



**CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

**TRA
L'AZIENDA U.S.L. N. 9;**

**L'UNIONE DEI COMUNI MONTANI "COLLINE DEL FIORA"
COMPRENDENTE I COMUNI DI :
MANCIANO, PITIGLIANO E SORANO;**

**LA CONVENZIONE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI
SOCIALI TRA I COMUNI DI:
ORBETELLO, CAPALBIO E MAGLIANO IN TOSCANA;**

I COMUNI DI ISOLA DEL GIGLIO E MONTE ARGENTARIO

**REGIONE
TOSCANA**



**CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIO
SANITARIA
TRA
L'AZIENDA U.S.L. N. 9;
L'UNIONE DEI COMUNI MONTANI "COLLINE DEL FIORA" COMPRENDENTE I
COMUNI DI MANCIANO, PITIGLIANO E SORANO;
LA CONVENZIONE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI TRA I
COMUNI DI ORBETELLO, CAPALBIO E MAGLIANO IN TOSCANA;
I COMUNI DI ISOLA DEL GIGLIO E MONTE ARGENTARIO**

INDICE

CAPO I – SERVIZI SOCIO SANITARI.....	3
Titolo I - Norme Generali.....	3
Art. 1 - Oggetto.....	3
Art. 2 - Finalità.....	3
Art. 3 - Funzioni.....	4
Titolo II - Organo comune della convenzione.....	4
Art. 4 - Conferenza Integrata.....	4
Art. 5 - Funzioni della Conferenza Integrata.....	5
Art. 6 - Presidente della Conferenza Integrata.....	5
Art. 7 - Attribuzioni del Presidente della Conferenza Integrata.....	5
Titolo III – Gestione.....	5
Art. 8 - Ente responsabile della gestione.....	5
Art. 9 - Destinazione risorse non autosufficienza e attività sociali a rilevanza sanitaria.....	6
Art. 10 - Rapporti finanziari e risorse.....	6
Titolo IV - Processi di programmazione e di partecipazione.....	6
Art. 11 - Strumenti di programmazione.....	6
Art. 12 - Budget integrato di programmazione.....	7
Art. 13 - Ufficio di piano.....	7
Art. 14 - Istituti per la partecipazione.....	8
Titolo V - Percorsi assistenziali integrati.....	8
Art. 15 - Percorsi assistenziali integrati.....	8
Art. 16 – Integrazione gestionale.....	8
Art. 17 - Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni.....	8
CAPO II – SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI.....	8
Titolo VI - Norme Generali.....	8
Art. 18- Oggetto.....	8
Art. 19- Finalità.....	9
Titolo VII- Organo comune della convenzione.....	9
Titolo VIII- Gestione.....	9
Art. 20- Gestione associata delle materie socio-assistenziali.....	9
Art. 21 - Rapporti finanziari e risorse.....	10
Titolo IX - Integrazione socio-assistenziale.....	10
Art. 22 - Le materie socio-assistenziali.....	10
Art. 23- Strumenti attuativi del processo di integrazione.....	11
Titolo X - Processi di programmazione e di partecipazione.....	11
Titolo XI – Percorsi assistenziali integrati.....	11
Art. 24- Percorsi assistenziali integrati.....	11
Art. 25- Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni.....	11
Titolo XII- Realizzazione di servizi socio-assistenziali.....	11
Art. 26 - Struttura operativa.....	11
Art. 27- Budget operativo integrato.....	12
CAPO III – NORME GENERALI.....	12
Art. 28- Durata.....	12
Art. 29 – Regolamento dei rapporti finanziari.....	12
Art. 30- Recesso.....	12
Art. 31- Scioglimento.....	13
Art. 32- Obbligo di informazione reciproca.....	13
Art. 33- Controversie.....	13

CAPO I – SERVIZI SOCIOSANITARI

Titolo I - Norme Generali

Art. 1 - Oggetto

1. Con riferimento alla Zona-Distretto Colline dell'Albegna i Comuni di Isola del Giglio, Monte Argentario, la Convenzione tra i Comuni di Capalbio, Magliano in Toscana ed Orbetello, l'Unione dei Comuni Montani Colline del Fiora (Comuni di Manciano, Pitigliano e Sorano) e l'Azienda USL 9 Zona 2 di Grosseto stipulano la presente convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria (di seguito denominata 'Convenzione') ai sensi dell'art 70 bis della L.R. 40/2005.
2. La Convenzione è lo strumento per l'esercizio dell'integrazione socio-sanitaria, a questo scopo definisce gli impegni degli enti aderenti e disciplina in particolare:
 - a) l'organo comune della Convenzione che esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della L.R. 68/2011;
 - b) le responsabilità di gestione delle materie oggetto dell'accordo;
 - c) i processi di programmazione e di partecipazione;
 - d) i contenuti dell'integrazione socio-sanitaria;
 - e) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
 - f) la realizzazione di servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria ex art. 3septies, comma 2 e 4 del D.Lgs. 502/1992.
3. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali, dal momento della stipula della convenzione i soggetti sottoscrittori assolvono agli obblighi contrattati a questo scopo, pertanto la stessa definisce e regola il subentro nelle funzioni e la successione nei rapporti degli enti aderenti.
4. I soggetti sottoscrittori della presente convenzione si avvalgono delle sedi operative dei singoli Enti aderenti e utilizzano come sede principale quella della direzione distrettuale della Azienda Usl 9 Zona 2 ubicata in via Lungolago dei Pescatori c/o Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio nel Comune di Orbetello.

Art. 2 - Finalità

1. I soggetti aderiscono alla Convenzione al fine di:
 - a) garantire la gestione integrata e unitaria degli interventi di cui all'art. 1, comma 2, lett. f) della presente convenzione, partendo dal presupposto dell'unicità della persona e della necessità di presa in carico globale delle situazioni di disagio in ambito personale, familiare e contestuale socio-ambientale;
 - b) assicurare il governo dei servizi socio-sanitari e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
 - c) rendere la programmazione delle attività socio-sanitarie coerente con i bisogni di salute della popolazione;
 - d) realizzare l'attuazione di piani e programmi concordati dagli Enti firmatari relativamente a tutti i servizi oggetto della presente convenzione;
 - e) realizzare standard di prestazioni omogenee per territorio e conformi alle leggi nazionali e regionali ed alle indicazioni programmatiche previste dalle normative vigenti;
 - f) razionalizzare ed ottimizzare le risorse a disposizione per le attività oggetto della presente convenzione.
2. I soggetti aderenti perseguono le finalità stabilite dalla Convenzione assicurando tra l'altro:
 - a) il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
 - b) la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;
 - c) il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale;

Art. 3 - Funzioni

1. La Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria definisce il quadro generale delle politiche di settore, le responsabilità gestionali e professionali, gli impegni degli enti aderenti.
2. Al fine di esercitare l'integrazione socio-sanitaria, la Convenzione disciplina le modalità con cui vengono attuate le seguenti funzioni:
 - a) l'indirizzo e la programmazione delle attività socio-sanitarie previste dal piano sanitario e sociale integrato;
 - b) l'organizzazione e l'erogazione dei servizi socio-sanitari;
 - c) il coordinamento operativo delle attività professionali e la realizzazione dei percorsi assistenziali integrati;
 - d) il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.
3. Le attività svolte in attuazione della presente convenzione sono quelle di cui all'art. 3 – septies, commi 2 e 4 del D. Lgs. n. 502/1992 e riportate all'articolo 4 comma 1 del D.P.C.M. 14/02/2001.

Titolo II - Organo comune della convenzione

Art. 4 - Conferenza Integrata

1. L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la Conferenza Zonale dei Sindaci di cui all'articolo 34 della L.R. 41/2005, integrata con il Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale o suo delegato. L'organo comune (di seguito denominato 'Conferenza Integrata') esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della L.R. 68/2011.
2. La Conferenza Integrata è presieduta dal Presidente della Conferenza Zonale di cui all'articolo 34 della L.R. 41/2005.
3. I componenti della Conferenza Integrata, di cui all'articolo 70 bis della L.R. 40/2005, intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, in analogia con le disposizioni di cui all'art.12 comma 1 e 2 della L.R. 40/2005 e ss.mm.ii., così determinate:
 - a) il 66 per cento (66%) del totale è assegnato ai rappresentanti degli Enti Locali che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
 - b) il 34 per cento (34%) del totale è assegnato all'Azienda Sanitaria di riferimento.
4. La Conferenza Integrata assume le proprie decisioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli Enti Locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentino almeno il 67% delle quote di partecipazione detenute da tutti i soggetti sottoscrittori della convenzione. Le decisioni della Conferenza sono vincolanti per il soggetto gestore che le recepisce con propri atti e in base al proprio ordinamento.
5. Il funzionamento della Conferenza Integrata è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del Sindaco a favore dell'assessore competente e del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale a favore di un componente del livello dirigenziale apicale.
6. Le decisioni della Conferenza Integrata, che costituiscono atto di indirizzo, sono riportate nei verbali delle sedute, protocollati e archiviati secondo le previsioni del regolamento, e trasmessi ai soggetti aderenti. I conseguenti atti formali della A.S.L. saranno trasmessi agli Enti per l'eventuale seguito di competenza.
7. Il Presidente della Conferenza Integrata può invitare a partecipare alle sedute, senza diritto di voto, chiunque ritenga opportuno per chiarimenti o comunicazioni relativi ad oggetti posti all'ordine del giorno.
8. I partecipanti alla Conferenza Integrata non hanno diritto a compensi, gettoni di presenza, o altre indennità comunque denominate, oltre a quelle derivanti dalle funzioni svolte nelle istituzioni di appartenenza e a carico di queste ultime, salvo i rimborsi spese previsti dalla normativa degli enti locali; per le cause di incompatibilità e di decadenza si fa riferimento alla normativa in vigore.

Art. 5 - Funzioni della Conferenza Integrata

1. La Conferenza Integrata esprime l'indirizzo politico, i criteri organizzativi e di svolgimento dell'esercizio per l'integrazione sociosanitaria e per le altre deleghe eventualmente affidate alla Convenzione, definisce i rapporti finanziari tra gli Enti, e in particolare:

- a) approva gli atti di programmazione;
- b) approva i documenti economico-finanziari che regolano i rapporti tra gli Enti aderenti;
- c) approva i regolamenti di funzionamento;
- d) approva le proposte di regolamenti di accesso ai servizi socio-sanitari e/o socio-assistenziali;
- e) approva i programmi operativi per l'integrazione.

2. La Conferenza Integrata si riunisce almeno ogni tre mesi anche al fine di monitorare l'andamento della Convenzione.

Art. 6 - Presidente della Conferenza Integrata

1. La Conferenza integrata è presieduta dal Presidente della conferenza zonale di cui all'articolo 34 della L.R. 41/2005.

2. Il Regolamento della Conferenza integrata disciplina la sostituzione del Presidente in caso di assenza o di impedimento temporaneo del medesimo.

3. Il Presidente rimane in carica secondo quanto stabilito dal suddetto Regolamento.

Art. 7 - Attribuzioni del Presidente della Conferenza Integrata

1. Il Presidente esercita le seguenti funzioni:

- a) Convoca e presiede la Conferenza integrata e ne stabilisce l'ordine del giorno;
- b) Compie gli atti che gli sono demandati dalla Convenzione, dai regolamenti e dalla Conferenza integrata;
- c) Promuove la consultazione sugli atti d'indirizzo e di programmazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli istituti di partecipazione.

Titolo III – Gestione

Art. 8 - Ente responsabile della gestione

1. La responsabilità della gestione è attribuita, per delega, all'Azienda Unità Sanitaria Locale, presso la quale è operante la struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria; a questo scopo l'ente delegato provvede all'adozione dei provvedimenti amministrativi attinenti l'esercizio della funzione. Gli atti adottati nell'esercizio della delega sono imputati ad ogni effetto all'ente delegato.

2. La struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria è la Zona-Distretto, che costituisce il riferimento organizzativo ed operativo per le attività regolate dalla Convenzione. Il Responsabile della Zona-Distretto provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla Convenzione.

3. Lo sviluppo delle attività organizzative e di quelle operative inerenti l'esercizio della funzione per l'integrazione sociosanitaria è organizzato per mezzo di uno specifico piano-programma che, allegato alla presente convenzione con il n. 1, ne costituisce parte integrante e definisce:

- a) i servizi e le attività oggetto dell'esercizio associato;
- b) l'organizzazione e le modalità di gestione dei servizi e delle attività;
- c) le risorse economico-finanziarie, il personale e le risorse strumentali necessarie;
- d) il cronoprogramma dell'attivazione dell'esercizio integrato.

4. L'Azienda Unità Sanitaria Locale adotta le soluzioni organizzative che garantiscono la piena funzionalità della Zona Distretto e, in accordo con gli altri Enti aderenti, assicura le dotazioni organiche necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione. Le Amministrazioni Comunali aderenti garantiscono la piena operabilità delle funzioni organizzative ed operative oggetto della Convenzione, assicurando a

tal scopo la disponibilità delle necessarie risorse finanziarie, strumentali e di personale. Gli assetti organizzativi e le relative dotazioni organiche sono regolate dal documento di organizzazione, che definisce in particolare:

- a) assetti delle strutture organizzative;
- b) funzioni, dotazioni e articolazioni interne delle strutture di cui al punto a);
- c) composizione, funzioni e processi di lavoro dell'ufficio di piano;
- d) modalità organizzative e processi di lavoro.

Art. 9 - Destinazione risorse non autosufficienza e attività sociali a rilevanza sanitaria

Con riferimento alla presente convenzione, in attuazione dell'art. 70-bis comma 4 della L.R. 40/2005, le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della L.R. 66/2008 e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria sono attribuite alla Azienda USL.

Art. 10 - Rapporti finanziari e risorse

1. Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali a rilevanza sanitaria sono finanziati dalle Amministrazioni Comunali associate, ovvero dalle Unioni Comunali, secondo i criteri di cui al comma 2 del presente articolo, fermo il rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza. Le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie a rilevanza sociale sono finanziati dalla Azienda Sanitaria nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.
2. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sociali a rilevanza sanitaria la quota di risorse a carico dei Comuni viene determinata annualmente con riferimento alla quota capitaria stabilita sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, tenendo conto delle dimensioni demografiche e dei bisogni espressi.
3. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sanitari a rilevanza sociale la quota di risorse a carico della Azienda Sanitaria viene determinata annualmente, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione.
4. Il bilancio di esercizio e il bilancio preventivo economico annuale dell'Azienda Sanitaria mettono in separata evidenza i servizi oggetto della presente convenzione. L'Azienda Sanitaria predispone uno specifico documento contabile in cui sono riportati in maniera distinta i flussi finanziari di competenza Comunale, quelli di competenza sanitaria e quelli afferenti al fondo regionale per la non autosufficienza della L.R. 66/2008.
5. Entro il 31 ottobre di ogni anno la Conferenza Integrata verifica l'andamento della gestione associata in corso, ai fini degli eventuali provvedimenti di assestamento di bilancio di competenza dei Comuni. Entro il 30 novembre di ogni anno, la Conferenza Integrata approva il piano economico-finanziario della gestione associata per l'esercizio successivo corredato dal consuntivo della precedente gestione associata e dalla relativa relazione illustrativa, da cui risultano le quote associative a carico di ciascuna Amministrazione Comunale e la quota a carico dell'Azienda Sanitaria. Una volta approvato, il suddetto Piano economico finanziario annuale, è trasmesso alle Amministrazioni Comunali e all'Azienda Sanitaria per gli adempimenti connessi alla formazione dei relativi Bilanci di previsione.
6. L'Azienda Sanitaria attiva, nella competente Zona-Distretto, delle apposite azioni per il monitoraggio e il controllo continuo dell'andamento economico-finanziario e dei risultati assistenziali conseguiti dall'esercizio associato, assicurando a tal fine la partecipazione di personale qualificato proveniente dagli enti convenzionati attraverso l'utilizzo dell'ufficio di piano.

Titolo IV - Processi di programmazione e di partecipazione

Art. 11 - Strumenti di programmazione

1. Lo strumento generale di programmazione della Convenzione è il PIS di Zona di cui all'art. 21 della L.R. 40/2005. Il PIS di Zona viene elaborato dalla Conferenza Integrata e proposto all'approvazione della Conferenza aziendale dei sindaci di cui all'art. 12 della L.R. 40/2005, che

assicura il coordinamento e la coerenza tra le proposte zonali afferenti alla stessa Azienda Sanitaria .

2. Lo strumento specifico per la programmazione dell'integrazione sociosanitaria è l'atto per l'integrazione sociosanitaria di cui all'art. 22, comma 5, lettera b) della L.R. 40/2005 (P.A.L.).

3. Gli obiettivi della programmazione sono vincolanti per le attività dei singoli soggetti aderenti che partecipano direttamente alla loro elaborazione e condivisione nell'ambito della Convenzione; in particolare, in coerenza con quanto previsto dal comma 1 dell'art. 22 della L.R. 40/2005 e s.m.i., l'Azienda Sanitaria nel redigere il Piano Attuativo Locale (PAL) recepisce per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali il contenuto del PIS di Zona.

4. Il PIS di Zona è predisposto dal responsabile di Zona-Distretto secondo le linee di indirizzo della Conferenza Integrata, che formula la proposte da inviare alla Conferenza Aziendale dei Sindaci previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento; in caso di mancata risposta si considera conseguito il silenzio-assenso.

Art. 12 - Budget integrato di programmazione

1. Al fine di definire le necessarie ed indispensabili compatibilità economico-finanziarie che la programmazione deve rispettare per permettere ai singoli enti aderenti di perseguire l'equilibrio di bilancio, viene definito il Budget integrato di programmazione composto dalle previsioni pluriennali ed annuali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie di competenza della Convenzione.

2. Le risorse sono gestite dalla A.U.S.L.

3. L'Azienda USL trasmette alla Conferenza Integrata un documento economico in cui sono identificati i costi e i ricavi connessi con la programmazione dei settori di competenza, distinti secondo le differenti strutture organizzative a cui sono assegnate tali risorse.

4. La Conferenza Integrata, attraverso le strutture tecniche previste dalla Convenzione, armonizza i documenti finanziari con quelli economici e compone il Budget previsionale pluriennale che costituisce vincolo per la programmazione dell'esercizio integrato.

5. La Conferenza Integrata indica nel documento di programmazione le fasi, la tempistica e i contenuti del processo di programmazione, identificando i percorsi partecipati che garantiscono il coinvolgimento delle strutture tecniche e politiche degli enti aderenti e delle rappresentanze della società civile e del terzo settore.

Art. 13 - Ufficio di piano

1. Il responsabile di Zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione socio-sanitaria, 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 di cui all'articolo 29 della L.R. 41/2005.

2. L'ufficio di piano è quello già costituito ai sensi dell'art. 5 della Convenzione di cui alla Deliberazione A.S.L. 154/2013, che viene integrato con:

a) due rappresentanti dei Comuni due esperti in contabilità e budget;

b) per la Azienda USL: il responsabile UF Cure Primarie e un dipendente amministrativo della Zona-Distretto.

3. L'ufficio di piano costituisce l'elemento tecnico che supporta l'intero processo di programmazione così specificato:

a) elaborazione degli strumenti di programmazione;

b) monitoraggio continuo dei risultati raggiunti;

c) valutazione contabile verso cui esercita funzioni consuntive e non vincolanti.

4. L'ufficio di piano si avvale della struttura operativa di cui all'art. 6 della Convenzione sopra citata.

Art. 14 - Istituti per la partecipazione

1. I soggetti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e degli operatori attraverso l'attività di comunicazione dei dati epidemiologici necessari a sviluppare la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita corretta e della salubrità dell'ambiente sulla salute.
2. Al fine di assicurarne la operatività e favorire un rapporto organico e la partecipazione dei cittadini sono messi a disposizione del comitato di partecipazione di cui all'art. 64-ter della L.R. 40/2005, locali idonei per le attività ordinarie, gli incontri pubblici e i convegni e seminari sul tema della salute, compreso il dibattito sul funzionamento del sistema sanitario e sociosanitario integrato, così come si provvede alla pubblicizzazione degli stessi.
3. I componenti del comitato di partecipazione sono designati dalla Conferenza integrata.

Titolo V - Percorsi assistenziali integrati

Art. 15 - Percorsi assistenziali integrati

La Convenzione, attraverso le professionalità degli Enti aderenti, sviluppa la maggiore integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali secondo il processo di:

- a) accesso al sistema;
- b) presa in carico;
- c) attivazione delle prestazioni assistenziali;
- d) verifica, valutazione e monitoraggio degli esiti di salute.

I processi di integrazione sono descritti nei protocolli operativi indicati nell'allegato 1.

Art. 16 – Integrazione gestionale

1. Al fine di assicurare l'integrazione gestionale in campo socio-sanitario, all'interno dell'Ufficio di Piano sono definite le modalità di coordinamento operativo finalizzate a realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata e dall'Ente gestore.
2. I programmi operativi di settore possono prevedere l'attivazione di specifici gruppi di lavoro.

Art. 17 - Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni

1. L'accesso ai servizi, attività e interventi riguardanti l'esercizio per l'integrazione socio-sanitaria oggetto della presente Convenzione, è disciplinato da un apposito regolamento unico.
2. Il regolamento unico di accesso ai servizi socio-sanitari definisce i criteri e le modalità di fruizione delle relative prestazioni, nonché i parametri di compartecipazione al loro costo da parte di cittadini-utenti.

CAPO II – SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI

Titolo VI - Norme Generali

Art. 18- Oggetto

1. Con riferimento alla Zona-Distretto Colline dell'Albegna, l'Unione dei Comuni Montani "Colline del Fiora" comprendente i Comuni di Manciano, Pitigliano e Sorano; la convenzione per la gestione associata dei servizi sociali tra i Comuni di Orbetello, Capalbio e Magliano in Toscana; i Comuni di Isola del Giglio e Monte Argentario delegano, ai sensi dell'art 70 bis comma 5 della L.R. 40/2005, alla Azienda Unità Sanitaria Locale la gestione degli interventi e delle attività in materia socio-assistenziale di cui all'articolo 11, comma 2, della L.R. 41/2005. L'esercizio associato riguarda le seguenti attività, interventi e servizi:

- a) Definizione del percorso assistenziale personalizzato;
- b) Definizione delle condizioni per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali;

- c) Erogazione delle prestazioni socio-assistenziali;
 - d) Progettazione e gestione degli interventi e dei servizi di cui al Capo I del Titolo V della L.R.41/2005;
 - e) Autorizzazione, vigilanza e controllo delle strutture residenziali e semi-residenziali;
 - f) Determinazione degli obiettivi di servizio di cui all'articolo 2 del D.Lgs. 216/2010.
2. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali, dal momento della stipula della convenzione i soggetti sottoscrittori assolvono agli obblighi contrattati a questo scopo pertanto la stessa definisce e regola il subentro nella gestione e la successione nei rapporti degli enti aderenti.
3. L'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale delle sedi operative dei singoli Enti aderenti e utilizza come sede principale quella della direzione distrettuale della Azienda Usl 9 Zona 2 ubicata in via Lungolago dei Pescatori c/o Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio nel Comune di Orbetello.

Art. 19– Finalità

1. I soggetti aderiscono alla Convenzione al fine di:
- a) creare risposte sovra comunali omogenee e sinergiche costruendo un unico e articolato sistema di servizi e prestazioni adottando il principio di uno stanziamento procapite identico per tutti i residenti (quota capitaria) al fine di fronteggiare i fenomeni sociali sempre più intrecciati e indipendenti dai confini amministrativi;
 - b) promuovere e regolare il processo di associazione delle materie socio assistenziali;
 - c) assicurare il governo dei servizi socio-assistenziali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
 - d) rendere la programmazione delle attività sociali a rilevanza sanitaria coerente con i bisogni di salute della popolazione;
 - e) promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi socio-assistenziali di Zona Distretto.
2. I soggetti aderenti perseguono le finalità stabilite dalla Convenzione assicurando tra l'altro:
- a) il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni sociali e nel processo di programmazione;
 - b) la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;
 - c) il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello Regionale, Comunale e Aziendale;
 - d) l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni;
 - e) lo sviluppo di una solidarietà istituzionale che garantisca immediatezza degli interventi.

Titolo VII- Organo comune della convenzione

Per questo attiene l'organo comune per l'esercizio associato del socio-assistenziale si applica quanto previsto al Capo I Titolo II della convenzione.

Titolo VIII- Gestione

Art. 20- Gestione associata delle materie socio-assistenziali

1. La responsabilità della gestione è attribuita, per delega, all'azienda Unità Sanitaria Locale, presso la quale è operante la struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione socio-assistenziale; a questo scopo l'Ente delegato provvede all'adozione dei provvedimenti amministrativi attinenti l'esercizio della funzione, compresi gli atti di gestione. Gli atti adottati nell'esercizio della delega sono imputati ad ogni effetto all'ente delegato.

2. La gestione dell'esercizio associato delle funzioni fondamentali dei Comuni in ambito sociale, ai sensi dell'art. 11 comma 2 della L.R. 41/2005 è organizzata relativamente ai servizi indicati all'art. 22 utilizzando le strutture operative di cui all'art.27.

3. L'Azienda Unità Sanitaria Locale adotta le soluzioni organizzative che garantiscono la piena funzionalità della Zona Distretto e, in accordo con gli altri Enti aderenti, assicura le dotazioni organiche necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione. Le Amministrazioni Comunali aderenti garantiscono la piena operabilità delle funzioni organizzative ed operative oggetto della Convenzione, assicurando a tal scopo la disponibilità delle necessarie risorse finanziarie, strumentali e di personale.

Art. 21 - Rapporti finanziari e risorse

1. Il sistema integrato degli interventi socio-assistenziali è finanziato con risorse economiche proprie dei Comuni, risorse derivanti dalle compartecipazioni a carico degli utenti e con i contributi assegnati dallo Stato, dalla Regione e/o dalla Provincia. Le risorse in questione saranno introitate direttamente dall'Azienda Azienda USL presso la cui sede distrettuale è allocato l'Ufficio di Piano.

2. Per ogni altro aspetto inerente la regolamentazione dei rapporti finanziari inerenti ai servizi socio-assistenziali si fa riferimento alle previsioni di cui di cui all'Art. 10 del Capo I della Convenzione.

3. Le risorse per l'esercizio della funzione sono gestite direttamente dall'ente responsabile.

Titolo IX - Integrazione socio-assistenziale

Art. 22 - Le materie socio-assistenziali

1. L'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni aderenti in ambito sociale, si riferisce alle materie di cui all'Art. 11 comma 2 della L.R. 41/2005 e, comunque, nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.

2. I servizi, le attività e gli interventi socio-assistenziali oggetto della presente Convenzione sono di seguito specificati:

a) Attività di tutela dei minori connessa a provvedimenti dell'autorità giudiziaria in materia civile, amministrativa e penale: servizio per l'affidamento dei minori, per l'adozione nazionale e internazionale, mediazione familiare, sostegno alla genitorialità, accoglienza adulti e anziani;

b) Interventi volti a favorire la domiciliarità: assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone autosufficienti e minori; assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale;

c) Interventi e servizi educativo-assistenziali per favorire l'integrazione sociale e scolastica di minori e disabili e per il supporto all'inserimento lavorativo; sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare; supporto all'inserimento lavorativo per disabili o persone a rischio sociale; interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio;

d) Interventi in strutture semiresidenziali e residenziali: centri o ricoveri diurni per adulti in stato di handicap; integrazioni rette per non autosufficienti.

e) Attività di assistenza socio-educativa individuale domiciliare e territoriale, nonché interventi volti all'inserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione.

f) Interventi di sostegno economico finalizzati al soddisfacimento dei bisogni fondamentali ed al fine di promuovere l'autonomia e superare gli stati di difficoltà; sono interventi rivolti a singoli ed a famiglie, con priorità negli stati di bisogno in presenza di minori, persone con handicap ed anziani.

3. I Comuni sottoscrittori della presente convenzione potranno richiedere l'erogazione di ulteriori prestazioni e servizi diversi da quelli sopra contemplati. Per l'attivazione delle prestazioni in questione dovranno essere previste ulteriori risorse non rientranti nella quota capitolina. A titolo

puramente esemplificativo si riportano di seguito alcune prestazioni e servizi aggiuntivi che possono essere richiesti:

- a) Interventi relativi agli inserimenti in strutture residenziali in situazioni che richiedono interventi di protezione (minori, donne maltrattate, etc.)
- b) Attività di tipo ludico e ricreativo per l'utilizzo del tempo libero organizzato, nell'ambito degli interventi riconducibili alla L.R. del 26 luglio 2002, n.32.

Art. 23- Strumenti attuativi del processo di integrazione

Per garantire un sistema locale integrato di servizi sociali alla persona, gli interventi socio-assistenziali sono gestiti attraverso il metodo del coordinamento e l'integrazione con i servizi socio-sanitari al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute.

Per interventi e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari si intendono tutte le attività relative alla organizzazione, predisposizione ed erogazione di servizi (gratuiti, parzialmente o completamente a pagamento) destinate a rimuovere o ridurre le situazioni di bisogno/disagio.

Possono essere inoltre perseguite forme di integrazione con le politiche sociali degli Enti Locali, quali le politiche abitative, le politiche dell'educazione, dell'istruzione e del lavoro, attraverso modalità concertate e definite da appositi accordi, secondo il principio della qualificazione e della valorizzazione delle professioni sociali.

Titolo X - Processi di programmazione e di partecipazione

Si rinvia al titolo IV del Capo I.

Titolo XI – Percorsi assistenziali integrati

Art. 24- Percorsi assistenziali integrati

La Convenzione, attraverso le professionalità degli enti aderenti, sviluppa la maggiore integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali secondo il processo di:

- a) accesso al sistema;
- b) presa in carico;
- c) attivazione delle prestazioni assistenziali;
- d) verifica, valutazione e monitoraggio degli esiti di salute

Art. 25- Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni

L'accesso ai servizi di cui all'articolo 11, comma 2 della L.R. 41/2005 è disciplinato dalla presente Convenzione come estensione del regolamento unico di cui all'Art. 17 Capo I.

Titolo XII- Realizzazione di servizi socio-assistenziali

Art. 26 - Struttura operativa

1. Gli interventi previsti dal Piano di Zona sono attuati secondo le competenze funzionali e professionali assegnate dalle strutture dell' Azienda Sanitaria, in particolare oltre che dal personale amministrativo dedicato assegnato alla responsabilità delle strutture amministrative competenti dell'Azienda USL, da tutte le risorse multiprofessionali quali, a titolo di esempio, l'Unità Valutativa Multiprofessionale (U.V.M.) per gli interventi sulla non autosufficienza, le strutture professionali di assistenza sociale e le strutture funzionali in cui queste si articolano, e quant'altro. Tutti gli interventi attivati e i relativi provvedimenti sono trasmessi dal responsabile amministrativo e/o dal Coordinatore Sociale all'Ufficio di Piano per il monitoraggio del Piano di Zona, del budget di gestione e di tutti gli altri adempimenti ad esso assegnati. Alla struttura afferiscono risorse umane adeguate a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni ed i compiti assegnati .

2. Le aree disciplinari e gli ambiti tecnici di intervento sono i seguenti:

a) progettazione degli interventi e predisposizione degli atti per l'organizzazione e la gestione dei servizi organizzazione dei servizi sociali per tutte le aree prioritarie richiamate dal Piano Regionale delle Politiche Sociali integrazione socio sanitaria programmazione finanziaria, gestione economica e rendicontazione e predisposizione dei relativi atti, ricerca sociale per l'analisi dei bisogni, della domanda e della offerta sociale, per la rilevazione della qualità, e analisi statistica.

b) organizzazione della raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione.

c) comunicazione sociale e organizzazione di campagne di sensibilizzazione e di informazione.

3. La dotazione organica sarà individuata di comune intesa tra le parti e costituirà onere di servizio. I Comuni si impegnano a mettere a disposizione, in quota parte e in modo puntuale l'apporto stabile e continuativo di risorse umane, ovvero delle risorse economiche necessarie per le stesse.

4. Laddove dette risorse non siano sufficienti per coprire il fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali rilevato, si potrà far ricorso a risorse umane esterne.

Art. 27- Budget operativo integrato

Per il presente articolo si rimanda all'art 12 Capo I.

CAPO III – NORME GENERALI

Art. 28- Durata

La durata della Convenzione è di cinque anni dalla sottoscrizione, ed è rinnovata con adozione di un apposito atto deliberativo della Conferenza Integrata.

Art. 29 – Regolamento dei rapporti finanziari

I Comuni sottoscrittori della presente Convenzione qualora impossibilitati in un'unica soluzione all'inizio dell'anno, si impegnano a trasferire all'Azienda USL le somme a loro carico nel seguente modo:

- prima tranche pari al 50% entro il 31 marzo;
- seconda tranche relativa al rimanente 50% entro e non oltre il 31 agosto.

In caso di mancato rispetto dei termini di corresponsione delle suddette somme saranno addebitati ai Comuni gli interessi passivi calcolati sulla base del tasso legale vigente.

Eventuali somme non spese saranno utilizzate per l'attuazione del documento di programmazione dell'anno successivo.

Art. 30- Recesso

1. Ognuna delle parti contraenti può fare valere la volontà di recedere dalla presente convenzione con preavviso di 90 giorni.

2. Nel caso il recesso sia dovuto a cause di forza maggiore, vincoli normativi o disposizioni organizzative di Enti sovraordinati, il preavviso è ridotto a 30 giorni.

3. In ogni caso, la parte recedente è obbligata alla copertura degli oneri derivanti dalla presente convenzione per tutto il periodo precedente alla data di recesso. In particolare, con riferimento a quanto previsto all'art. 4, la parte recedente si impegna a saldare all'Azienda entro la data di recesso l'importo previsto a suo carico, ricalcolato per la frazione di tempo in cui ha fruito dei servizi forniti dall'Azienda. La parte recedente inoltre è tenuta a farsi carico, anche dopo la data di recesso, in quota parte con gli altri Enti Locali firmatari e comunque in proporzione alla frazione di tempo antecedente il recesso, di eventuali oneri rilevati a consuntivo del periodo di gestione ed eccedenti le quote già versate a titolo anticipatorio.

4. Per contro, qualora gli oneri rilevati a consuntivo del periodo di gestione risultassero inferiori alle quote già versate a titolo anticipatorio, la parte recedente concorrerà al rimborso in quota-parte con gli altri Enti Locali firmatari, in proporzione alla frazione di tempo antecedente il recesso.

Art. 31- Scioglimento

1. La Convenzione per l'esercizio delle funzioni sociosanitarie può essere sciolta solo nei casi di apposita previsione legislativa regionale o nazionale.
2. La Convenzione è sciolta anche nel caso di fusione di due o più Zone-Distretto.
3. Nei casi di cui al comma 1 e 2 del presente articolo, la Convenzione cessa di avere effetto a seguito della stipula di una specifica convenzione di scioglimento, con la quale sono individuati gli enti che sono tenuti alla conclusione dei procedimenti in corso e gli enti che succedono nei rapporti attivi e passivi, e sono stabiliti gli altri effetti, anche patrimoniali e finanziari, dello scioglimento.

Art. 32- Obbligo di informazione reciproca

1. Gli Enti firmatari della presente Convenzione si impegnano a trasmettere tempestivamente ogni informazione e dato richiesto dalla Conferenza Integrata, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.
2. Gli atti dei singoli Enti aderenti che interessano le materie oggetto del presente accordo, sono comunicate tempestivamente alla Conferenza Integrata da parte dei competenti uffici.

Art. 33- Controversie

1. Ciascuno degli Enti aderenti può rilevare eventuali irregolarità ed inadempienze degli obblighi derivanti dal presente accordo mediante contestazione in forma scritta, da cui risultino motivi di prova, all'Ente risultato inadempiente, portandola contestualmente a conoscenza di tutti gli enti interessati.
2. La soluzione di eventuali controversie derivante dall'interpretazione del presente accordo o da inadempienze e inosservanze degli impegni assunti dagli enti firmatari è demandata ad un collegio arbitrale costituito da tre rappresentanti, di cui due nominati dalla Conferenza zonale dei sindaci e uno dall'Azienda sanitaria locale. Il collegio arbitrale si riunisce su iniziativa di uno degli enti firmatari.

Letto, firmato e sottoscritto:

Unione dei Comuni Colline del Fiora

Comuni in Convenzione :

Capalbio

Magliano in Toscana

Orbetello

Comune di Isola del Giglio

Comune di Monte Argentario

Azienda Usl 9 di Grosseto

ALLEGATO "1" PIANO PROGRAMMA

A) Servizi e attività oggetto dell'esercizio associato

Il presente allegato integra gli artt:11,12 (Titolo IV integrazione socio-sanitaria) 17,18 (Titolo VI Coordinamento interprofessionale e percorsi ass.li integrati) 20 (Titolo VII - Realizzazione dei servizi Socio sanitari).

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (D-Lgs 502/92, art. 3 septies).

Ai sensi dell'Art. 4, comma 1 del DPCM 14/02/2001, gli interventi socio sanitari integrati, al momento della presente sottoscrizione, sono i seguenti:

AREA DI INTEGRAZIONE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE
Area materno infantile	attività per la protezione dell'infanzia, valutazione genitorialità, idoneità alla adozione e affidamento, disagio familiare, maltrattamento e abuso sulle fasce deboli, collaborazione con AG (provvedimenti civili e penali riguardanti i minori
Area disabilità	inserimento scolastico e lavorativo, servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali,
Patologie psichiatriche	accoglienza in strutture a bassa intensità ass.le, programmi di reinserimento sociale e lavorativo
Anziani non autosufficienti	prestazioni erogate con il FNA che sono: - valutazione multidimensionale (UVM) - inserimento in RSA (definitivo) - inserimento in RSA (solievo) - contributo badanti - contributo rete familiare - trasporto sociale - Assistenza domiciliare finalizzata alla cura della persona
Dipendenze da sostanze	interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo per soggetti che hanno seguito il programma di disassuefazione e di uscita dalla dipendenza.

Nel quinquennio di vigenza della presente Convenzione le prestazioni socio sanitarie integrate saranno progressivamente estese a tutti gli interventi previsti dal DPCM citato.

B) Organizzazione e modalità di gestione dei servizi e delle attività

L'integrazione socio sanitaria si realizza mediante:

- integrazione professionale
- integrazione gestionale
- integrazione di risorse

b1) Strumenti attuativi della integrazione professionale

- Protocollo tra UFSMA e UFPSA del 02/10/2014, denominato "Procedura tra UF percorsi socio assistenziali e UF salute mentale";
- protocollo di integrazione sociale tra UFPSA e UF consultoriale del 10/09/2014
- protocollo tra UFPSA e UF dipendenze;
- protocollo tra UFPSA e U.F. Cure Primarie relativamente all'Unità di Valutazione Multidimensionale per la Non Autosufficienza.

b2) Integrazione gestionale

- la gestione è affidata all'Azienda Sanitaria tramite la Zona Distretto. Il responsabile di Zona è coadiuvato dall' Ufficio di Piano;
- Il personale tecnico che opera nei servizi territoriali è totalmente dipendente dell'Azienda Sanitaria;
- la gestione prevede percorsi integrati che garantiscono uniformità di accesso, valutazione e presa in carico multidimensionale;
- l'attivazione delle prestazioni viene prontamente comunicata ai singoli Enti Locali.

b3) Integrazione di risorse

Il personale tecnico e le risorse strumentali sono già messe a disposizione dalla Azienda Sanitaria e dai Comuni e sono elencate nel paragrafo D sottostante.

Le fonti di finanziamento sono così individuate:

- quota capitaria a carico dei Comuni definita annualmente sulla base dell'esercizio dell'anno precedente e sulla programmazione degli interventi frutto dell'analisi di bisogno;
- risorse Regionali e/o Statali;
- fondo Regionale della Non Autosufficienza di cui alla legge 66/2008;
- fondo Sanitario;
- altro.

C) CRONOPROGRAMMA DELL'ATTIVAZIONE DELL'ESERCIZIO INTEGRATO

E' già in atto un Accordo di Cooperazione per la realizzazione del sistema integrato degli interventi socio-sanitari della Zona Distretto Colline dell'Albegna tra l'Azienda USL9 e Unione dei comuni Colline del Fiora, Convenzione Comuni di Capalbio, Magliano in Toscana ed Orbetello, Comune Isola del Giglio e Comune di Monte Argentario, ai sensi della Delibera Ausl9 n.154 del 18/03/2013.

Entro il 31/12/2015:

- approvazione del Regolamento della Conferenza Integrata dei Sindaci;
- Integrazione Convenzione con la parte relativa al socio assistenziale attualmente garantita nell'Accordo di cui sopra in scadenza al 31/12/2015;
- Approvazione Documento di organizzazione.

Entro il 31/12/2016:

- progressiva implementazione delle prestazioni oggetto della Convenzione fino a comprendere tutte quelle previste dal DPCM 14/02/2001;

- Costituzione Comitato di Partecipazione.

D) RISORSE ECONOMICHE, UMANE E STRUMENTALI

Le risorse umane sono storicamente in carico all' Azienda ASL 9 e il relativo costo viene rendicontato in quota parte agli Enti Locali sottoscrittori della presente convenzione sulla base dell'attività svolta nel settore dell'integrazione socio-sanitaria.

La dotazione organica comprende oltre a Medici, Specialisti, Infermeri, terapisti della riabilitazione, n. 9 assistenti sociali, 2 educatori professionali e 5 amministrativi dedicati. 8 Funzionari dei Comuni fanno parte dell'Ufficio di Piano.

I servizi di supporto al segretariato sociale, di assistenza domiciliare generica, specializzata ed educativa, i Centri diurni per disabili e i Centri riabilitativi per disabili mentali sono appaltati a cooperative sociali.

Per quanto attiene le strutture, il Centro diurno per disabili "Il Delfino" di Montemerano è di proprietà del Comune di Manciano, le altre (centro diurno per disabili "Il Mare" e strutture amministrative e sanitarie) sono di proprietà della ASL 9

I beni strumentali, le attrezzature le 10 autovetture in dotazione sono di proprietà della ASL ed i costi di uso e manutenzione vengono rendicontati a carico dei Comuni.

I rapporti finanziari sono di anno in anno determinati in sede di preconsuntivo sulla base della programmazione delle attività e successivamente definiti a consuntivo.