

GOVERNANCE DELLE RETI TERRITORIALI

Indice generale

1) Evoluzione delle zone distretto/Società della salute.....	2
1.a Le funzioni strategiche e operative a supporto del direttore di zona distretto/Società della salute.....	3
1.b Criteri per l'individuazione del personale per le Società della salute.....	5
2) Governance e programmazione delle zone distretto/Società della salute.....	6
2.a Modello Ufficio di piano per le zone distretto/Società della Salute.....	8
Ruolo ufficio di piano: competenze necessarie.....	8
Descrizione "ideal tipo" ufficio di piano.....	9
2.b Budget di zona.....	10
Valutazioni tecniche per le modalità di calcolo delle risorse di parte aziendale.....	11
Considerazioni relative ai rapporti tra zone distretto/Società della salute e Aziende con riferimento specifico alle risorse economiche.....	12
Scheda economica di budget zone distretto/Società della salute.....	14
Budget di zona e budget integrato per la programmazione zonale.....	18
3) Le reti territoriali.....	19
3.a Matrice organizzativa zone distretto/dipartimenti.....	20
3.b Indicazioni operative per l'implementazione della matrice organizzativa.....	22
A. Livello aziendale - Definizione dei contenuti effettivi relativi ai percorsi assistenziali.....	23
B. Livello zonale - Definizione delle attività relative all'attuazione dei singoli percorsi assistenziali.....	23
C. Livello delle programmazioni - Definizione dei programmi da evidenziare negli atti di programmazione aziendale (PAL) e negli atti di programmazione zonale (PIS).....	24
Responsabilità e negoziazione.....	25

1) Evoluzione delle zone distretto/Società della salute

La L.R. 11/2017 "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005", opera un bilanciamento rispetto alla riduzione delle Aziende USL da dodici a tre (L.R. 28/2015 e L.R.84/2015), potenziando notevolmente il ruolo delle zone distretto. Vengono evidenziati in particolare tre punti:

- la dimensione adeguata delle zone distretto, riducendole da 34 a 26;
- l'inserimento di importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone;
- l'individuazione della Società della salute a gestione diretta, quale modello da prediligere.

L'articolo 64 della legge regionale 40/2005 "Disciplina del sistema sanitario regionale" prevede che siano assegnate nuove ed importanti funzioni alle zone distretto che rappresentano l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni e di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, oltre a gestire la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza. L'integrazione sociosanitaria è realizzata attraverso le Società della salute ovvero mediante la Convenzione sociosanitaria.

Le aree di responsabilità della zona distretto possono essere così definite:

- organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate;
- organizzazione e gestione della continuità e delle risposte territoriali dell'integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale, dipendenze e non autosufficienza, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente e delle risorse messe a disposizione dall'azienda usl e dai comuni;
- governo, sulla base dei protocolli di cura e delle indicazioni dei bisogni espressi anche dalla medicina generale, dei percorsi inerenti le cure primarie, la specialistica territoriale, l'attività dei consultori, la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- governance istituzionale e la partecipazione;
- programmazione pluriennale e annuale.

Per completare il quadro delle funzioni delle zone distretto, l'articolo 71 ter della legge regionale 40, riferito alle SdS, ma che può essere esteso, nei suoi contenuti, anche alle zone che non hanno SdS, declina il governo della domanda come l'anello di congiunzione tra la funzione delle zone e la relativa programmazione (in primo luogo i Piani integrati di salute) in termini di:

- a) analisi dei consumi sanitari e sociosanitari;
- b) lavoro associato e multiprofessionale nell'ambito della medicina generale;
- c) continuità assistenziale, anche dopo la dimissione ospedaliera, sviluppando percorsi di integrazione con progetti sociali, sanitari e sociosanitari territoriali.

La funzione delle Zone è di tipo pro-attivo, potremmo dire di orientamento, a partire dai territori, del Sistema sociale e sanitario regionale.

Sulla base di queste aree di responsabilità della zona, i contenuti delle attività dei Direttori di SdS/zona distretto si esplicano relativamente a:

- Servizi sociali e sanitari della zona distretto: assistenza territoriale della zona distretto, percorsi assistenziali, i livelli base di cittadinanza sociale;
- Non autosufficienza: L.R. 66/08, assistenza domiciliare, residenzialità;
- Disabilità: percorso di presa in carico, alla valutazione biopsicosociale, predisposizione di un progetto personalizzato, budget di salute;
- Tutela dei minori;
- Gestione dei percorsi delle cronicità e dei percorsi di ambito territoriale;
- Salute mentale e dipendenze;
- Integrazione sociosanitaria per l'inclusione sociale nella lotta alla povertà e marginalità;
- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; contributo nella relativa definizione e responsabilità della loro contestualizzazione e implementazione;
- Medicina generale e pediatria di famiglia: modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multi professionale e sull'approccio proattivo e preventivo;
- Continuità assistenziale: coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurarne la realizzazione e la definizione di protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali, favorendo l'integrazione con i progetti sociali, sanitari e sociosanitari territoriali
- Concorre all'identificazione dei bisogni delle prestazioni di specialistica di primo accesso nonché di quelle presenti nell'ambito dei PDTAS per la cronicità.

La direzione di Zona-distretto/Società della salute assicura in questi ambiti, in collaborazione con i servizi zionali e aziendali dedicati, compiti e funzioni di governo, con particolare riguardo al miglioramento dell'appropriatezza e agli obiettivi specifici negoziati con i responsabili delle unità funzionali zionali e con i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali, come da DGRT 1280/2018. I Direttori di Zona-distretto/Società della salute si occupano, con il supporto dell'Ufficio di piano e delle altre figure preposte, della programmazione economico finanziaria e dalla programmazione di zona attraverso l'elaborazione del Piano integrato di salute e del Piano di inclusione zonale. La proiezione del ruolo del direttore Zona-distretto/Società della salute deve essere di grande apertura verso l'esterno, secondo il paradigma della governance, secondo il quale le decisioni non vengono prese solo in base alla competenze formali o agli obiettivi che vengono assegnati, ma sono il risultato di una negoziazione continua con un network di attori, con l'obiettivo non solo dell'efficienza dell'organizzazione, ma dell'efficacia dei percorsi e delle reti cliniche assistenziali e di comunità.

1.a Le funzioni strategiche e operative a supporto del direttore di zona distretto/Società della salute

Nelle seguenti tabelle vengono individuate le funzioni di staff al direttore di SdS/zona distretto

per le attività di tipo strategico e operativo, vengono definiti gli organismi e le rispettive unità minime di personale sia per le Società della salute che per le zona distretto senza SdS.

Società della salute

Organismi	Nr. minimo persone dedicate	Funzioni
Ufficio di piano	2 unità quale nucleo minimo ristretto	Funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute relative alla sanità territoriale, all'integrazione socio sanitaria e socio assistenziale Controllo, monitoraggio e valutazione degli obiettivi programmati Art. 64 c. 5 LRT 40/2005 e s.m.i. - Supporto nelle attività di programmazione locale annuale e pluriennale: Profilo di Salute e POA/PIS e PIZ - supporto ai tavoli di programmazione - supporto attività/tavoli di coprogettazione - ruolo di facilitatori - predisposizione atti per Assemblea/Giunta/direttore SdS e adempimenti vari - Supporto amm.vo nei progetti Europei e PON SIA REI- HCP e rendicontazioni - supporto agli organismi di partecipazione - Gestione rilevazioni per il Ministero, la Regione Toscana, I'ISTAT ecc...
Segreteria SdS e supporto alla direzione	1 unità	- Attività amministrative e di supporto (supporto al lavoro degli organi SdS, atti deliberativi SdS, convocazioni, verbalizzazioni, gestione corrispondenza e rapporti istituzionali, segreteria e archiviazione, privacy, gestione trasparenza-anticorruzione ecc..) – gestione Sito SdS - rapporti/relazioni con utenza e rapporti con URP degli enti consorziati
Bilancio SdS	1 unità	Bilancio e gestione Contabilità della SdS - Predisposizione atti amministrativi, gestione finanziamenti e rendicontazione progetti vari Az. USL/SdS/Regione/Ministero, Unioni, comuni ecc.. ; Monitoraggio costi a carico SdS; Gestione rapporti con la Tesoreria ed il Collegio Sindacale e consulente fiscale; Gestione rapporti contabili e finanziari con gli enti aderenti alla SdS (Comuni e Azienda USL)
Controllo di Gestione	Funzione svolta dalle competenti strutture degli enti consorziati	

Zona distretto

Organismi	Nr. minimo persone dedicate	Funzioni
Ufficio di piano	2 unità quale nucleo	Funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute

	minimo ristretto	relative alla sanità territoriale, all'integrazione socio sanitaria e socio assistenziale Controllo, monitoraggio e valutazione degli obiettivi programmati Art. 64 c. 5 LRT 40/2005 e s.m.i. - Supporto nelle attività di programmazione locale annuale e pluriennale: Profilo di Salute e POA/PIS e PIZ - supporto ai tavoli di programmazione - supporto attività/tavoli di coprogettazione - ruolo di facilitatori - predisposizione atti per le conferenze dei sindaci e adempimenti vari - Supporto amm.vo nei progetti Europei e PON SIA REI-HCP e rendicontazioni - supporto agli organismi di partecipazione - Gestione rilevazioni per il Ministero, la Regione Toscana, l'ISTAT ecc...
Segreteria e supporto alla direzione di zona	1 unità	- Attività amministrative e di supporto (supporto alla conferenza zonale dei sindaci, convocazioni, verbalizzazioni, gestione corrispondenza e rapporti istituzionali, segreteria e archiviazione, privacy, gestione trasparenza-anticorruzione ecc..) - rapporti/relazioni con utenza e rapporti con URP degli enti consorziati
Tenuta contabilità zona distretto	1 unità	Tenuta contabilità zona distretto – predisposizione atti amministrativi, gestione finanziamenti e rendicontazione progetti vari AUSL/zona/Regione/Ministero etc; monitoraggio costi
Controllo di Gestione	Funzione svolta dalle competenti strutture degli enti consorziati	

1.b Criteri per l'individuazione del personale per le Società della salute

La Società della salute si avvale, per l'esercizio delle proprie funzioni, di personale messo a disposizione dagli enti consorziati, salvo esigenze di particolari professionalità non presenti o non disponibili negli stessi enti. Trova applicazione sul tema l'art. 71 sexiesdecies della LRT n. 40/2005.

Gli enti consorziati individuano il personale da mettere a disposizione tra quello che svolge prevalentemente le attività e funzioni da trasferire alla SdS alla data della attivazione dei passaggi di funzione, in esecuzione dei relativi crono programmi approvati dalle Assemblee delle SdS. A parità di condizioni è opportuno tenere conto della disponibilità dei dipendenti.

Le SdS possono stipulare accordi di avvalimento ai sensi della DGRT 243/2011.

In attesa dell'attuazione della gestione diretta delle SdS ai sensi della l.r.11/2017, così come prevista dal PSSIR, si applica al personale l'istituto del comando o dell'assegnazione funzionale formalizzata. Si rinviando a specifici accordi tra gli enti consorziati le forme di contabilizzazione

del personale. Il personale comandato alla SdS mantiene il proprio rapporto giuridico e contrattuale con l'Ente di provenienza ma risponde, sotto il profilo organizzativo e funzionale, al direttore della Società della salute / responsabile di zona. Al personale comandato si applicano le coperture assicurative INAIL e comunque quelle previste dalla normativa vigente. La copertura per la responsabilità civile verso terzi è carico della SdS.

Al personale comandato e al personale assegnato funzionalmente alla SdS continua ad applicarsi il CCNL del comparto di provenienza, fermo restando l'impegno delle parti a definire la progressiva omogeneizzazione verso il CCNL della sanità pubblica, come previsto dalla normativa regionale, dei trattamenti economici e normativi con particolare riferimento al salario, compreso quello accessorio, al sistema premiante, alla formazione e aggiornamento.

Qualora si rendessero vacanti posti in dotazione organica dell'Ente di provenienza che lo stesso intenda ricoprire, questo è tenuto a dare priorità al personale comandato.

Nel caso di assunzioni dirette, ovvero di successivi trasferimenti, al personale dipendente della SdS si applica il trattamento giuridico ed economico previsto per i dipendenti del Servizio sanitario Nazionale. Preventivamente al trasferimento di personale saranno attivati percorsi di confronto specifico, come previsto dalla normativa generale e contrattuale di riferimento.

La SdS determina le sedi di lavoro sul territorio del personale a disposizione coerentemente con le attività e le funzioni rivolte all'utenza. In applicazione di tale principio la SdS deve garantire la conferma delle sedi di lavoro del personale comandato o assegnato funzionalmente o trasferito. La materia sarà regolata da specifici accordi sindacali a livello zonale.

Al personale comandato e/o assegnato funzionalmente alle SdS saranno garantiti i medesimi livelli salariali in coerenza con quelli dell'ente di provenienza. Per il trasferimento delle quote dei fondi contrattuali del personale assegnato alla SdS si rinvia alla contrattazione decentrata.

In caso di scioglimento del Consorzio SdS:

- il personale comandato o assegnato funzionalmente rientra nella disponibilità dell'Ente che ha disposto il comando o l'assegnazione
- per il personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato già dipendente degli Enti consorziati, gli Enti stessi garantiranno nel rispetto della normativa vigente, previa confronto con le organizzazioni sindacali, il riassorbimento nelle dotazioni organiche di provenienza.

Verifiche periodiche saranno effettuate con riferimento alla conferma dei comandi/assegnazioni funzionali e alla omogeneizzazione dei trattamenti economici ed accessori.

La gestione diretta delle SdS a regime, consentirà l'assunzione di personale, tramite mobilità in primo luogo dagli enti consorziati e/o tramite procedure concorsuali, oppure in comando da parte degli enti consorziati.

2) Governance e programmazione delle zone distretto/Società della salute

La governance istituzionale si basa su una serie di Conferenze collegate tra loro. La Conferenza regionale dei sindaci, le Conferenze aziendali, le Conferenze zonali o Assemblee delle Società della salute, deliberano gli atti fondamentali di programmazione. Come risulta chiaramente

dalla composizione delle varie Conferenze, dalle loro funzioni e dal sistema di deliberazione, il tutto rappresenta e conferma, di fatto, il cambiamento nel sistema di rappresentanza degli enti locali.

In precedenza la capacità di rappresentanza era sempre basata sul singolo Comune, nel nuovo sistema il baricentro è stato spostato verso la capacità delle SdS/zone distretto di governare i processi locali e fornirne una sintesi cooperativa prima a livello territoriale, poi a livello aziendale, quindi a livello regionale. Ciò appare ovvio in quanto la dirigenza delle aziende sanitarie (in particolare i responsabili di zona distretto e i direttori di Dipartimento) è chiamata ad esercitare le proprie funzioni con una rafforzata e trasparente collaborazione e interazione con il sistema della governance istituzionale tenendo ben presenti gli ambiti e le competenze che si vanno a ricoprire.

In seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la titolarità delle funzioni amministrative ha subito una stratificazione lungo l'asse verticale dei diversi livelli di governo: statale, regionale, comunale.

Per quanto riguarda la funzione dell'assistenza sanitaria le competenze sono così articolate:

- livello statale: determinazione dei livelli di assistenza.
- livello regionale: programmazione, organizzazione e realizzazione dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda l'assistenza Sociale le competenze sono così articolate:

- livello statale: determinazione dei livelli di assistenza.
- livello regionale: programmazione e organizzazione dei servizi sociali.
- livello comunale: realizzazione dei servizi, delle attività e delle prestazioni.

La programmazione rappresenta il luogo della ricomposizione nel quale trovano convergenza la titolarità della funzione di assistenza sanitaria assegnata all'Amministrazione Regionale e la titolarità della funzione di assistenza sociale assegnata all'Amministrazione Comunale. Per il territorio, in maniera particolare, il campo di applicazione della Programmazione di SdS/zona distretto si attua attraverso i Piani integrati di salute (PIS) e i Piani di inclusione zonale (PIZ) concretizzati annualmente nella Programmazione operativa annuale (POA). Con questi strumenti si integrano: finalità degli enti locali e aziende USL; funzioni sociali e funzioni socio-sanitarie; risorse comunali, aziendali o di altri fondi pubblici o privati.

La missione della programmazione di zona è quella di confrontarsi con un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a un'unità attraverso la costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale, la ricerca di coerenza fra programmazione e gestione dell'erogazione dei servizi.

Attraverso la programmazione effettuata dalle SdS/zonedistretto, si individuano i bisogni di salute della popolazione, vengono allocate le risorse e successivamente monitorati e valutati i risultati operativi raggiunti. Le zone distretto concorrono alla programmazione e alla definizione degli obiettivi di budget a livello territoriale e ospedaliero, nell'ambito della Direzione aziendale di area vasta. I percorsi assistenziali sono inseriti all'interno della programmazione.

Le funzioni di programmazione e gestione sono attuate dal direttore SdS/zona distretto e sono collegate con i livelli superiori di programmazione di azienda USL, di Area vasta (integrato con

le aziende ospedaliere universitarie) e con il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR). Attraverso la programmazione di SdS/zona distretto vengono definite l'organizzazione e gli standard dei servizi (volumi, sedi di erogazione delle prestazioni) sulla base della definizione dei bisogni e nei limiti delle risorse disponibili, in collaborazione con i Dipartimenti aziendali che hanno la responsabilità della qualità tecnico professionale e operativa.

All'art.64.2, comma5 si precisano alcune funzioni dell'ufficio a supporto del direttore di SdS/zona distretto, in particolare sulla programmazione dei piani integrati di salute: "Il direttore di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del piano di inclusione zonale".

Allo stesso modo nella l.r. 41/2005 Diritti di cittadinanza sociale all'art.29, comma7 è previsto che "il PIZ è elaborato dall'ufficio di piano zonale di cui all'articolo 64, comma 8, della l.r.40/2005" e prosegue all'art.35, comma 3 dove viene rimarcato il ruolo dell'ufficio nella programmazione locale: "Per l'elaborazione degli atti della programmazione locale, la conferenza può avvalersi delle strutture dei comuni oppure dell'ufficio di piano di cui all'articolo 64, comma 8, della l.r.40/2005".

2.a Modello Ufficio di piano per le zone distretto/Società della Salute

In ogni Società della Salute/Zona distretto deve essere attivato e strutturato un ufficio di piano capace di supportare la programmazione zonale attraverso l'individuazione e la messa a disposizione di personale adeguato e attraverso lo sviluppo delle competenze necessarie, anche in considerazione dei nuovi impegni legati alla programmazione e definiti nella DGR 573/2017 relativa alle linee di indirizzo PIS e PIZ. L'ufficio di piano è costituito dal Direttore di Società della Salute/zona distretto e da personale messo a disposizione dai comuni e dall'Azienda Unità sanitaria locale, anche attraverso gli istituti normativi e contrattuali vigenti. La logica di intervento non si focalizza solo sul livello zonale perché, una volta costituiti stabilmente nelle rispettive zone, gli uffici di piano dovranno essere coordinati a livello di Azienda USL supportando le conferenze aziendali dei sindaci (art 12 della l.r.40/2005, al comma 7) nella predisposizione del Piano Attuativo Locale (PAL).

Ruolo ufficio di piano: competenze necessarie

Conoscenze	Skills
<ul style="list-style-type: none">● Normative sanitarie e sociali● Budget	<ul style="list-style-type: none">● Capacità di implementazione di un budget integrato tra comuni e azienda USL● Capacità lettura, interpretazione e monitoraggio degli indicatori per definire i bisogni di salute della

<ul style="list-style-type: none"> ● Indicatori e modalità di rilevazione del Profilo di salute ● Programmazione ● Partecipazione ● Fondi regionali, nazionali ● Funzionamento dei finanziamenti europei 	<p>di propria zona</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Capacità di contribuire alla definizione degli obiettivi e delle attività per la programmazione annuale e pluriennale legata ai Piani integrati di salute e piani di inclusione zonale ● Capacità di facilitare gruppi di lavoro e organizzare la partecipazione ● Capacità di utilizzo degli strumenti informatici ● Europrogettazione e coprogettazione ● Capacità di tradurre decisioni e indirizzi in azioni concrete
---	--

Le eventuali competenze mancanti dovranno essere coperte attraverso:

- Formazione (anche attraverso uno specifici percorsi rivolti agli uffici di piano);
- Nuovo personale (attraverso mobilità o nuove assunzioni).

Decrizione "ideal tipo" ufficio di piano

Fermo restando che le competenze presenti nell'ufficio di piano devono essere le stesse per ogni SdS/zona distretto, per quanto riguarda le unità di personale possono, invece, variare in considerazione del numero di abitanti, della quantità dei comuni che fanno parte della zona distretto e dell'estensione territoriale. In ogni caso deve essere sempre definito uno standard di unità di personale presente. Nella delibera 229/2015 il cui allegato ha per titolo "Schema-tipo della convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione. L.R. 40/2005 art 70 bis", all'Art. 15 viene previsto che:

- la composizione dell'ufficio di piano tiene conto di una sufficiente rappresentanza degli enti aderenti;
- oltre ai componenti designati fanno comunque parte dell'ufficio di piano il responsabile di zona, un esperto in budget e contabilità dell'azienda sanitaria e due componenti con analoghe competenze individuati tra il personale dei comuni aderenti.

Alla luce delle competenze necessarie e degli obiettivi legati alla nuova programmazione è necessaria la presenza di almeno due unità di personale da individuare come nucleo ristretto minimo, presente stabilmente in tutte le SdS/zone distretto, che si occupi del coinvolgimento delle altre unità di personale, prevalentemente comunale e delle USL, sulla base degli obiettivi

e delle azioni che devono essere portati avanti. Il direttore di SdS/zona distretto, deve individuare tra le persone che sono presenti stabilmente, un responsabile dell'ufficio di piano.

L'attività dell'ufficio di piano non si è solo legata alle scadenze della programmazione, ma si caratterizza per una continuità nell'analisi e organizzazione delle attività. L'ufficio di piano si occupa di supportare il Direttore di SdS/zona distretto nello svolgimento dell'operatività quotidiana che, sempre più, richiede competenze amministrative, organizzative, di monitoraggio e valutazione.

Gli uffici di piano, dove sono presenti le SdS, richiedono che il personale sia “in capo” alle SdS, questo a maggior ragione considerando che la L.R.11/2017 prevede per le SdS la modalità di "gestione diretta" delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza (pur rimandando al PSSIR la modalità e i tempi per il passaggio alla gestione diretta delle SdS che gestiscono in maniera indiretta i servizi). Dove non sono presenti le SdS, l'ufficio di piano supporta il direttore di zona distretto ed è al servizio della conferenza integrata zonale dei sindaci, ha comunque bisogno di personale assegnato alle zone per il tempo necessario a svolgere le proprie funzioni in maniera continuativa. Le unità di personale che stabilmente compongono l'ufficio di piano, nel caso ci sia SdS devono essere “in capo” alle SdS, nel caso sia presente la Conferenza integrata dei sindaci, le unità di personale devono essere dipendenti dell'azienda USL o dei Comuni. I relativi costi dovranno essere ripartiti tra gli enti consorziati ovvero nel caso di Zona Distretto tra ASL e Comuni secondo i criteri di contabilizzazione stabiliti da specifici accordi. Gli statuti delle SdS, oppure i regolamenti di organizzazione, dove non presente la SdS, devono recepire la nuova strutturazione dell'ufficio di piano.

È fondamentale che il ruolo dell'ufficio di piano sia riconosciuto, sia per valorizzare le unità di personale che ne fanno parte - anche tramite gli obiettivi dei piani di lavoro - che per ribadire come la programmazione costituisca una priorità del sistema sanitario e sociale regionale a ogni livello.

Strutturare l'ufficio di piano non diventa un punto di forza soltanto per il buon funzionamento della programmazione delle zone, ma anche per migliorare la programmazione delle aziende USL che potranno organizzare la programmazione attuativa locale (PAL) attraverso il coordinamento degli uffici di piano. L'ufficio di piano si configura come un incubatore, che supera gli aspetti meramente amministrativi, in quanto vi sono nuove funzioni legate alla progettazione europea, anche nei suoi assetti di monitoraggio e rendicontazione. La programmazione non è più un mero adempimento burocratico, ma una modalità di lavoro strutturata e stabile che aiuta a definire in maniera migliore gli obiettivi e le attività condividendo priorità e responsabilità.

2.b Budget di zona

Si intende per budget di zona una modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende sanitarie e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La relativa scheda di budget utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione così come definito nelle “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale” (DGRT 573/2017) e già concretizzato nella compilazione della

programmazione operativa annuale POA 2018. La scheda sul budget di zona coincide per le aziende USL con il documento di riclassificazione delle risorse impiegate a livello di zona di cui all'art. 120, c.5 della LRT 40/05.

Una modalità condivisa di rappresentazione del budget zonale tra le aziende USL della Toscana permette una migliore comunicazione di sistema con la Regione e con le stesse SdS/zone distretto. Inoltre la rappresentazione omogenea delle risorse su base zonale coerente rispetto alle “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale” (DGRT 573/2017) contribuisce alla costruzione del budget integrato previsto nelle stesse linee di indirizzo al paragrafo: “La governance multilivello e il modello di programmazione in Toscana / Il budget integrato per la programmazione zonale”.

Valutazioni tecniche per le modalità di calcolo delle risorse di parte aziendale

I criteri per il calcolo delle risorse seguono una logica di tipo operativo che tiene conto dei seguenti elementi:

- a) il sistema della contabilità analitica aziendale è lo strumento principale per l'elaborazione dei dati sulle risorse ed è strettamente correlata a:
 - i) il sistema della contabilità generale per il bilancio;
 - ii) l'organizzazione aziendale delle USL -in parte diversa tra le 3 aziende USL-;
 - iii) la finalità delle rilevazioni dei costi in contabilità analitica che è quella di valutare l'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse da parte delle strutture organizzative in una logica di budget;
- b) l'utilizzo della contabilità analitica, in alcuni casi, è stato integrato con elaborazioni extra-contabili ricavate da dati di attività presenti nel sistema informativo regionale, di Estar ed aziendale. Sotto questo profilo i servizi socio-sanitari territoriali sono stati oggetto di un impegno importante da parte della Regione Toscana che ha attivato degli RFC (flussi informativi ad eventi) specifici che consentono una rappresentazione completa e dettagliata delle attività di molti dei settori della programmazione zonale. Il miglioramento della qualità in termini di completezza e tempestività delle informazioni gestite con tale modalità deve essere un impegno prioritario per le aziende e per tutti gli attori del sistema coinvolti. In questo senso, la Regione Toscana si impegna a individuare le modalità per condividere con le aziende e con Estar gli RFC in modo da agevolare la tempestiva individuazione e soluzione delle criticità in un percorso di miglioramento continuo;
- c) una valutazione di “costo/beneficio” per l'elaborazione del prospetto. Nelle indicazioni per la compilazione del prospetto si tiene in considerazione l'aspetto pratico della individuazione delle risorse in modo da rispettare il linguaggio delle programmazione (così come previsto nella già richiamate Linee di indirizzo DGR 573/2017), senza comportare un costo eccessivo in termini di carico di lavoro per gli uffici del controllo di gestione delle

aziende.

Considerazioni relative ai rapporti tra zone distretto/Società della salute e Aziende con riferimento specifico alle risorse economiche

Appare essenziale individuare la titolarità del budget in termini di autonomia/responsabilità, in modo da chiarire le relazioni tra Aziende sanitarie e Sds / Conferenze zonali dei sindaci per una migliore organizzazione dei servizi ai cittadini. Per la gestione delle risorse del budget di zona non è sufficiente limitarsi a distinguere le risorse economiche in base alla fonte, ma è necessario individuare gli ambiti di competenza in maniera particolare dove è presente la SdS. L'obiettivo è di presidiare l'allineamento tra titolarità della governance, delle risorse e la responsabilità di budget (titolarità del bilancio). Tale allineamento risulta comunque indicativo e, relativamente alle SdS, si rimanda a quanto previsto dal PSSIR sulla gestione diretta.

La scheda di budget costituisce il riferimento, sperimentale e aperto a integrazioni, condiviso tra le aziende sanitarie toscane, per la predisposizione del documento di riclassificazione delle risorse impiegate a livello di zona – di cui all'art. 120, c.5 della l.r. 40/2005– in quanto modalità condivisa tra le aziende sanitarie toscane per la rappresentazione omogenea delle risorse su base zonale in una logica di integrazione con i documenti di programmazione zonale annuale (POA) e pluriennale (PIS-art.21 l.r.40/2005- e PIZ).

La l.r. 40/2005, Capo II Contabilità, art.120 rubricato "Bilancio pluriennale di previsione" al comma 5 e 5bis recita:

- 5. Contestualmente alla adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali predispongono un documento di riclassificazione delle risorse impiegate per zona-distretto che è approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per il Piano integrato di salute (PIS) e il Piano Attuativo Locale (PAL);
- 5 bis. Ove costituite le Società della salute, contestualmente all'adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali presentano alle Società della salute il documento che evidenzia le risorse determinate per zona-distretto che costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per riferimento per il Piano integrato di salute (PIS) e il Piano Attuativo Locale (PAL).

Pertanto, la scheda di budget di zona permette una completa coerenza tra Piano attuativo locale delle Aziende USL e i Piani integrati di salute delle SdS/zone distretto. Infatti come previsto dall'art.22 l.r.40/2005 rubricato "Piani attuativi locali", al comma 5 viene disposto che "Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie, socio-sanitarie territoriali e socio-sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare: a)attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per zona distretto [...]; b)attraverso l'atto per l'integrazione socio-sanitaria, articolato per zona distretto [...]".

Nelle colonne della scheda di budget sono individuate 3 modalità:

- a) *“Governance e responsabilità gestionale diretta delle SdS/zone distretto con trasferimento delle risorse al bilancio della SdS”*. Con il trasferimento delle risorse da parte della ASL alla SdS, questa assume la piena responsabilità gestionale e di bilancio delle stesse, con i conseguenti obblighi di rendicontazione in relazione ai debiti informativi verso l’ASL stessa, la RT e le altre istituzioni (ministeri, etc.). Nel bilancio ASL, infatti, sarà visibile solo il trasferimento di risorse che sono quantificate in base a specifiche disposizioni regionali, ovvero, in un’apposita convenzione con la ASL. Tale trasferimento si riferisce esclusivamente alle risorse inerenti le materie in gestione diretta da parte della SdS e secondo le modalità gestionali scelte dalla SdS per provvedere all’intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione delle materie oggetto della gestione diretta SdS. Nelle realtà in cui non vi sia una SdS, viene comunque assegnato un budget alla Zona-Distretto con le stesse modalità sopra descritte e le risorse rimangono sul bilancio aziendale. Resta inteso che le risorse relative al Fondo per la Non autosufficienza di cui alla L.R. 66/08 devono essere trasferite con vincolo di destinazione alle SdS andandosi pertanto a configurare, in tale caso, la gestione diretta, quale unica modalità di gestione possibile.
- b) *“Governance e responsabilità gestionale indiretta delle SdS/zone distretto con assegnazione delle risorse nel Budget di Zona, senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS”*. Rispetto alla situazione precedente non vi è trasferimento di risorse che rimangono iscritte nel bilancio ASL. Conseguentemente le risorse sono assegnate alle SdS tramite il percorso della negoziazione del budget (schede) aziendale ed in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e zonale.
- c) *“Non rientranti nella governance diretta delle SdS/zone distretto e senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS e, quindi, senza assegnazione di Budget specifico”*
Per questo livello la SdS contribuisce alla programmazione dei servizi aziendali, in particolare, rappresentando i fabbisogni assistenziali della popolazione di riferimento. L’azienda è responsabile dell’erogazione dei LEA nel rispetto del vincolo di bilancio e la SdS/zona distretto, oltre a partecipare alla programmazione aziendale, esercita un diritto-dovere di monitoraggio e controllo dei servizi erogati alla popolazione di riferimento. E’ il caso, ad esempio, dell’assistenza ambulatoriale per le prestazioni specialistiche e di diagnostica.

In coerenza con il principio di non duplicazione delle strutture e delle funzioni, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, per lo svolgimento di talune funzioni – in particolare la contabilità generale ed analitica – è prevista la possibilità che le SdS possano avvalersi del supporto tecnico, professionale ed operativo delle strutture già esistenti dell’Azienda Usl. A tale scopo possono essere formalizzati accordi di avvalimento che consentano alle SdS di utilizzare procedure informatiche e competenze professionali dell’Azienda Usl. Allo scopo di mantenere comunque una visione complessiva dei servizi e progetti, da parte dell’azienda sanitaria e dei comuni, è necessario un potenziamento del sistema informativo delle zone distretto.

Scheda economica di budget zone distretto/Società della salute

Class. ^	Settori di programmazione	NOTE	Governance e responsabilità gestionale DIRETTA delle Zone/SdS. TRASFERIMENTO delle risorse al bilancio della SdS.	Governance e responsabilità gestionale INDIRETTA delle Zone/SdS. ASSEGNAZIONE delle risorse nel Budget di Zona, senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS.	Non rientranti nella governance diretta delle Zone/SdS. NO TRASFERIMENTO di risorse NO ASSEGNAZIONE di Budget specifico
Area di programmazione - CURE PRIMARIE					
ECO	Consumi sanitari e non sanitari dei presidi distrettuali	Consumi sanitari e non sanitari		X	
ECO	Assistenza di base	Personale convenzionato stipendi Medici Medicina Generale (MMG)– Pediatri Libera Scelta (PLS) - Continuità Assistenziale		X	
ECO	Assistenza farmaceutica convenzionata	Spesa Farmaceutica convenzionata		X	
ATT	Specialistica ambulatoriale	Specialistica ambulatoriale "integrata" e "non integrata". Dato di valenza informativa non desumibile dalla contabilità. Viene stimato sulla base del volume di prestazioni ambulatoriali fruite dai cittadini residenti nella zona, estrapolato dai flussi informativi regionali valorizzato al nomenclatore regionale.			X
ECO/ ATT	Sanità d'iniziativa	Indicazione di progetti di attività Parte economica: inserire variabili stipendiali per specifiche prestazioni medici convenzionati (MMG-PLS) eventuale personale dedicato		X	
***	Assistenza Domiciliare Infermieristica	L'assistenza domiciliare infermieristica è un setting assistenziale trasversale a diversi settori. Servizio erogato o direttamente con personale dipendente o indirettamente con servizio esternalizzato		X	
ATT	Riabilitazione (fisica-motoria)	Prestazioni fisioterapiche rilevabili dai flussi SPR e RIA. Dato di valenza informativa non desumibile dalla contabilità. Viene stimato sulla base del volume di prestazioni riabilitative fruite dai cittadini residenti nella zona, estrapolato dai flussi informativi regionali e valorizzato al nomenclatore regionale.			X
ECO/ ATT	Cure intermedie	costo dei ricoveri in strutture di cure intermedie.		X	

Governance delle reti territoriali

Class. ^	Settori di programmazione	NOTE	Governance e responsabilità gestionale DIRETTA delle Zone/SdS. TRASFERIMENTO delle risorse al bilancio della SdS.	Governance e responsabilità gestionale INDIRETTA delle Zone/SdS. ASSEGNAZIONE delle risorse nel Budget di Zona, senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS.	Non rientranti nella governance diretta delle Zone/SdS. NO TRASFERIMENTO di risorse NO ASSEGNAZIONE di Budget specifico
ECO/ ATT	Cure palliative ed Hospice	costo dei ricoveri in strutture e di assistenza domiciliare		X	
ATT	Self management	Specifici progetti di attività		X	
ATT	Invecchiamento attivo(AFA)	Specifici progetti di attività		X	
ATT	Anziano fragile	Specifici progetti di attività		X	
ATT	Materno infantile	Attività Consultoriale: i costi delle strutture sono ricompresi nel settore "presidi distrettuali"		X	
Area di programmazione – SOCIOSANITARIO - SALUTE MENTALE Adulti					
ECO/ ATT	ASS. RESIDENZIALE	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture residenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi residenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. SEMIRESDENZIALI	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture semiresidenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi semiresidenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. DOMICILIARE	Importi derivanti dall'erogazione di servizi domiciliari: - direttamente con personale aziendale - tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO	CONTRIBUTI	Erogazioni di contributi all'utente (es: borse-lavoro inserimenti terapeutico-riabilitativi)	X	X	
ECO/ ATT	Consumi sanitari e non dei presidi	costi dei Centri di Salute Mentale	X	X	
Area di programmazione – SOCIOSANITARIO - SALUTE MENTALE Infanzia adolescenza					
ECO/ ATT	ASS. RESIDENZIALE	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture residenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi residenziali erogati presso strutture aziendali	X	X	

Governance delle reti territoriali

Class. ^	Settori di programmazione	NOTE	Governance e responsabilità gestionale DIRETTA delle Zone/SdS. TRASFERIMENTO delle risorse al bilancio della SdS.	Governance e responsabilità gestionale INDIRETTA delle Zone/SdS. ASSEGNAZIONE delle risorse nel Budget di Zona, senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS.	Non rientranti nella governance diretta delle Zone/SdS. NO TRASFERIMENTO di risorse NO ASSEGNAZIONE di Budget specifico
		gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.			
ECO/ ATT	ASS. SEMIRESIDENZIALI	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture semiresidenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi semiresidenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. DOMICILIARE	Importi derivanti dall'erogazione di servizi domiciliari: - direttamente con personale aziendale - tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO	CONTRIBUTI	Erogazioni di contributi direttamente all'utente	X	X	
ECO/ ATT	Consumi sanitari e non dei presidi	costi dei Centri di Salute Mentale	X	X	
Area di programmazione – SOCIO SANITARIO - DIPENDENZE					
ECO/ ATT	ASS. RESIDENZIALE	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture residenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi residenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. SEMIRESIDENZIALI	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture semiresidenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi semiresidenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. DOMICILIARE	Importi derivanti dall'erogazione di servizi domiciliari: - direttamente con personale aziendale - tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO	CONTRIBUTI	Erogazioni di contributi	X	X	

Governance delle reti territoriali

Class. ^	Settori di programmazione	NOTE	Governance e responsabilità gestionale DIRETTA delle Zone/SdS. TRASFERIMENTO delle risorse al bilancio della SdS.	Governance e responsabilità gestionale INDIRETTA delle Zone/SdS. ASSEGNAZIONE delle risorse nel Budget di Zona, senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS.	Non rientranti nella governance diretta delle Zone/SdS. NO TRASFERIMENTO di risorse NO ASSEGNAZIONE di Budget specifico
		all'utente (es: borse-lavoro inserimenti terapeutico-riabilitativi)			
ECO/ ATT	Consumi sanitari e non dei presidi	costi dei SERD	X	X	
Area di programmazione – SOCIOSANITARIO - DISABILITA'					
ECO/ ATT	ASS. RESIDENZIALE	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture residenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi residenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. SEMIRESDENZIALI	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture semiresidenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi semiresidenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. DOMICILIARE	Importi derivanti dall'erogazione di servizi domiciliari: - direttamente con personale aziendale - tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO	CONTRIBUTI	Erogazioni di contributi direttamente all'utente per acquisizione di servizi assistenziali	X	X	
Area di programmazione – SOCIOSANITARIO – NON AUTOSUFFICIENZA					
ECO/ ATT	ASS. RESIDENZIALE	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture residenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi residenziali erogati presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO/ ATT	ASS. SEMIRESDENZIALI	Importi derivanti da: - inserimenti in strutture semiresidenziali esterne (rette, quota sanitaria) - servizi semiresidenziali erogati	X	X	

Class. ^	Settori di programmazione	NOTE	Governance e responsabilità gestionale DIRETTA delle Zone/SdS. TRASFERIMENTO delle risorse al bilancio della SdS.	Governance e responsabilità gestionale INDIRETTA delle Zone/SdS. ASSEGNAZIONE delle risorse nel Budget di Zona, senza trasferimento delle risorse al bilancio della SdS.	Non rientranti nella governance diretta delle Zone/SdS. NO TRASFERIMENTO di risorse NO ASSEGNAZIONE di Budget specifico
		presso strutture aziendali gestite direttamente con personale proprio o anche tramite appalti a soggetti esterni.			
ECO/ ATT	ASS. DOMICILIARE	Importi derivanti dall'erogazione di servizi domiciliari: - direttamente con personale aziendale - tramite appalti a soggetti esterni.	X	X	
ECO	CONTRIBUTI	Erogazioni di contributi direttamente all'utente per acquisizione di servizi assistenziali	X	X	

^ ECO: valore economico ricavato dalla contabilità

ATT: valore ricavato dai flussi di attività della Regione Toscana

Budget di zona e budget integrato per la programmazione zonale

Deve essere sottolineato che per quanto riguarda le SdS e le Conferenze zonali dei Sindaci il budget, per essere completo, oltre alla suddetta scheda delle Aziende USL, richiede un'integrazione, per quanto riguarda le aree di programmazione "promozione e prevenzione", "violenza di genere" e "servizi socio assistenziali", delle risorse dei Comuni e delle stesse Aziende USL. L'area di programmazione relativa ai servizi socio assistenziali ha una sua rilevanza per il budget di Zona che dipende fortemente dall'organizzazione territoriale dei servizi stessi.

Si rileva, per gli aspetti socio assistenziali, in caso di attivazione del Capo II della Convenzione per l'integrazione sociosanitaria (Art. 70bis LR 40/05 e smi e DGRT 229/15) o di presenza di SdS con convenzione con Azienda (Art. 71bis comma 5 lett. b) LR 40/05 e smi): nel primo caso vi è trasferimento di risorse dai Comuni all'Azienda, nel secondo caso vi è trasferimento di risorse dalla SdS all'Azienda, possibile soltanto nelle more dell'attivazione della gestione diretta così come prevista dal PSSIR.

In sintesi, il budget integrato per la programmazione zonale risulterà così composto:

- le risorse di competenza della Ausl, budget di zona sotto indicato nella tabella "Scheda economica di budget SdS/zona distretto", recate dal documento di riclassificazione delle risorse impiegate per zona-distretto così come previsto al comma 5 e al comma 5-bis dell'art. 120 della l.r. 40/2005;
- le risorse di competenza dei singoli enti locali afferenti all'ambito territoriale della zona-distretto, recate dai documenti di programmazione economico-finanziaria che riguardano le materie socio assistenziali e le materie sociali a rilevanza sanitaria;
- le risorse provenienti da ogni altro fondo regionale, statale o derivante dalla

programmazione europea che riguardano le materie della sanità territoriale, socio-sanitarie o socio assistenziali.

3) Le reti territoriali

Le normative che riguardano la programmazione di livello zonale fanno riferimento all'approccio di rete. L'art. 21 L.R. 40/2005, sul Piano integrato di salute, prevede che vengano definite le "reti di servizi" e che vengano promosse "reti cliniche integrate e strutturate". Anche sul versante sociale l'art.29 della l.r. 41/2005 descrive la funzione del Piano di inclusione zonale richiamando le attività da perseguire attraverso la "rete dei servizi" e di presa in carico da parte della "rete assistenziale".

Se il complesso dei presidi distrettuali può essere strutturato intorno a centri fortemente organizzati ed articolati come le Case della Salute, occorre contestualmente dotare il territorio di servizi residenziali e domiciliari e di teleassistenza che siano realmente in grado di adeguare l'attuale sistema di presa in carico territoriale alla complessità e intensità richieste a livello extraospedaliero. Per ottenere ciò deve essere implementato un sistema a rete formato da strutture e da servizi organizzati sulla base di differenti livelli di intensità assistenziali capaci di rispondere alle problematiche legate alla cronicità così come alle situazioni di fragilità e complessità sociale. Organizzare un sistema di reti significa descrivere e concordare quali sono i contenuti e le attività che costituiscono un percorso assistenziale. La rete richiede una modalità di lavoro basata su team multidisciplinari e multiprofessionali coordinati all'interno di un sistema in maniera da garantire una migliore equità dell' accesso, continuità delle cure, presa in carico del paziente cronico, innovazione dei percorsi assistenziali, integrazione dei budget, governance. Un sistema a rete è utile per rispondere alla complessità e creare valore nel sistema sanitario, ma richiede la conoscenza dei nodi del sistema e il coordinamento della loro interdipendenza. I principi che stanno alla base delle reti sono: collaborazione, condivisione, coinvolgimento (commitment, engagement etc) distribuzione e accessibilità delle informazioni; comunicazione tra i nodi, trasparenza verso l'esterno (pazienti).

Da un punto di vista organizzativo delle aziende USL, la rete si traduce nel collegare in maniera strutturata e permanente il nucleo operativo (zone distretto, presidi ospedalieri e dipartimenti) con la direzione strategica aziendale.

La direzione di zona contribuisce assieme alle direzioni di Dipartimento e di Presidio ospedaliero all'individuazione delle linee di sviluppo del piano di produzione sanitaria e di allineamento a standard di copertura, efficacia e sostenibilità delle attività previste per la zona distretto/Società della Salute, individuando congiuntamente criteri e priorità di allocazione delle risorse nel rispetto degli obiettivi strategici aziendali contestualizzati a livello zonale. Il piano di produzione sanitaria concorre alla definizione dell'accordo per l'erogazione dei percorsi assistenziali nella Zona Distretto. La direzione di zona distretto coordina le funzioni erogative dei percorsi assistenziali definiti con i Dipartimenti aziendali, implementati e realizzati, contestualizzandoli a livello zonale.

3.a Matrice organizzativa zone distretto/dipartimenti

La L.R. 40/2005 all'art. 69 bis "Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali" al primo comma recita: "I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali". Al comma 3 dello stesso articolo è previsto che ogni azienda USL, nel proprio statuto e, di conseguenza, nel regolamento di organizzazione, declini le finalità e i compiti del Dipartimento. Considerata la necessità di omogeneizzare le declinazioni delle tre aziende, è opportuno promuovere negli atti di programmazione regionale una matrice organizzativa unica per le diverse Aziende USL capace di individuare le responsabilità (gerarchiche, funzionali e di percorso) e la modalità di costruzione del budget, nell'assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali).

In questo senso hanno agito le delibere DGRT 441/2016 " Primi indirizzi alle aziende unità sanitarie locali in merito alle articolazioni di governo all'interno delle aziende" e DGRT 1280/2018 "Nuovo modello di Governance Aziendale. Approvazione delle linee di indirizzo."

L'obiettivo è quello di rafforzare il modello organizzativo e gestionale delle articolazioni aziendali, declinando il governo dei processi sanitari in modo tale da contemperare la ricerca dell'appropriatezza e sicurezza delle cure con l'ottimizzazione delle risorse disponibili, attraverso una programmazione adeguata dell'utilizzo delle stesse.

Nella matrice organizzativa tra zona distretto e Dipartimento, per quanto riguarda la definizione di "chi fa che cosa", le aziende devono convergere verso un modello che preveda un allineamento fra responsabilità dei Dipartimenti (es. standardizzazione dell'offerta, formazione, qualità professionale,) e delle SdS/zone distretto (responsabilità del percorso, operatività dei servizi).

Il Dipartimento, attraverso il coordinamento complessivo e l'aggregazione di tutte le competenze e professionalità coinvolte, cura l'aderenza dei professionisti ai percorsi clinici e assistenziali supporta lo sviluppo di comportamenti professionali basati sull'evidenza e costituisce l'ambito privilegiato nel quale promuovere la gestione del rischio clinico, l'adozione di scelte tecnico professionali in linea con le linee-guida e i protocolli diagnostico-terapeutici derivati dall'evidenza, la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Il direttore di Zona distretto/Società della Salute, di concerto con i Dipartimenti interessati, negozia gli obiettivi assegnati con i responsabili delle unità funzionali zonali e i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali per l'attuazione dei percorsi clinico assistenziali di competenza zonale.

Da un punto di vista organizzativo i direttori di Zona distretto/Società della Salute garantiscono alla direzione strategica aziendale l'operatività dei servizi e dei processi assistenziali attraverso le Unità Funzionali e coordinano in maniera matriciale l'integrazione con i Dipartimenti nel rispetto degli obiettivi di gestione e di salute definiti per il livello zonale con la direzione aziendale.

Questo processo si concretizza in un accordo tra Direzione aziendale /Direttori di Dipartimento e Direttore di Zona distretto/Società della Salute attraverso lo strumento della negoziazione.

Il percorso consiste e si integra non solo in servizi, ma anche in rapporti con i cittadini e le

istituzioni. La matrice organizzativa deve essere centrata sui livelli di integrazione che sono richiesti alle SdS/zone distretto:

- integrazione delle SdS/zone distretto con i servizi della sanità territoriale e sociosanitari;
- integrazione delle SdS/zone distretto con l'ospedale per la continuità ospedale – territorio;
- integrazione delle SdS/zone distretto con gli enti locali per la parte socioassistenziale.

Tuttavia, se la SdS/zona distretto deve essere realmente il livello elementare in grado di poter contestualizzare sul territorio e rendere operativi gli indirizzi e le azioni previste dai livelli sovraordinati di programmazione in quanto capace di leggere i bisogni della popolazione di riferimento e di poter coordinare ed armonizzare le risorse sia di tipo sanitario che sociale necessarie ai diversi PDTAS in modo integrato, allora appare chiaro che la responsabilità del percorso assistenziale deve essere saldamente in capo al direttore di Società della Salute/zona distretto che ne risponderà ai diversi soggetti (Regione, AUSL, Comuni) in modo diretto e per la quota parte di risorse che gli stessi renderanno disponibili. Sulla base delle rilevazioni dei bisogni indicati dal Profilo di salute, la zona distretto/Società della Salute attraverso la programmazione, supportata dal proprio Ufficio di Piano e altri professionisti, contestualizza e implementa i PDTAS dimensionandoli ai volumi in maniera coerente al bisogno previsto e in linea con il piano di produzione aziendale per quell'ambito territoriale. Questo meccanismo consente, indipendentemente dal trasferimento diretto delle risorse, di gestire il percorso assistenziale, attraverso la matrice organizzativa Dipartimenti/zone distretto, per mezzo della formalizzazione di "accordi" sanciti dalla trattativa di budget tra la Zona distretto e Dipartimenti, per le risposte di tipo sanitario, sociosanitario e sociale. Definito e strutturato il PDTAS, allora la matrice organizzativa può essere formalizzata attraverso "accordi" tra zona distretto/Società della Salute -su tutto il percorso- e Dipartimento -per la parte di sua competenza.

Ogni percorso assistenziale, come ad esempio un PDTAS, ha un suo budget complessivo al quale concorrono i singoli accordi con il Dipartimento di riferimento. Il budget è una responsabilità condivisa del direttore di zona distretto/Società della Salute e del direttore di Dipartimento per la fase di propria competenza. Sia il direttore di zona distretto/Società della Salute che il direttore di Dipartimento negoziano, per quanto di loro competenza, il budget relativo al percorso assistenziale con l'azienda sanitaria e, dove necessario, con le amministrazioni comunali.

Casa professionale definisce "come si fa"			
Dipartimento 1	Dipartimento 2	Dipartimento 3	Dipartimento 4
Accordo	Accordo	Accordo	Accordo
La Società della Salute/zona distretto contribuisce a definire il Percorso assistenziale/PDTAS suddividendolo in fasi elementari ed è responsabile dell'implementazione ("cosa si fa")			

Negli accordi si formalizza la doppia responsabilità tra Dipartimenti e zone distretto, i dipartimenti hanno una responsabilità tecnico professionale sulle risorse che sono loro assegnate. La zona distretto/Società della Salute contribuisce a contestualizzare e implementare il PDTAS suddividendolo nelle varie fasi e curandone l'implementazione attraverso l'integrazione con i dipartimenti, formalizzando, con accordo, responsabilità, relazioni e risorse. La zona distretto/Società della Salute è responsabile di tutto il PDTAS intorno al quale si strutturano gli accordi e lo organizza attraverso le Unità funzionali. La somma delle risorse previste nei vari accordi va a costituire il budget del percorso. Tale budget deve essere integrato, oltre che con i Dipartimenti delle aziende USL, anche con i servizi comunali di ambito socioassistenziale.

In sintesi nella matrice organizzativa:

- il criterio distintivo sul “chi fa che cosa” della matrice tra zona distretto/Società della Salute e Dipartimenti attribuisce al direttore di zona distretto/Società della Salute la responsabilità sul “che cosa” c'è da fare e al direttore di Dipartimento la responsabilità di “come” farlo;
- la responsabilità dei Percorsi assistenziali/PDTAS ricade sulla zona distretto/Società della Salute, mentre la dipendenza gerarchica delle risorse professionali sui Dipartimenti, anche con riferimento alle proprie unità funzionali;
- la definizione e costruzione dei Percorsi assistenziali/PDTAS richiede una negoziazione tra direttore di zona distretto/Società della Salute e direttori di Dipartimento, anche con riferimento alle proprie unità funzionali;
- gli accordi sono la modalità attraverso la quale si formalizzano responsabilità e risorse nel Percorso assistenziale/PDTAS;
- il budget del Percorso assistenziale/ PDTAS comprende le risorse previste negli accordi integrate con le altre eventuali fonti di finanziamento a partire da quelle di provenienza comunale.

I funzionamenti professionali e tecnici relativi a ciascun programma assistenziale, le modalità di organizzazione e di erogazione, il dimensionamento delle attività necessarie in ciascuna zona distretto, trovano evidenza nei documenti di programmazione sia a livello aziendale che zonale. Tali programmazioni sono portate all'approvazione dei relativi istituti della governance istituzionale, la Conferenza aziendale dei sindaci e la Conferenza integrata zonale/Assemblea della SdS.

3.b Indicazioni operative per l'implementazione della matrice organizzativa

Per quanto riguarda lo snodarsi del rapporto tra i dipartimenti territoriali e le zone distretto in

relazione all'attuazione dei PTDas e degli altri percorsi assistenziali, le fasi del macroprocesso decisionale sono così individuate:

- A. Livello aziendale - Definizione dei contenuti effettivi relativi ai percorsi assistenziali (Fase da mettere in relazione con l'elaborazione del piano aziendale di produzione).
- B. Livello zonale - Definizione delle attività relative all'attuazione dei singoli percorsi assistenziali (Fase da mettere in relazione con la trattativa di budget della zona distretto).
- C. Livello delle programmazioni - Definizione dei programmi da evidenziare negli atti di programmazione aziendale (PAL) e negli atti di programmazione zonale (PIS). Livello della governance istituzionale (Fase da mettere in relazione con gli istituti della governance istituzionale: Conferenza aziendale dei sindaci e Conferenza integrata zonale / Assemblea della Società della Salute).

A. Livello aziendale - Definizione dei contenuti effettivi relativi ai percorsi assistenziali

La definizione dei contenuti effettivi relativi ai programmi assistenziali viene effettuata a livello aziendale nell'ambito del rapporto strutturato, contemporaneo e completo, tra le organizzazioni dipartimentali e le zone distretto afferenti alla azienda sanitaria.

Tramite le necessarie sessioni di livello aziendale, viene individuata la partecipazione di ogni dipartimento interessato all'attuazione dei percorsi assistenziali, e tale partecipazione viene dimensionata in riferimento a ciascuna zona distretto. Il dimensionamento si concretizza necessariamente nella definizione dei volumi e delle tipologie di prestazioni necessarie per l'attuazione dei percorsi assistenziali in ciascuna zona distretto, insieme all'individuazione delle modalità di erogazione ritenute più appropriate in relazione al sistema dei servizi presente di ogni singolo ambito zonale.

Nel loro insieme, questi documenti costituiscono una delle basi indispensabili per l'elaborazione del piano di produzione aziendale. Allo stesso modo trovano evidenza nella programmazione strategica e nella programmazione attuativa del PAL.

B. Livello zonale - Definizione delle attività relative all'attuazione dei singoli percorsi assistenziali

I documenti prodotti nella precedente fase A, nell'ambito della costruzione del piano aziendale di produzione, sono sanciti a livello zonale attraverso il processo di negoziazione dei budget; ambito entro il quale viene definito il complessivo budget integrato di zona distretto e successivamente viene svolta la negoziazione specifica tra Direttore di zona distretto e Unità Funzionali.

Ogni singola zona distretto ricompono in un unico documento i volumi e le tipologie delle prestazioni che devono essere assicurate insieme alle modalità di erogazione ritenute più appropriate.

Oltre ai dipartimenti afferenti all'azienda sanitaria, tale processo coinvolge anche i vari settori

sociali secondo le modalità di integrazione istituite nelle diverse zone distretto (Società della salute o Convenzione Sociosanitaria).

A questo scopo la trattativa di budget definisce anche:

- il quadro delle responsabilità: quale struttura dipartimentale è tenuta ad assicurare la prestazione, e quale struttura funzionale è tenuta a provvedere alla sua erogazione in relazione alla responsabilità direzionale unitaria della singola zona distretto.
- Tempi: Definizione dei tempi di erogazione previsti dalle varie fasi dei percorsi assistenziali.
- Validità: Definizione del periodo di validità dell'accordo per il fabbisogno dei percorsi assistenziali.

Tale documento costituisce una delle basi essenziali per la trattativa di budget tra Direttore di zona e Unità Funzionali zonali, nonché per la definizione dei reciproci impegni adottati dagli enti aderenti le Società della salute o le Convenzioni Sociosanitarie.

I documenti tecnico-professionali che dimensionano i fabbisogni relativi ai percorsi assistenziali, sia il livello aziendale che zonale, rappresentano il corredo necessario al processo di negoziazione di budget. I contenuti del fabbisogno, espressi in volumi, tipologie e modalità di erogazione, sono sanciti e trovano efficacia operativa solo quando vengono assunti dagli accordi di budget poiché esclusivamente in questo modo viene assicurata la corretta correlazione tra obiettivi, risorse e responsabilità nell'ambito del piano generale degli obiettivi aziendali e zonali e nel quadro delle indispensabili compatibilità economiche e organizzative.

C. Livello delle programmazioni - Definizione dei programmi da evidenziare negli atti di programmazione aziendale (PAL) e negli atti di programmazione zonale (PIS)

Ogni singola zona distretto provvede a tradurre gli elementi necessari al funzionamento professionale e organizzativo e alla dotazione dei singoli percorsi assistenziali nelle idonee programmazioni recate dal Piano Attuativo Locale, dal Piano Integrato di Salute e dal Piano d'Inclusione Zonale, allo scopo di proporre l'approvazione presso i relativi istituti della governance istituzionale quali la Conferenza Aziendale dei Sindaci e la Conferenza Integrata Zonale o l'Assemblea della Società della Salute.

Secondo la razionalità portata dalla riforma del Sistema Sanitario Regionale con la L.R. 28/2014 e 84/2015, e sviluppata in particolare dalla L.R. 11/ 2017, la ripermimetrazione degli ambiti zonali attuata mediante un'ampia e impegnativa concertazione con le Autonomie Locali dal punto di vista organizzativo è basata sulla istituzione da parte della azienda sanitaria di una unità funzionale per ciascuna zona distretto riferita ai singoli dipartimenti territoriali.

L'insieme delle unità funzionali di ogni zona distretto rappresenta la base organizzativa di ciascuna organizzazione territoriale, elemento fondamentale che regge e promuove la rete territoriale di cui costituisce lo snodo, capace di incrociare le responsabilità professionali dei dipartimenti con le responsabilità direzionali della zona distretto.

L'interazione strutturata con gli istituti stabili per l'integrazione rappresentati dalle Società

della salute o dalle Convenzioni Sociosanitarie, permette di integrare questa 'base organizzativa distrettuale' con i settori sociali a rilevanza sanitaria o con i settori socioassistenziali. Tale sviluppo verso l'integrazione stabile e strutturata viene garantita sul piano direzionale e organizzativo dalla figura del Direttore di zona distretto, sul piano della convergenza degli obiettivi dagli strumenti della programmazione integrata, e sul piano istituzionale dalla Conferenza integrata di zona o dalla Assemblea della Società della Salute.

Responsabilità e negoziazione

Il processo di determinazione dei fabbisogni legati ai percorsi assistenziali trova avvio nella determinazione del piano di produzione aziendale, interseca i dipartimenti e le zone distretto per la definizione dei fabbisogni rispetto ai vari ambiti territoriali, si traduce in contenuti collegati ai budget di zona distretto, e viene raccolto nelle programmazioni di livello aziendale e zonale.

Il ruolo svolto dai Dipartimenti aziendali riguarda gli aspetti professionali e clinici relativi ai contenuti dei singoli percorsi assistenziali e il dimensionamento del personale necessario per sostenere il fabbisogno così determinato.

Il ruolo svolto dal Direttore di zona distretto/Società della Salute riguarda la responsabilità dell'attuazione dei singoli percorsi assistenziali; e della realizzazione delle attività definite nei relativi budget. Inoltre il direttore di Sds/zona provvede al necessario coordinamento con i settori sociali secondo le diverse forme di integrazione scelte dai singoli ambiti zonali (Società della salute o Convenzione Sociosanitaria).

Il ruolo svolto dalle Unità funzionali riguarda la partecipazione al dimensionamento per ciascuna zona distretto dei volumi, delle tipologie e delle modalità di erogazione relative alle fasi dei singoli percorsi assistenziali. Le necessarie risorse di personale risiedono nei rispettivi dipartimenti di provenienza, mentre la responsabilità dell'erogazione delle attività definite nel budget è di competenza del direttore di zona distretto a cui le Unità Funzionali rispondono per queste funzioni.

Elementi fondamentali e caratteristici del processo di negoziazione da cui scaturisce l'assegnazione di risorse sono:

- congruità della tempistica di adozione rispetto all'operatività (la negoziazione del budget anche in termini di risorse umane deve avvenire annualmente entro il 31 dicembre per l'anno di riferimento successivo);
- Pur nelle specifiche differenze tra le varie tipologie di Dipartimento resta ferma la certezza rispetto alla quantità (numero, ore..) di risorse negoziate nel budget (le risorse umane vengono fissate sulla base del fabbisogno e delle disponibilità in maniera stabile e non modificabile. In caso di assenze temporanee l'azienda, tramite il Dipartimento competente, ne garantisce la sostituzione allo scopo di mantenere inalterato il livello concordato di risorse e garantire il corretto funzionamento dei servizi);
- revisionabilità dell'accordo. In caso di necessità, determinata da un maggior fabbisogno zonale, da una revisione dei percorsi professionali aziendali o di altro, il budget viene

rinegoziato nel corso dell'anno con analoghe modalità (sottoscrizione fra Direzione Dipartimento e Società della Salute/zona distretto, quantificazione in termini numerici delle risorse, ecc.);

- mantenimento per il personale del rapporto lavorativo con l'ente di provenienza, in termini di linea professionale, rapporto amministrativo, disciplina contrattuale, trattamento economico;
- operatività del personale individuato dalla Direzione/Dipartimento all'interno dei piani operativi della Società della Salute/Zona distretto. Il personale orienta la propria attività lavorativa al raggiungimento degli obiettivi definiti dal Direttore di Società della Salute/zona distretto. Il Direttore di Società della Salute/Zona distretto partecipa e condivide il Piano di lavoro con le risorse umane individuate e negoziate all'interno del proprio budget.

Appare evidente che ferme le responsabilità e i ruoli di cui sopra, il funzionamento dell'incrocio Dipartimento / Società della Salute - zona distretto sarà migliore, come in ogni matrice, soltanto se accompagnato da adeguati strumenti operativi e supportato da un mutato approccio culturale incentrato su confronto, collaborazione, condivisione di obiettivi, analisi e valutazione dei risultati.