiettivo condiviso da Regione e Comuni e rappresenta un interesse istituzionale comune. Proprio per questo il suo sviluppo richiede modalità di governance improntate alla leale collaborazione, alla chiarezza delle competenze e alla reciproca valorizzazione delle rispettive funzioni.

Si intende anche formulare una migliore articolazione del processo in corso, focalizzandolo sulla dimensione funzionale (nelle forme che saranno definite con procedura concertata tra Regione e i Comuni, anche attraverso la rispettiva Conferenza dei Sindaci), con una preventiva concertazione e specifica valutazione sulla riorganizzazione degli ambiti.

Per arrivare a una razionalizzazione dell'assetto distrettuale con una futura possibile rideterminazione dei perimetri, sarà necessario organizzare una valutazione preliminare, oggettiva e motivata in linea con il ruolo dei Comuni utilizzando quindi dati istruttori, fabbisogni territoriali, accessibilità dei servizi e concreta attuazione dei LEPS. Per quanto riguarda l'iter, la valutazione dell'assetto dovrà essere collegato alla coincidenza territoriale (di norma tra distretto SS e ATS) mentre sul metodo tale proposta, costituendo una importante modifica dell'assetto strutturale del Piano, dovrà essere sottoposta all'approvazione del Consiglio Regionale come è stato fatto per il Piano e come prevede la normativa vigente, previa intesa con le Conferenze dei Sindaci degli Ambiti interessati. La razionalizzazione degli ATS dovrà procedere in stretta connessione con quella dei Distretti e in base a una valutazione oggettiva della **concreta attuazione dei LEPS**, delle capacità organizzative dei singoli territori, dell'accessibilità dei servizi e in base all'impatto sugli assetti comunali. Dovranno essere predeterminati ad esempio, criteri oggettivi (bacini di popolazione e gli standard organizzativi del DM 77/22, le caratteristiche sociodemografiche e di accessibilità dei territori) soglie quantitative, indicatori e metodologie di valutazione, così da garantire trasparenza, uniformità e verificabilità delle scelte. In merito alle forme gestionali associate capaci di sostenere la complessità delle misure e fuori di ogni dubbio perseguire l'obiettivo di rafforzarle sarà necessario, salvaguardare l'autonomia dei Comuni nella scelta della forma più adeguata. Dovrà essere riconosciuta la possibilità di conseguire la sostenibilità gestionale anche attraverso modelli organizzativi diversi dalla costituzione di Consorzi con personalità giuridica, nel rispetto dell'autonomia organizzativa degli Enti locali e del principio di adeguatezza.

In riferimento al paragrafo 13.3 sarà importante precisare e definire meglio le funzioni di integrazione sociosanitaria, al fine di programmare, coordinare, allocare le risorse, gli obiettivi e il monitoraggio dei risultati e la gestione delle criticità operative, con pari peso decisionale in capo al **Direttore di Distretto Sociosanitario** e al **Direttore Sociale dell'ATS**. Ai Comuni andrà riconosciuta la titolarità delle funzioni amministrative concernenti interventi sociali ma anche la titolarità delle funzioni sociali in quanto tali, ai sensi dell'art.6 della Legge 328/00 e dell'Art. 118 della Costituzione, con la salvaguardia del ruolo in capo ai Comuni nella programmazione locale, nei Piani di Zona, nella presa in carico sociale e nel rapporto diretto con le comunità. Per perseguire gli obiettivi dello PSSIR salvaguardando il modello di integrazione sociosanitario disegnato dal Piano, sarà necessario rafforzare la governance attraverso indirizzi uniformi, monitoraggio, accompagnamento tecnico e strumenti condivisi di programmazione; anche

attraverso il riconoscimento alle Conferenze dei Sindaci di un ruolo effettivamente programmatico e di partecipazione alle decisioni riguardanti l'integrazione sociosanitaria.

In sintesi:

- Dal punto di vista della funzionalità giuridica degli ATS, l'ordinamento vigente non individua una forma associativa obbligatoria tra le varie opzioni: convenzione, consorzio, unione; tra esse può legittimamente essere considerata in termini di efficacia più o meno avanzata l'una o l'altra, anche ai fini di un maggiore sostegno economico ma nessuna preferenza deve essere trattata a livello giuridico;
- Per quanto concerne la formula associativa più funzionale al fine di esercitare l'attività di ATS, si propone all'Assemblea Legislativa Regionale di considerare l'opportunità di una maggiore valorizzazione dell'esercizio consortile o dell'unione dei comuni in quanto soggetti giuridici diretti;
- Di considerare lo strumento convenzionale ex articolo 30 TUEL quale formula pienamente valida e riconosciuta tra i comuni nell'esercizio della loro libertà di autonomia di scelta tra le citate opzioni.

In relazione alle governance di sistema, le Autonomie Locali chiedono quindi la modifica dello PSSIR a pagina 167 laddove si identifica la delibera di giunta, quale meccanismo sufficiente a determinare numeri, dimensioni e modalità di governo degli ATS. Tali ambiti devono essere definiti nel rispetto dell'autonomia organizzativa dei Comuni secondo i principi di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione; solamente in presenza di una condizione sostitutiva per manifesta carenza di soluzione, si procede con la modifica nello PSSIR da parte dell'Assemblea Legislativa Regionale.

Inoltre, dalla lettura del Piano, si rilevano gli ulteriori punti meritevoli di attenzione da affrontare nella fase successiva all'approvazione del Piano e nella sua fase applicativa:

1. PSIR 24/26 E PSSIR 26/30

È importante definire il rapporto tra lo PSIR 24/26 e il nuovo Piano Sociale Integrato Regionale 26/30, precisando quali disposizioni restino valide, efficaci, quali siano superate e quale disciplina transitoria trovi applicazione fino alla piena attuazione dei nuovi assetti organizzativi. Tale chiarimento appare fondamentale anche con riferimento alle disposizioni relative ai profili professionali, ai titoli del personale, agli assetti organizzativi degli Ambiti e alle funzioni degli Uffici di Piano. **Quindi per tutto quanto non precisato ed inserito nell'attuale documento PSSIR in fase di approvazione, si deve fare riferimento per quanto occorra al Piano Sociale Integrato Regionale (PSIR) 2024-2026 che è, dunque, da considerarsi parte integrante del presente documento fatto salvo le modifiche e sostituzioni intervenute.**

2) Minori e PUA

Nelle Convenzioni operative tra ATS e tutti i Comuni liguri per le macroaree: anziani, disabilità e salute mentale con risultati attesi entro il 2030 dovranno essere inseriti anche la macroarea minori e famiglie con priorità alle situazioni interessate da provvedimento dell'Autorità giudiziaria minorile. Bisognerà anche richiamare in maniera forte le funzioni sanitarie domiciliari poiché in caso, ad esempio, delle dimissioni protette la sola presa in carico sociale non è sufficiente a prevenire re-ospedalizzazioni e istituzionalizzazioni in proprio. Particolare attenzione dovrà essere riservata al PUA (Punto Unico di Accesso) e alla sostenibilità delle sue tempistiche e del loro stato di essere, oltre che ad importante integrazione delle risorse finanziarie così come i poteri e le funzioni dei Direttori di Distretto e Coordinatori di Ufficio di zona.

Si propone quindi di sostituire la parte seconda, Cap.4 strategia 2, pag.24 dello PSSIR con il seguente testo:

*risultato atteso al 2030: convenzioni operative attive tra ATS e tutti i Comuni Liguri per le macroaree anziani, disabilità, **minori e famiglie- con priorità alle situazioni interessate da provvedimento dell'Autorità giudiziaria-** e per la salute mentale entro il 2030.*

3) Sviluppo di azioni mirate a sostegno dei giovani e tese a contrastare le difficoltà e le problematicità ricorrenti. *SPECIFICHE AZIONI DA INSERIRE A PAGINA 150*, nel paragrafo Protezione e sviluppo nell'età evolutiva al punto 2 ovvero:

- incentivare gli enti locali alle creazioni di consulte giovanili che operino al fianco dei Comuni;
- promuovere delle modalità di volontariato tese a garantire ai giovani delle prospettive future interessanti nell'ambito lavorativo e professionale (Servizio Civile Nazionale e Regionale);
- favorire la mobilità dei giovani all'estero per svolgere attività di volontariato.

4) La cabina di regia dello PSSIR (par.17.1)

La Regione istituisce la Cabina di Regia dello PSSIR quale organismo di indirizzo politico e di governance strategico del Piano.

Sarebbe opportuno differenziare il lavoro del livello della governance istituzionale, riservato ai soggetti pubblici titolari delle funzioni di indirizzo e programmazione, da quello della partecipazione e della concertazione, che trova naturale collocazione nei Tavoli tematici permanenti.

La Cabina di Regia rappresenta infatti l'organismo di governo del PSSIR e, in quanto tale, deve essere composta dai soggetti istituzionali responsabili delle decisioni programmatiche.

I Tavoli tematici permanenti costituiscono invece la sede di confronto tecnico, professionale e partecipativo, nella quale è opportuno prevedere la presenza dei Direttori Sociali degli ATS, dei Direttori sociosanitari delle ASL, nonché dei rappresentanti del Terzo Settore, degli Ordini professionali, delle Organizzazioni Sindacali e degli altri stakeholder.

Si propone quindi di sostituire il paragrafo 17.1 La Cabina di Regia dello PSSIR con il seguente testo:

La Regione Liguria istituisce la Cabina di Regia del PSSIR quale organismo di indirizzo politico e di governance strategica del Piano. La Cabina di Regia è presieduta dall'Assessore competente in materia di Sanità e Politiche Sociali ed è composta dai rappresentanti istituzionali titolari delle funzioni di programmazione e governo del sistema, tra cui il Direttore Generale dell'Area Salute e Politiche Sociali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, ATS Liguria, gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e ANCI Liguria.

La Cabina di Regia opera in raccordo con il Tavolo regionale delle relazioni sindacali del PSSIR e si avvale di Tavoli tematici permanenti, costituiti secondo le materie di competenza, ai quali partecipano, in relazione agli argomenti trattati, i Direttori Sociali degli ATS, i Direttori sociosanitari delle ASL, i rappresentanti del Terzo Settore, degli Ordini e Collegi professionali, delle Organizzazioni Sindacali e gli altri soggetti istituzionali e sociali interessati.

5) Potenziamento di vari sistemi

Si conferma la piena applicazione nel Piano "dell'Amministrazione condivisa" di cui all'art.55 d.lgs 117/2017, superando, allo stato attuale, i limiti derivanti dalla l.r 42/12 non aggiornata al Codice del terzo settore sovra richiamato. Tutto ciò in considerazione della revisione in corso dell'intero quadro normativo regionale in materia.

Si evidenzia anche la necessità di potenziare il sistema integrato 0/6 ed i servizi per la prima infanzia oltre a un sviluppo della rete regionale in relazione ai posti disponibili nelle strutture di accoglienza residenziale per i minori nonché di aumento delle risorse a sostegno dei Comuni.

6) Le fonti di finanziamento, (par. 19.1)

Si segnala infine che il Piano prevede che le risorse sociali dei Comuni confluiscono nel fondo unico integrato; pertanto sembrerebbe che i Comuni non avranno più la possibilità di gestire i fondi sociali in quanto la regia finanziaria e tecnica dei fondi dello PSSIR saranno in capo alla Direzione strategica di ATS Liguria.

CONCLUSIONI

I territori rappresentano lo spazio dove le politiche socio-sanitarie diventano esperienze concrete di inclusione, benessere e dignità, mentre la sanità non è solo cura che accompagna i cittadini, è prossimità. Per questo, ANCI LIGURIA deve continuare ad essere protagonista, non solo come interlocutore tecnico, ma con responsabilità specifiche, in rappresentanza di tutti i comuni liguri.

Viene riconosciuto il ruolo esclusivo della Regione nella programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale e il principio di sussidiarietà per il riparto delle funzioni. L'efficacia del nuovo modello dipenderà invece da un esercizio pieno del principio di "leale collaborazione istituzionale" e del coinvolgimento effettivo delle autonomie locali, titolari delle funzioni sociali, utilizzando ordinariamente il metodo della concertazione preventiva ed i criteri di adeguatezza e differenziazione per eventuali riassetti degli ATS.

La consapevolezza che dovrà emergere dal Piano è quindi quella che un pieno e consapevole coinvolgimento dei Comuni è molto più utile rispetto a qualunque altra impostazione. L'architettura sociosanitaria è il fulcro del welfare di prossimità, quindi è indispensabile un confronto con il territorio e con i Sindaci, che sono le massime autorità sanitarie nel proprio Comune.

Si trasferiscono infine a Regione Liguria i contenuti, le osservazioni e le proposte di modifica inseriti nel presente parere e nei suoi allegati, per l'iter di approvazione del PA n.28 in Consiglio Regionale.

Fatto salvo quanto sopra il Cal esprime parere favorevole sul Provv. Amm. vo. N°28 del 3 luglio 2026: "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2026/2030.

Procedutosi a votazione palese per alzata di mano, con l'assistenza degli scrutatori, si constata il seguente risultato:

Presenti	N. 28
Votanti	N. 28
Voti Favorevoli	N. 14
Voti contrari	N. 11 (Caversazio Guglielmo, Bruzzone Paolo, Franceschi Bruno, Franceschi Simone, Il Grande Alessandro, Lirosi Francesco, Lodi Cristina, Paganini Monica, Passino Alberto, Viaggi Riccardo, Villa Claudio).
Astenuti	N. 3 (Ozenda Gianluca, Speranza Roberto, Volpe Luca).

Il Presidente in conformità alla votazione proclama a maggioranza parere favorevole in ordine al Provv. Amm. vo n°28 del 3 luglio 2026: "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2026/2030.

DEL CHE SI È REDATTA LA PRESENTE DELIBERAZIONE N. 16

CHE PREVIA LETTURA E CONFERMA, VIENE COSÌ SOTTOSCRITTA

Genova, 31 luglio 2026

F.TO IL SEGRETARIO DEL CONSIGLIO
(Luca Petralia)

F.TO IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Pierangelo Olivieri)

*COPIA CONFORME PER USO AMMINISTRATIVO DEL PROVVEDIMENTO ESTRATTO
DALLA RACCOLTA DEGLI ATTI ORIGINALI DEL CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE
LOCALI DELLA LIGURIA ADOTTATO NELLA SEDUTA DEL 31 LUGLIO 2026.*

Genova, 31 luglio 2026

*Il Segretario
(Luca Petralia)*

