

**AZIENDA SANITARIA TOSCANA SUD EST**

**ZONA SOCIOSANITARIA DELLA VALDICHIANA ARETINA**

-----

**CONVENZIONE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

**ex art. 70 bis della L.R. 40/2005 e ss.mm.ii.**

# INDICE

## Capo I - Servizi Sociosanitari

### Titolo I - Norme Generali

Art. 1 - Oggetto

Art. 2 - Finalità

Art. 3 - Funzioni

### Titolo II - Organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la Convenzione

Art. 4 - Conferenza Zonale Integrata

Art. 5 - Presidente della Conferenza integrata

### Titolo III - Organizzazione e attuazione dell'esercizio sociosanitario associato

Art. 6 - Materie sociosanitarie

Art. 7 - Ente responsabile della gestione

Art. 8 - Piano-programma

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

Art. 10 - Rapporti finanziari e risorse

Art. 11 - Quadro economico-finanziario

Art. 12 - Assetti organizzativi

### Titolo IV - Programmazione, percorsi assistenziali integrati e coordinamento interprofessionale

Art. 13 - Strumenti di programmazione

Art. 14 - Ufficio di piano

Art. 15 - Istituti per la partecipazione

Art. 16 - Percorsi assistenziali integrati

Art. 17 - Coordinamenti interprofessionali e budget operativi integrati

Art. 18 - Regolamento di accesso e fruizione dei servizi

## Capo II - Servizi Socioassistenziali

n.d.

## Capo III - Norme comuni al Capo I e al Capo II

Art. 32 - Norme speciali per le unioni dei comuni

Art. 33 - Durata

Art. 34 - Recesso

Art. 35 - Scioglimento

Art. 36 - Sistema Informativo

Art. 37 - Obbligo di informazione reciproca

Art. 38 - Controversie

Art. 39 - Norme transitorie e finali

## ALLEGATI

### SEZIONE 1 di cui al comma 2 dell'art. 8 della Convenzione

- All. 1A Declaratoria dei servizi oggetto della convenzione
- All. 1B Risorse finanziarie destinate ai servizi di cui all'allegato 1A
- All. 1C Personale destinato ai servizi di cui all'allegato 1A
- All. 1D Risorse strumentali (attrezzature e beni immobili) destinate ai servizi di cui all'allegato 1A

**SEZIONE 2 di cui al comma 3 dell'art. 8 della Convenzione**

- All. 2A Cronoprogramma di sviluppo degli assetti organizzativi
- All. 2B Norme integrative relative alla modifica della declaratoria di cui all'allegato 1A e alla gestione economico-finanziaria
- All. 2C Norme generali integrative relative al personale destinato ai servizi di cui all'allegato 1A
- All. 2D Norme di indirizzo relative alla elaborazione del Regolamento di Organizzazione di cui all'art. 12 dello schema di convenzione
- All. 2E Protocollo Operativo per la presa in carico, la programmazione e l'attivazione di servizi ed interventi per l'“Assistenza continuativa alla persona non autosufficiente” di cui alla L.R. 66/08 e s.m.i.
- All. 2F Cronoprogramma di Sviluppo dei Protocolli Operativi

## Capo I – Servizi Sociosanitari

### Titolo I – Norme Generali

#### Art. 1 - Oggetto

1. Con riferimento alla Zona-distretto Valdichiana Aretina, i Comuni di Cortona, Castiglion Fiorentino, Foiano della Chiana, Lucignano, Marciano della Chiana e l'Azienda Sanitaria Locale USL Toscana Sud Est, stipulano la presente convenzione (di seguito denominata 'Convenzione') per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria ai sensi dell'art 70 bis della l.r. 40/2005.
2. La Convenzione è lo strumento per l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria, a questo scopo definisce gli impegni degli enti aderenti e disciplina in particolare:
  - a. i contenuti dell'integrazione socio-sanitaria e la realizzazione di servizi sanitari a rilevanza sociale e sociale a rilevanza sanitaria ex art. 3septies, comma 2 e 4 del d.lgs. 502/1992;
  - b. l'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la Convenzione;
  - c. le modalità organizzative e i processi operativi per la realizzazione delle materie oggetto dell'accordo;
  - d. il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
  - e. i riferimenti ai processi di programmazione e partecipazione;
  - f. il Piano-programma e i documenti obbligatori che lo compongono, parti integranti della convenzione.
  - g. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali la convenzione, al momento della stipula, definisce e regola il subentro nelle funzioni e la successione nei rapporti degli enti aderenti.
3. I soggetti sottoscrittori della presente convenzione si avvalgono delle sedi operative dei singoli Enti aderenti e utilizzano come sede principale la sede della Direzione della Zona Distretto Valdichiana Aretina, sito in via Aldo Capitini n. 6 Camucia.

#### Art. 2 - Finalità

1. I soggetti aderiscono alla Convenzione al fine di:
  - a. consentire la piena integrazione delle attività sociosanitarie evitando duplicazioni di funzionamento tra gli enti associati;
  - b. assicurare il governo dei servizi sociosanitari e le soluzioni organizzative adeguate per garantire 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 sociosanitarie coerente con i bisogni di salute della popolazione;
  - d. promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sociosanitari 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 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;
- d. l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

### **Art. 3 - Funzioni**

1. La Convenzione 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 sociosanitaria, la Convenzione disciplina le modalità con cui vengono attuate le seguenti funzioni:
  - a. l'indirizzo e la programmazione delle attività sociosanitarie previste dal piano sanitario e sociale integrato;
  - b. l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sociosanitari e, eventualmente, socio-assistenziali;
  - 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. L'esercizio associato opera con risorse di personale, economico-finanziarie e strumentali provenienti dalle Asl e dagli enti locali. Il personale viene messo a disposizione degli enti aderenti nelle forme consentite dai contratti collettivi e/o dalla vigente legislazione in materia; le risorse economiche possono comprendere fondi nazionali, europei, o di altra natura appositamente finalizzati nonché le compartecipazioni degli utenti ai servizi erogati.

## **Titolo II - Organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la Convenzione**

### **Art. 4 - Conferenza Zonale Integrata**

4. L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la conferenza zonale integrata di cui all'art. 12 bis della L.R. 40/2005 (di seguito denominato 'Conferenza Integrata') che esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della L.R. 68/2011. La Conferenza Integrata, esprime l'indirizzo politico, il coordinamento dell'amministrazione e dello svolgimento dell'esercizio associato, in particolare:
  - a. approva la Convenzione e aggiorna periodicamente il Piano-programma e i documenti obbligatori che lo compongono come definiti all'art. 8;
  - b. approva gli atti di programmazione;
  - c. approva il quadro economico finanziario di cui all'art. 11;
  - d. approva il documento di organizzazione di cui all'art. 12;
  - e. approva i regolamenti di funzionamento;
  - f. approva le proposte di regolamenti di accesso e fruizione dei servizi di cui all'art. 18 e all'art. 31;
  - g. approva le linee guida dei processi assistenziali integrati di cui all'art. 16.
5. I componenti della Conferenza Integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, secondo quanto disposto dall'art.12 bis, comma 2 della L.R. 40/2005, così determinate:

- a. il 66 per cento 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 del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.
6. La Conferenza Integrata, per tutti gli atti inerenti l'esercizio associato sociosanitario regolato dalla convenzione, assume le proprie deliberazioni 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 come previsto dall'art. 12 bis, comma 3 della L.R. 40/2005. Nel caso in cui tra i componenti della Conferenza integrata siano presenti una o più Unioni di Comuni che esercitano la funzione socioassistenziale, la singola Unione è computata come una sola amministrazione locale e partecipa con la somma complessiva delle quote di partecipazione riferibili ai comuni che la compongono.
  7. Il funzionamento della Conferenza Integrata è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa che può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e del direttore generale dell'azienda sanitaria locale nei confronti di un componente del comitato di direzione (a esclusione del responsabile di zona-distretto). Il regolamento può prevedere altresì la costituzione di un esecutivo della Conferenza.
  8. Le deliberazioni della Conferenza Integrata sono protocollate e archiviate secondo le previsioni del regolamento di funzionamento, e sono trasmesse ai soggetti aderenti ai fini dell'eventuale presa d'atto con appositi atti formali da parte di questi ultimi.
  9. 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 - Presidente della Conferenza Integrata**

1. La Conferenza Integrata è presieduta dal Presidente della conferenza zonale di cui all'art. 34 della L.R. 41/2005.
2. In caso di assenza o di impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito da un componente della conferenza da lui individuato, secondo le determinazioni del regolamento della conferenza e comunque in riferimento all'art. 34 della L.R. 41/2005. Il regolamento della conferenza può individuare un vicepresidente.
3. Il Presidente esercita le seguenti funzioni:
  - a. Convoca e presiede la Conferenza Integrata e ne propone l'ordine del giorno;
  - b. Compie gli atti che gli sono demandati dalla Convenzione, dai regolamenti e dalle determinazioni della Conferenza Integrata;
  - c. Promuove la consultazione sugli atti d'indirizzo e di programmazione con la società civile, con i soggetti del terzo settore e con gli istituti di partecipazione.
4. 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.

## **Titolo III - Organizzazione e attuazione dell'esercizio sociosanitario associato**

### **Art. 6 - Materie sociosanitarie**

1. L'esercizio dell'integrazione sociosanitaria disciplinato dalla presente Convenzione si riferisce alle materie sanitarie a rilevanza sociale, a quelle sociali a rilevanza sanitaria e a quelle sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ex art. 3septies, comma 2 e 4 del d.lgs. 502/1992 e, comunque, nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.
2. I servizi, le attività e gli interventi sociosanitari oggetto della presente Convenzione sono specificati nel Piano-programma, parte integrante della presente convenzione, al documento "Declaratoria dei servizi e delle attività oggetto della convezione" di cui alla lettera a), del comma 2, dell'art. 8.

### **Art. 7 - Ente responsabile della gestione**

1. La responsabilità della gestione, secondo quanto previsto dall'art. 70bis, comma 3, della L.R. 40/2005, è attribuita all'azienda unità sanitaria locale presso la quale è operante la zona-distretto, che costituisce il livello di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico amministrative riferite alle reti sociosanitarie. A questo scopo la zona-distretto provvede all'adozione dei provvedimenti amministrativi attinenti l'esercizio della funzione di integrazione, compresi gli atti di gestione delle risorse e di svolgimento dei servizi. Gli atti adottati nell'esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria, sono imputati a ogni effetto all'ente responsabile.
2. Il direttore della zona-distretto, di cui all'art. 64.1 della L.R. 40/2005, provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla Convenzione.
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 e operative oggetto della Convenzione, assicurando a tal scopo la disponibilità delle necessarie risorse finanziarie, strumentali e di personale.

### **Art. 8 - Piano-programma**

1. Lo sviluppo delle attività organizzative e di quelle operative inerenti l'esercizio della funzione per l'integrazione sociosanitaria è realizzato per mezzo di uno specifico Piano-programma, allegato e parte integrante della presente convenzione, che definisce puntualmente le modalità e le tempistiche di attivazione della Convenzione.
2. Il Piano-programma è composto obbligatoriamente dai seguenti documenti:
  - a. Declaratoria dei servizi e delle attività oggetto della convenzione che, nei casi in cui sia necessario, può essere oggetto di aggiornamento da parte della Conferenza Integrata;
3. Ricognizione iniziale delle risorse umane, finanziarie e strumentali degli enti aderenti in riferimento alla declaratoria delle attività oggetto della convenzione.

4. Il Piano-programma è inoltre composto dalle seguenti sezioni che vengono aggiornate periodicamente dalla Conferenza Integrata:
  - a. Sviluppo degli assetti organizzativi, che evidenzia la progressiva attivazione delle strutture definite dal Documento di organizzazione di cui all'art. 12;
  - b. Sviluppo dei protocolli operativi, che evidenzia la progressiva attivazione dei protocolli operativi previsti dalle Linee-guida dei percorsi assistenziali di cui all'art. 16.
5. Il Piano-programma e i documenti e le sezioni di cui al comma 2 e al comma 3 sono elaborati dal direttore della zona-distretto coadiuvato dall'ufficio di piano e approvati dalla conferenza zonale integrata.

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

- N.R. -

#### **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 di ciascun Comune viene determinata annualmente, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinati dalla presente Convenzione, tenendo conto delle dimensioni demografiche, dei bisogni espressi e degli effettivi consumi relativi a ogni singola comunità territoriale, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata.
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, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata.
4. Il bilancio di esercizio e il bilancio preventivo economico annuale dell'azienda sanitaria mettono in separata evidenza i servizi oggetto della presente convenzione, come da art. 121, comma 2, L.R. 40/2005. A questo proposito 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, e ogni altro flusso finalizzato salvo attivazione dell'art. 9 Capo I della presente convenzione.
5. Ai fini della ripartizione della gestione relativa alle amministrazioni comunali, secondo le rispettive quote di partecipazione, i corrispondenti risultati economico-finanziari di gestione sono definiti dalla contabilizzazione tra i flussi finanziari di competenza comunale e il risultato economico annuale prodotto dalle attività sociali a rilevanza sanitaria.

#### **Art. 11 - Quadro economico-finanziario**

1. Il Quadro economico-finanziario è il documento di programmazione che determina le risorse a disposizione annualmente per lo svolgimento dell'esercizio di integrazione sociosanitaria regolato dalla Convenzione, e le pone in relazione con la previsione dei costi relativi all'esercizio della funzione.
2. Il Quadro economico-finanziario definisce anche l'entità e le modalità con cui vengono determinate le quote comunali di cui al comma 2 dell'art. 10, nonché la quota di risorse a carico dell'azienda sanitaria di cui al comma 3 dell'art. 10.
3. 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 approva il Quadro economico-finanziario annuale della gestione associata per l'esercizio successivo, corredato dal pre-consuntivo della gestione associata in corso 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 Quadro economico finanziario annuale è trasmesso alle amministrazioni comunali e all'azienda sanitaria per gli adempimenti connessi alla formazione dei relativi Bilanci di previsione.
4. L'azienda sanitaria attiva, attraverso le strutture della competente zona-distretto, apposite azioni sia per la composizione del quadro economico finanziario sia per il monitoraggio e il controllo continuo dell'andamento dei risultati assistenziali conseguiti dall'esercizio associato. A tal fine, l'azienda sanitaria assicura la partecipazione di personale qualificato proveniente dagli enti convenzionati, anche attraverso il coinvolgimento sistematico dell'ufficio di piano. Il quadro economico finanziario costituisce vincolo per lo svolgimento dell'esercizio associato delle funzioni di integrazione.

#### **Art. 12 - Assetti organizzativi**

1. L'esercizio associato opera con personale proveniente dall'azienda sanitaria locale e dagli enti locali. Il personale messo a disposizione dagli enti convenzionati è assegnato nelle forme consentite dai vigenti contratti collettivi e/o dalla vigente legislazione.
2. Gli assetti organizzativi necessari allo svolgimento delle attività previste dalla presente Convenzione sono definiti mediante un apposito documento di organizzazione che, in particolare, disciplina gli assetti e le modalità di funzionamento riferiti ai processi di:
  - a. programmazione;
  - b. organizzazione;
  - c. attuazione;
  - d. monitoraggio e controllo.
3. Il documento di organizzazione, di cui al comma 2, è elaborato dal Direttore di zona-distretto, coordinato con il Piano-programma ed è approvato dalla Conferenza Integrata.

### **Titolo IV – Programmazione, percorsi assistenziali integrati e coordinamento interprofessionale**

#### **Art. 13 - Strumenti di programmazione**

1. Il piano integrato di salute, di cui all'art. 21 della L.R. 40/2005, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale. La programmazione specifica delle materie regolate nell'ambito della presente convenzione è esplicitata nelle relative sezioni della programmazione strategica pluriennale e della programmazione operativa annuale (POA) del Piano Integrato di Salute (PIS).
2. Per le attività inerenti allo svolgimento dell'esercizio associato, la programmazione operativa annuale del PIS riporta analiticamente i relativi fabbisogni finanziari con la relativa fonte di finanziamento specifica. A questo scopo l'Azienda sanitaria opera affinché i riferimenti semantici e gli importi dei documenti di bilancio siano coordinati con il Budget Integrato di Programmazione del PIS nelle annualità corrispondenti.
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.

#### **Art. 14 - Ufficio di piano**

1. 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, secondo il comma 5 dell'art. 64.2 della L.R. 40/2005.
2. Il direttore di zona, coadiuvato dall'ufficio di piano, coordina la programmazione delle attività oggetto della convenzione nell'ambito del PIS. Con le stesse modalità, il direttore di zona cura la necessaria coerenza tra i contenuti della programmazione integrata locale e la loro realizzazione durante lo svolgimento della funzione di integrazione sociosanitaria.

#### **Art. 15 - 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. Il Comitato di partecipazione della zona-distretto, ai sensi dell'art. 16-quater della L.R. 40/05, svolge funzioni di consultazione e proposta in merito all'organizzazione e all'erogazione dei servizi.
3. Al fine di assicurarne l'operatività e favorire un rapporto organico e la partecipazione dei cittadini, sono messi a disposizione del Comitato di partecipazione locali idonei per le attività ordinarie, per gli incontri pubblici e per convegni e seminari sul tema della salute (compreso il dibattito sul funzionamento del sistema sanitario e sociosanitario integrato) provvedendo altresì alla pubblicizzazione degli stessi.

#### **Art. 16 - Percorsi assistenziali integrati**

1. I processi di integrazione dei diversi ambiti assistenziali oggetto dell'esercizio associato sono specificati e definiti dalle linee guida di cui alla lettera g) del comma 1 dell'art. 4.
2. Le linee guida possono essere articolate in protocolli operativi che dettagliano i processi di:
  - e. accesso al sistema;
  - f. valutazione semplice e/o multidimensionale;

- g. elaborazione dei piani assistenziali personalizzati;
- h. verifica, valutazione e monitoraggio dei risultati di salute.

#### **Art. 17 - Coordinamenti interprofessionali e budget operativi integrati**

1. Per assicurare l'integrazione in campo sociosanitario, le strutture operative dell'azienda sanitaria, dei comuni e delle unioni, definiscono le modalità di coordinamento interprofessionale finalizzate a realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata e dall'ente responsabile della gestione, in relazione ai percorsi assistenziali integrati specifici di ciascun settore assistenziale. A questo scopo il documento di organizzazione, di cui all'art. 12, può altresì definire specifici gruppi di responsabilità composti dalle diverse professionalità provenienti dall'azienda sanitaria e dalle amministrazioni locali.
2. Il Coordinatore Sociosanitario, individuato dal Direttore di zona-distretto ai sensi dell'art. 64.2, comma 4, della L.R. 40/2005, assicura l'integrazione e il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario allo scopo di realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata, anche in relazione ai percorsi assistenziali integrati specifici di ciascun settore assistenziale.
3. Per assicurare l'integrazione operativa tra le risorse messe a disposizione dagli enti aderenti, così come definite con il quadro economico finanziario di cui all'art. 11, vengono definiti i Budget operativi integrati. Il direttore di zona distretto, coadiuvato dall'ufficio di piano, definisce e assegna annualmente i budget operativi integrati composti dalle risorse e dagli obiettivi programmati.

#### **Art. 18 - Regolamento di accesso e fruizione dei servizi**

1. L'accesso e la fruizione dei servizi, attività e interventi riguardanti l'esercizio per l'integrazione sociosanitaria oggetto della presente Convenzione, sono disciplinati da un apposito regolamento unico.
2. Il regolamento unico dei servizi sociosanitari definisce i criteri e le modalità di accesso e di fruizione delle relative prestazioni, nonché i parametri di compartecipazione al loro costo da parte di cittadini-utenti.

## **Capo II – Servizi Socioassistenziali**

### **Titolo V - Norme Generali**

#### **Art. 19 - Oggetto**

- N.R. -

#### **Art. 20 - Finalità**

- N.R. -

#### **Art. 21 - Successivi Sottoscrittori**

- N.R. -

### **Titolo VI – Organo comune per l’esercizio associato delle funzioni mediante la Convenzione**

#### **Art. 22 - Conferenza Zonale Integrata**

- N.R. -

### **Titolo VII – Organizzazione e attuazione dell’esercizio sociosanitario associato**

#### **Art. 23 - Materie socioassistenziali**

- N.R. -

#### **Art. 24 - Gestione associata delle materie socioassistenziali**

- N.R. -

#### **Art. 25 - Piano-programma**

- N.R. -

#### **Art. 26 - Rapporti finanziari**

- N.R. -

#### **Art. 27 – Quadro economico-finanziario**

- N.R. -

#### **Art. 28 - Assetti organizzativi**

- N.R. -

## **Titolo VIII – Programmazione, percorsi assistenziali integrati e coordinamento interprofessionali**

### **Art. 29 - Percorsi assistenziali integrati**

- N.R. -

### **Art. 30 - Servizio sociale unico**

- N.R. -

### **Art. 31 - Regolamento di accesso e fruizione dei servizi**

- N.R. -

## **Capo III – Norme Comuni al CAPO I e II**

### **Art. 32 – Norme speciali per le Unioni dei Comuni**

- N.R. -

### **Art. 33 - Durata**

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

### **Art. 34 - Recesso**

1. I soggetti aderenti hanno facoltà di recedere dalla Convenzione per quanto riguarda l'esercizio associato in materia sociosanitaria nelle seguenti ipotesi:
  - a. fusione di comuni aderenti singolarmente alla convenzione, salva diversa disposizione di legge;
  - b. cessazione dell'esercizio associato della funzione fondamentale comunale del sociale da parte dell'unione di comuni aderente alla convenzione;
  - c. cambiamento di zona distretto da parte di un Comune aderente alla convenzione.
2. I soggetti aderenti hanno facoltà di recedere dalla Convenzione per quanto riguarda l'esercizio associato in materia socioassistenziale di cui all'art. 11, comma 2 della L.R. 41/2005.
3. Nel caso in cui un Comune abbia attribuito la funzione del socio assistenziale alla Azienda sanitaria e intende esercitare detta funzione mediante la propria unione di comuni, è prevista una procedura di recesso semplificata che prevede la notifica al presidente della Conferenza Integrata e ha effetto trascorsi 10 giorni dall'avvenuta comunicazione.
4. Il recesso deve essere formalmente notificato al presidente della Conferenza Integrata e ha effetto trascorsi 30 giorni dall'avvenuta comunicazione. L'ente recedente, ovvero le singole amministrazioni che compongono una singola unione comunale recedente, resta obbligato per le obbligazioni assunte e per le spese deliberate prima del recesso.
5. Nel caso di recesso dall'esercizio associato della funzione socioassistenziale da parte di un singolo Comune o di una singola unione di comuni, per la determinazione degli oneri attivi e

passivi, dei subentri agli impegni contrattuali in corso o agli oneri assunzionali e per ogni altra obbligazione assunta, è istituita una commissione tecnica composta dal direttore di zona-distretto, dal segretario comunale dell'ente locale recedente e da un segretario comunale scelto tra le amministrazioni locali che permangono nell'esercizio associato.

6. Nel caso di recesso dall'esercizio associato della funzione socioassistenziale da parte di tutti gli enti locali dell'ambito zonale, la commissione di cui al comma 5 è formata dal direttore di zona-distretto, dal direttore amministrativo dell'azienda sanitaria, dal direttore sociale dell'azienda sanitaria e dai segretari comunali degli enti recedenti.

#### **Art. 35 - 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. Inoltre nella convenzione di scioglimento sono stabiliti gli effetti che essa produce, compresi quelli patrimoniali e finanziari.

#### **Art. 36 - Sistema Informativo**

1. Al fine di garantire le funzioni ad esso assegnate, l'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale in via prioritaria dei sistemi informativi e informatici degli enti aderenti, privilegiando l'integrazione degli stessi.
2. L'Ente responsabile dell'esercizio associato aderisce alla rete telematica regionale e adotta tutte le soluzioni tecnologiche e informative nel rispetto degli standard regionali assunti nell'ambito della medesima rete, secondo quanto previsto dalla L.R. 1/2004 'Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete Telematica Regionale Toscana'.

#### **Art. 37 - 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. 38 - Controversie**

1. Ciascuno degli Enti aderenti può rilevare eventuali irregolarità e 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 a 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.

### **Art. 39 - Norme transitorie e finali**

1. Per quanto non disciplinato dai precedenti articoli, si rimanda agli allegati 2B, 2C e 2D della Sezione II del Piano-programma allegato alla presente Convenzione quale parte integrante e sostanziale e a successive Deliberazioni della Conferenza Integrata.
2. In prima attuazione, il Quadro Economico-finanziario di cui all'art. 11, in deroga al comma 5 del medesimo articolo, sarà presentato all'approvazione della Conferenza Integrata successivamente all'approvazione della presente Convenzione, nei termini specificati dall'Allegato 2A della Sezione II del Piano-programma, parte integrante e sostanziale della medesima Convenzione.
3. In prima attuazione, in deroga parziale al comma 2 punto b) dell'Art. 8, gli allegati 1C e 1D afferenti alla SEZIONE I del Piano-Programma, troveranno definizione successivamente all'approvazione della presente Convenzione, nei termini specificati dall'Allegato 2A della Sezione II del Piano-programma, parte integrante e sostanziale della medesima Convenzione.

Letto, approvato e sottoscritto,

Il Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Sud Est  
Antonio D'Urso

Il Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci e  
Sindaco del Comune di Cortona  
Luciano Meoni

---

Il Sindaco del Comune di Castiglion Fiorentino  
Mario Agnelli

---

Il Sindaco del Comune di Lucignano  
Roberta Casini

---

Il Sindaco del Comune di Marciano  
Maria De Palma

---

Il Sindaco del Comune di Foiano della Chiana  
Francesco Sonnati

---

Allegato

## **PIANO PROGRAMMA**

**SEZIONE 1** di cui al comma 2 dell'art. 8 della Convenzione

**All. 1A** Declaratoria dei servizi oggetto della convenzione**ANNUALITA' 2022**

<b>ID</b>	<b>Denominazione servizio</b>	<b>Nomenclatore DGRT 580/2009</b>	<b>DPCM LEA 2017</b>
1	Assistenza domiciliare integrata	G2	Art. 22 comma 5
2	Contributi di cura	G5	Art. 22 c. 4
3	Contributo care-giver extrafamiliare	G5	Art. 22 c. 5
4	Inserimenti in modulo base RSA a tempo indeterminato	M3-L + IA-6	Art. 30 c. 1 lett. b)
5	Inserimenti di sollievo in modulo base RSA a tempo determinato	M3-L + IA-6	Art. 30 c. 1 lett. b)
6	Inserimenti in modulo specialistico RSA a tempo determinato	M3-L + IA-6	Art. 30 c. 1 lett. b)
7	Inserimenti in strutture semiresidenziali per persone non auto	LB-4 + IA-4 o IA-5	Art. 30 c. 3
8	Sostegno alla domiciliarità	G5	Art. 22 c. 4

**All. 1B Risorse finanziarie destinate ai servizi di cui all'allegato 1A****ANNUALITA' 2022**

<b>ID</b>	<b>Denominazione servizio</b>	<b>Costo annuale</b>	<b>A gestione ASL</b>	<b>Fonte di finanziamento</b>	<b>A gestione comunale</b>	<b>Fonte di finanziamento</b>
1	Assistenza domiciliare integrata	€ 450.000	Prossima gara per la gestione del servizio a livello zonale	Fondo non autosufficienza	€ 5.917,16	Bilanci comunali
2	Contributi di cura	€55.000				
3	contributi care giver extrafamiliare	€280.189				
4	Inserimenti in modulo base RSA a tempo indeterminato		€ 2.105.423,00	FSR	€ 90091,72	Bilanci comunali
5	Inserimenti di sollievo in modulo base RSA a tempo determinato	€ 214.441,00	€ 214.441,00	FSR		
6	Inserimenti in modulo specialistico RSA a tempo determinato	€ 300.161,40	€ 300.161,40	FSR		
7	Inserimenti in strutture semiresidenziali per persone non auto	€ 154.176,00	€ 154.176,00	FSR		
8	Sostegno alla domiciliarità	€ 177.457,00	€ 177.457,00	POR FSE		

**All. 1C Personale destinato ai servizi di cui all'allegato 1A**

<b>Profilo professionale</b>	<b>Numero risorse</b>	<b>Ente di appartenenza</b>	<b>Categoria contratto</b>	<b>Tipologia di contratto</b>	<b>Durata contratto</b>	<b>n. ore settimanali impiegate sul settore non auto anziani</b>
Assistente Sociale	4	Ausl Sud Est	D	36 ore	A tempo indetermin.	103 ore
Assistente Sociale	1	Comune di Cortona	D	36 ore	A tempo indetermin.	7 ore
Assistente Sociale	1	Comune di Castiglion Fiorentino	D	36 ore	A tempo indetermin.	3,5 ore
Assistente Sociale	1	Comune di Foiano della Chiana	D	36 ore	A tempo indetermin.	3 ore
Assistente Sociale	1	Comune di Lucignano	D	21 ore	A tempo indetermin.	1 ora
Assistente Sociale	1	Comune di Marciano della Chiana	D	15 ore	A tempo indetermin.	1 ora
Collaboratore Amministrativo	2	Ausl Sud Est	C	36 ore	A tempo indetermin.	27 ore
Collaboratore Amministrativo	2	Ausl Sud Est	D	36 ore	A tempo indetermin.	3,5 ore
Operatore PUA	1	Ausl Sud Est	D	36 ore	A tempo indetermin.	36 ore
Collaboratore Amministrativo	1	Comune di Cortona	B	36 ore	A tempo indetermin.	2 ore
Collaboratore Amministrativo	1	Comune di Castiglion Fiorentino	D	36 ore	A tempo indetermin.	1,5 ore
Collaboratore Amministrativo	1	Comune di Foiano della Chiana	D	36 ore	A tempo indetermin.	1 ora
Collaboratore Amministrativo	1	Comune di Lucignano	C	36 ore	A tempo indetermin.	1 ora
Collaboratore Amministrativo	1	Comune di Marciano della Chiana	C	36 ore	A tempo indetermin.	0,5 ora

**All. 1D Risorse strumentali (attrezzature e beni immobili) destinate ai servizi di cui all'allegato 1°A**

Descrizione bene	Numero	Ente proprietario
Automobile	1	Comune di Cortona
Automobile	1	Comune di Castiglion Fiorentino
Automobile	1	Comune di Foiano della Chiana
Automobile	1	Comune di Lucignano
Automobile	1	Comune di Marciano della Chiana
Automobile	3	Ausl Sud Est

**Allegato**

# **PIANO PROGRAMMA**

**SEZIONE 2** di cui al comma 3 dell'art. 8 della Convenzione

## All. 2A Cronoprogramma di sviluppo degli assetti organizzativi

ATTIVITA'/DOCUMENTO DI RILEVO ORGANIZZATIVO	TEMPI DI ELABORAZIONE (E) / APPROVAZIONE (A) / COLLAUDO (C)											
	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G
Documento di organizzazione (art. 12 Convenzione)	A											
Regolamento di funzionamento della Conferenza Zonale Integrata (art. 4 comma 7 Convenzione)	A											
Regolamento per l'accesso ai servizi per la presa in carico della non autosufficienza e della disabilità (art. 18 Convenzione)	A											
Implementazione applicativo per la protocollazione e la pubblicazione dei verbali e delle delibere della CZI			C									
Implementazione Astercloud per gestione processi professionali e amministrativi			C									
All. 1A Declaratoria servizi settore disabilità			E			A						
All. 1B Risorse finanziarie destinate ai servizi di cui all'All.1 A settore disabilità					E	A						
All. 1C Personale destinati ai servizi di cui all'all. 1A settore disabilità				E		A						
All. 1D Risorse strumentali (attrezzature e beni immobili) destinate ai servizi di cui all'All.1 A settore disabilità						A						
Quadro economico finanziario (collegato all'all. 1B e art. 11 Convenzione)						A						

## **All. 2B Norme integrative relative alla gestione economico-finanziaria**

1. Con riferimento alla presente convenzione, le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della L.R. 66/2008 sono attribuite alla Azienda USL. Le risorse destinate al finanziamento dei servizi sociali a rilevanza sanitaria che trovano allocazione nei bilanci dei Comuni sono gestiti amministrativamente e contabilmente in modo diretto dai singoli Comuni e sono impiegate da questi nelle modalità previste dal Protocollo Operativo di cui all'Allegato 2E e dai pertinenti protocolli operativi previsti dall'Allegato 2F della presente Convenzione.
2. Le entrate in favore dell'Azienda derivanti dal pagamento delle compartecipazioni da parte dei cittadini ai costi dei servizi gestiti in delega, determinata ai sensi del Regolamento per l'accesso ai servizi, sono contabilmente gestite in modo da alimentare i budget destinati ai servizi oggetto della gestione associata, nei vincoli della normativa vigente.
3. Entro il 30 giugno di ogni anno il Direttore di Zona presenta il Consuntivo dell'esercizio associato alla Conferenza Integrata, che lo approva. In sede di presentazione del Consuntivo sono quantificati gli importi definitivi degli avanzi da impiegare secondo le finalità determinate ai sensi del successivo paragrafo 5
4. In caso di necessità o - in relazione ad indirizzi specifici eventualmente espressi dalla Conferenza Integrata - di opportunità di variazione dell'ammontare delle risorse annuali da destinare/o mettere a disposizione nel corso dell'esercizio finanziario, il Direttore di Zona-Distretto trasmette alla Conferenza Integrata - comunque non oltre il 15 Settembre - una relazione tecnica attraverso cui siano esplicitate le motivazioni della variazione del fabbisogno preventivato. Entro 20 giorni dalla richiesta di integrazione, la Conferenza Integrata delibera all'unanimità la eventuale accettazione della variazione dei budget ed i relativi importi, affinché i Comuni procedano alle rispettive procedure di variazione dei bilanci.
5. È consentito impiegare gli eventuali avanzi di gestione per il potenziamento dei servizi oggetto della gestione associata. Le finalità di impiego degli avanzi di gestione relativi all'annualità corrente - la cui quantità è determinata indicativamente dal pre-consuntivo presentato entro il 31 Ottobre dell'annualità di competenza - sono deliberate dalla Conferenza Integrata contestualmente alla presentazione del pre-consuntivo del medesimo anno e all'approvazione del quadro economico finanziario dell'anno successivo.
6. Per i servizi che per la prima volta sono affidati in forma associata alla gestione dell'Azienda Sanitaria, le quote di partecipazione comunali vengono definite sulla base di una analisi dei costi dei servizi richiesti, tenendo conto anche delle dimensioni demografiche e dei bisogni potenziali ed espressi dai singoli territori comunali.
7. Con deliberazione della Conferenza Integrata, i servizi, le attività e gli interventi di cui al precedente capoverso sono inseriti nel piano-programma e le relative quote di compartecipazione comunali nel Quadro Economico-Finanziario oggetto di revisione.
8. I criteri di definizione delle quote a carico dei singoli Enti possono, se del caso, essere riveduti annualmente dalla Conferenza Zonale Integrata.
9. L'Azienda Sanitaria sospende l'erogazione degli interventi e dei servizi previsti dai Progetti Assistenziali tra quelli declinati dal piano-programma aggiornato annualmente, in caso di indisponibilità delle seguenti risorse:
  - a. risorse regionali e nazionali afferenti al Fondo per la non autosufficienza di cui all'art. 2 della L.R. 66/08;
  - b. eventuali altre risorse nazionali e regionali di natura sociale o sanitaria afferenti a progetti di settore destinati a finanziare i servizi di cui all'Allegato 1A aggiornato annualmente;
  - c. eventuali risorse comunali destinate alla erogazione dei servizi gestiti in forma associata.

## **All. 2C Norme generali integrative relative al personale destinato ai servizi di cui all'allegato 1A**

1. Il personale comunale di cui all'Allegato 1C, per la quota parte di tempo-lavoro dedicata alle attività di presa in carico delle persone non autosufficienti, nelle percentuali indicate dal medesimo allegato, è assegnata funzionalmente all'Azienda Sanitaria ed opera sulla base dei Protocolli Operativi di cui agli Allegati 2E e 2F.
2. Il medesimo personale opera sotto il coordinamento e la supervisione professionale della Responsabile di Unità Funzionale di Assistenza Sociale della Zona-Distretto (RUFAS). In questo senso:
  - si attiene alle linee-guida professionali impartite dalla RUFAS e dal Dipartimento dei Servizi Sociali dell'Azienda Sanitaria e alle eventuali procedure aziendali di riferimento e utilizza il sistema informatico regionale Astercloud;
  - è tenuto a partecipare ai percorsi formativi organizzati dall'Azienda o comunque individuati dalla RUFAS pertinenti col percorso di presa in carico della persona non autosufficiente.
3. L'assegnazione all'Assistente Sociale case-manager dei casi segnalati al PUA ai sensi della L.R. 66/08 è competenza della RUFAS, che la esercita sulla base della residenza della persona e dei carichi di lavoro verificati, tra le altre cose, in occasione di audit periodici.
4. L'attività dell'assistente sociale del personale comunale nell'ambito del settore della non autosufficienza è oggetto di valutazione della performance presso il Comune di riferimento sulla base di specifica relazione della RUFAS del Direttore di Zona.

**All. 2D Norme di indirizzo relative alla elaborazione del Regolamento di Organizzazione di cui all'art. 12 dello schema di convenzione**

1. L'Ufficio di Piano di cui all'art. 14 della presente Convenzione è costituito con apposito atto del Direttore di Zona e prevede le seguenti figure:
  - a. il Direttore di zona distretto
  - b. un rappresentante per ciascun Comune
  - c. un esperto di budget e contabilità della USL
  - d. il Dirigente Amministrativo di Zona-Distretto
  - e. il Coordinatore Sociosanitario dell'art.64.2 comma 4 della LR 40/2005 e del comma 2 dell'art. 17 della presente Convenzione
  - f. il Coordinatore sociale di cui all'art. 37 della LR. 41/2005
2. L'Ufficio di Piano costituisce l'organo tecnico che supporta l'intero processo di programmazione e di supporto all'esercizio associato delle funzioni socio-sanitarie integrate della presente Convenzione ed in particolar modo supporta i seguenti processi:
  - a. supporto nella gestione dei processi di programmazione
  - b. elaborazione dei documenti di programmazione
  - c. monitoraggio dell'andamento dei programmi e dei progetti
  - d. valutazione dei risultati raggiunti dai programmi e dai progetti e degli outcome dei processi di programmazione
  - e. monitoraggio della spesa e rendicontazione contabile verso gli Enti aderenti, nonché verso gli enti eroganti le fonti di finanziamento dei servizi e dei progetti di rilievo zonale
3. Ai fini dello svolgimento delle funzioni di cui al precedente capoverso, l'Ufficio di Piano coinvolge i referenti delle strutture organizzative di Zona-Distretto e comunali competenti in materia.
4. In riferimento all'art. 36 della presente Convenzione, al fine di garantire le funzioni gestionali ad essa assegnate, l'Azienda si avvale del sistema informatico regionale Astercloud con il quale gestisce ordinariamente le proprie procedure e garantisce altresì la soddisfazione dei debiti informativi verso la Regione e il Ministero della Salute in materia di non autosufficienza e disabilità.
5. Per la redazione, la protocollazione e la trasmissione delle deliberazioni della Conferenza Integrata di cui all'art. 5 comma 3 della presente convenzione, gli enti si avvalgono di personale comunale dipendente facente parte dell'Ufficio di Piano con supporto del personale amministrativo di Zona distretto ASL.
6. Con deliberazione della Conferenza Integrata, gli enti decideranno di quali sistema avvalersi per le funzioni di protocollazione e archiviazione delle deliberazioni di cui all'art. 5 comma 4 della presente Convenzione.

**All. 2E Protocollo Operativo per la presa in carico, la programmazione e l'attivazione di servizi ed interventi per l' "Assistenza continuativa alla persona non autosufficiente" di cui alla L.R. 66/08 e s.m.i.**

**DISPOSIZIONI GENERALI**

**Oggetto del Protocollo Operativo**

Il presente Protocollo Operativo definisce i criteri e le modalità organizzative per la presa in carico, la programmazione e l'attivazione di interventi e servizi a favore della persona non autosufficiente nella Zona Sociosanitaria della Valdichiana Aretina, ai sensi della L.R. 66/2008 e s.m.i. e della D.G.R.T. 370/2010 e s.m.i., conformemente al D.P.C.M. 159/2013 e alla luce dell'art. 70bis della L.R. 40/2005 e ss.mm.ii..

**Destinatari degli interventi e dei servizi previsti dal Protocollo Operativo**

I destinatari degli interventi e dei servizi previsti dal Progetto "Assistenza Continuativa alla persona non autosufficiente" di cui alla D.G.R.T. 370/2010, così come attuato nella Zona Sociosanitaria della Valdichiana Aretina, sono:

1. cittadini ultrasessantacinquenni che, incapaci di gestire autonomamente la quotidianità, si rivolgano al Punto Insieme di cui all'art. 10 comma 1 della L.R. 66/08, richiedendo una valutazione integrata del proprio bisogno sanitario e sociale in ordine alla definizione e alla condivisione di un progetto assistenziale personalizzato (P.A.P.);
2. cittadini che, nell'emergenza di uno specifico bisogno sanitario, siano ricoverati presso la struttura ospedaliera e necessitino, al momento della dimissione, di supporto assistenziale in ordine alla ri-acquisizione della propria autonomia;
3. cittadini disabili in condizioni di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992.

**Risorse per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente**

Le risorse attraverso le quali vengono finanziati gli interventi ed i servizi oggetto del presente Protocollo Operativo sono le seguenti:

- a) risorse afferenti al Fondo per la non autosufficienza di cui all'art. 2 della L.R. 66/08;
- b) eventuali altre risorse nazionali e regionali di natura sociale o sanitaria afferenti a progetti di settore destinati ad utenti riconducibili ai requisiti di cui al paragrafo precedente e pertanto definibili "non autosufficienti";
- c) risorse del Fondo Sanitario Regionale destinate a finanziare le quote sanitarie di strutture sociosanitarie residenziali e semi-residenziali;
- d) risorse comunali destinate alla integrazione del pagamento delle rette sociali delle strutture residenziali e semi-residenziali di natura socio-sanitaria, secondo quanto previsto dall'aggiornamento annuale del Piano-Programma della Convenzione per l'Integrazione Sociosanitaria;
- e) eventuali risorse Comunali destinate al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per la parte non finanziata con le risorse di cui al punto a) e b).

Le risorse Comunali di cui ai punti d) ed e) che trovano allocazione nei bilanci dei Comuni sono impiegate da questi nelle modalità indicate nell'Allegato 2B, 2E e 2F.

**Durata del Protocollo Operativo**

Il presente Protocollo Operativo ha validità dalla data della sua approvazione sino alla scadenza della Convenzione per l'Integrazione Sociosanitaria.

In seguito a modifiche normative, all'emanazione di ulteriori indirizzi da parte della Regione Toscana e sulla base di valutazioni di ordine sia strategico che tecnico espresse dalla Conferenza Zonale Integrata dei

Sindaci, il presente Protocollo Operativo potrà essere soggetto ad integrazioni o modifiche, le quali saranno recepite dai Comuni secondo quanto previsto dalla Convenzione per l'Integrazione Sociosanitaria.

## **PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE**

### **Segnalazione del bisogno**

Ai sensi dell'art. 10 c. 1 della L.R. 66/08, sono istituiti presidi denominati Punto Insieme, distribuiti nel territorio zonale, che assicurano l'accoglienza del cittadino e l'ascolto dei bisogni che intende esprimere. I Punti Insieme sono istituiti presso la Casa della Salute di Camucia e presso la sede dei Servizi Sociali dei Comuni della Zona, ove vengono svolte altresì le funzioni di Segretariato Sociale.

Presso il Punto Insieme opera sia personale amministrativo che personale del Servizio Sociale professionale.

Possono rivolgersi al Punto Insieme i cittadini direttamente interessati agli interventi assistenziali ovvero altre figure che ne fanno le veci, come i familiari, il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno.

Il contatto presso il Punto Insieme si svolge in due fasi.

La prima fase consta di un primo colloquio conoscitivo, in sede del quale l'operatore del Punto insieme informa il cittadino o il soggetto segnalante sulle diverse opzioni di percorso assistenziale, sulle caratteristiche del percorso per la presa in carico della persona non autosufficiente e sugli adempimenti legati alla sua attivazione. In particolare, in sede di colloquio, l'operatore del Punto Insieme provvede

- a) a consegnare al cittadino la scheda clinica di cui al punto f) Cap. 3 Allegato 1 della D.G.R.T. 370/2009 che il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) dovrà compilare prima di procedere alla seconda fase.
- b) a informare adeguatamente il cittadino della necessità – laddove, in seguito alla valutazione del bisogno, intenda accedere ad agevolazioni o benefici - di procedere, attraverso soggetti privati o enti convenzionati a ciò deputati, all'acquisizione dell'attestazione del proprio I.S.E.E. per l'accesso alle prestazioni agevolate di natura sociosanitaria di cui all'Art. 6 del D.P.C.M. 159/2013.

La seconda fase consta di un colloquio più approfondito, in sede del quale l'operatore del Punto Insieme è tenuto

- a) ad acquisire i dati anagrafici e di contatto del portatore del bisogno, oltreché gli eventuali dati anagrafici e di contatto delle persone segnalanti;
- b) ad acquisire la scheda clinica compilata dal MMG;
- c) a redigere una scheda di segnalazione dei bisogni di cui all'Art. 9 della L.R. n. 66/2009, funzionale all'accesso al percorso di valutazione per l'accertamento delle condizioni di non autosufficienza.

La scheda di segnalazione, sottoscritta nella sua forma cartacea dal cittadino o dalla persona segnalante, riporta – anche all'interno dell'apposito applicativo informatico - la data della segnalazione, i dati anagrafici e di contatto del cittadino e del segnalante, il riconoscimento di bisogno semplice o complesso con specificazione della tipologia di bisogno rilevato, le eventuali specifiche richieste del cittadino o del segnalante, la data del successivo colloquio di approfondimento in caso di trasmissione della segnalazione al P.U.A..

La segnalazione al Punto Insieme può avvenire anche ad opera

- a) dell'Assistente Sociale, in caso di cittadini già in carico ai Servizi Sociali aziendali o comunali,
- b) del M.M.G.,
- c) di altri operatori della rete locale dei servizi pubblici o delle Pubbliche Autorità, coinvolti in situazioni emergenziali,

che valutino il cittadino come portatore di un bisogno complesso. In questi casi la scheda di Segnalazione/accesso è compilata dall'operatore del Punto Insieme con i dati forniti dagli operatori di cui ai precedenti punti a), b) e c).

La scheda di segnalazione è trasmessa tramite applicativo informatico al Punto Unico di Accesso (P.U.A.) di cui al Cap. 3 dell'Allegato 1 della D.G.R.T. 370/2009 e alla D.G.R.T. n. 1642/2019.

Presso il P.U.A., un medico dell'U.F. Cure Primarie di Zona-Distretto analizza i contenuti della scheda di segnalazione e della scheda clinica compilata dal medico di MMG e

1. in caso di bisogno semplice, di tipo sociale, segnala il caso al Servizio Sociale del Comune di residenza del cittadino;
2. in caso di bisogno complesso, trasmette la documentazione del caso al Responsabile di U.F. di Assistenza Sociale di Zona-Distretto.

### **Valutazione multi-dimensionale del bisogno**

Ai cittadini segnalati al P.U.A., individuati portatori di un bisogno complesso, viene assegnato un Assistente Sociale case-manager, il quale provvederà ad avviare una procedura di valutazione multidimensionale ai sensi dell'Art. 13 della L.R. 66/2008.

L'individuazione del case-manager è di competenza del Responsabile dell'Unità Funzionale di Assistenza Sociale (RUFAS) della Zona-Distretto, al quale sono trasmesse sistematicamente dal P.U.A. le schede di segnalazione. Il RUFAS distribuisce i casi da prendere in carico tra gli Assistenti Sociali aziendali e comunali in funzione della residenza del cittadino e dei carichi di lavoro.

Nel caso la richiesta di valutazione multidimensionale sia effettuata da e per un cittadino già in carico ai Servizi Sociali, è assicurata la continuità della presa in carico da parte del medesimo assistente sociale di riferimento.

Propedeutico alla valutazione multidimensionale è un colloquio di approfondimento con l'Assistente Sociale case-manager: questi contatta il l'utente o un suo familiare o il soggetto segnalante per stabilire la data del colloquio.

In occasione del colloquio di approfondimento, l'Assistente Sociale case-manager acquisisce ulteriori informazioni sulle condizioni sociali ed economiche del cittadino e del nucleo familiare di convivenza, nonché i dati anagrafici e di contatto di questi, di tutti i familiari di primo grado in linea retta e dei componenti della rete familiare e amicale risultanti maggiormente rilevanti dal punto di vista socio-relazionale.

Le informazioni e la documentazione acquisite presso il Punto Insieme e durante il colloquio di approfondimento con il case-manager, sono inserite e conservate in una Cartella Sociale – che ha sia forma cartacea che digitale all'interno dell'apposito applicativo informatico - della quale l'Assistente Sociale case-manager è responsabile. Nella sua forma cartacea, la Cartella contiene altresì copia della scheda di segnalazione/accesso.

A seguito del colloquio di approfondimento, viene programmata una seduta per la valutazione multidimensionale, generalmente effettuata presso il domicilio dell'utente.

In caso di cittadini disabili in condizioni di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992, che non siano ancora titolari di un Progetto di Vita ai sensi della D.G.R.T. n. 1449/2017, l'Assistente Sociale case-manager provvede ad avviare le procedure per la sua elaborazione e ne partecipa al processo di formazione. Il Progetto di Vita, anche redatto precedentemente alla segnalazione al Punto Insieme, deve prevedere l'accesso al percorso per la presa in carico della persona non autosufficiente. Esso è acquisito dall'Assistente Sociale case-manager, che ne dà atto nell'apposito applicativo informatico e lo inserisce nella Cartella Sociale dell'utente.

La valutazione multidimensionale è competenza di una equipe multiprofessionale costituita dall'Assistente Sociale case-manager, da un Medico afferente all'U.F. Cure Primarie di Zona-Distretto eventualmente affiancato altresì da uno specialista (geriatra, neurologo, psichiatra, ...) e/o da un Infermiere afferente alla medesima U.F. Cure Primarie, i quali si avvalgono delle schede di valutazione di cui ai D.D.R.T. n. 1354/2010 e n. 2259/2012 in attuazione della D.G.R.T. n. 370/2010.

La valutazione multidimensionale delle persone ricoverate presso le strutture ospedaliere aziendali è competenza degli operatori dell'Agenzia per la Continuità Ospedale-Territorio (A.C.O.T.), che le compilano nell'apposito applicativo.

In sede di valutazione e a seguito dell'acquisizione delle informazioni aggiuntive, l'Assistente Sociale può formulare ipotesi sulle tipologie di intervento da proporre ed eventualmente richiedere al cittadino la presentazione di ulteriore documentazione, laddove funzionale all'articolazione della proposta di Progetto da sottoporre alla valutazione dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (U.V.M.). La documentazione richiesta agli scopi di cui sopra è specificata in apposito Regolamento per l'accesso ai servizi approvato dalla Conferenza Zonale Integrata in riferimento a ciascuna tipologia di servizio attivabile.

Effettuata la seduta, ciascun operatore dell'equipe multiprofessionale compila nell'apposito applicativo informatico le schede di valutazione afferenti alla dimensione di bisogno di propria competenza. Il calcolo automatizzato dei punteggi parziali, risultanti dalla compilazione delle schede clinico-funzionali di competenza del personale sanitario, quantifica il livello di isogravità del bisogno del cittadino, attribuendogli un punteggio da 1 a 5. La compilazione della Scheda di Valutazione Sociale, di competenza dell'Assistente Sociale, determina il calcolo dell'Indice di Adeguatezza della Condizione Ambientale (I.A.C.A.).

### **Elaborazione del Progetto di Assistenza Personalizzato**

Sulla base del livello di isogravità del bisogno rilevato, del I.A.C.A. e delle risorse disponibili tra quelle destinate alle diverse tipologie di intervento, il cittadino valutato non autosufficiente ha diritto ad un Piano di Assistenza Personalizzato (P.A.P.), nel quale siano definite le tipologie di servizio o intervento ritenute appropriate per il bisogno rilevato, gli obiettivi da perseguire, i risultati attesi, le modalità e i tempi di monitoraggio del Piano, il periodo di attuazione degli interventi, le modalità di erogazione dei benefici, l'eventuale compartecipazione del cittadino e/o dei suoi familiari ai costi dei servizi e la forma di eventuale pagamento.

Il P.A.P. è elaborato dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale (U.V.M.) di cui all'art. 11 della L.R. 66/08, costituita presso la Direzione di Zona-Distretto.

L'U.V.M. è composta stabilmente dai seguenti membri:

- Coordinatore dell'U.V.M., individuato tra i medici dell'U.F. Cure Primarie della Zona-Distretto
- Infermiere dell'U.F. Cure Primarie
- Assistente Sociale dell'U.F. Assistenza Sociale
- Personale amministrativo di Zona-Distretto

Alla seduta dell'U.V.M. partecipano altresì l'Assistente Sociale case-manager e altre eventuali figure professionali di riferimento del cittadino.

Ai sensi dell'art. 10 comma 1 della L.R. 66/2008, l'U.V.M. è chiamata a elaborare il P.A.P. entro 30 giorni dalla segnalazione del bisogno al Punto Insieme, salvo sospensione dei termini dovuta a mancanza di documentazione, la cui presentazione sia adempimento in carico al cittadino.

L'U.V.M. ha sede presso la Casa della Salute di Camucia. Le sedute hanno normalmente cadenza settimanale, salvo sedute straordinarie legate a situazioni urgenti. Possono essere inseriti quale oggetto all'ordine del giorno dell'U.V.M. solo i casi ai quali sia stato attribuito dall'apposito applicativo informatico il livello di isogravità del bisogno e l'indice I.A.C.A. e le cui Cartelle Sociali risultino complete della documentazione necessaria alla elaborazione del P.A.P.

Oltre a quanto previsto in riferimento a ciascun specifico servizio nel Regolamento Zonale per l'Accesso ai Servizi, l'attestazione I.S.E.E. o la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi degli Artt. 46 e 47, D.P.R. 445/2000 con la quale il cittadino o il legale rappresentante ne rifiutano la presentazione con contestuale impegno al pagamento dell'intero costo del servizio eventualmente previsto dal P.A.P., è documento dirimente affinché il caso possa essere inserito all'ordine del giorno della seduta dell'U.V.M..

In luogo della documentazione di cui al precedente capoverso, limitatamente ai casi il cui bisogno assistenziale sia valutato dall'assistente sociale case-manager come necessitante una presa in carico urgente, soprattutto in relazione ai tempi medi rilevati di produzione dell'attestazione I.S.E.E., al cittadino viene offerta la possibilità di sottoscrivere un'autodichiarazione attraverso la quale si impegna a presentare l'attestazione I.S.E.E. soprarrichiamata entro e non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione del P.A.P. e a farsi carico della conseguente quota-parte del costo dei servizi di cui avesse usufruito per tutto il periodo antecedente alla presentazione dell'attestazione.

Nel caso di utenti disabili con età inferiore ai 65 anni, la presenza del Progetto di Vita nella Cartella Sociale è elemento dirimente affinché il caso possa essere inserito all'ordine del giorno della seduta dell'U.V.M..

I cittadini con bisogni complessi valutati in ospedale dall'A.C.O.T., sono posti all'o.d.g. della prima seduta di U.V.M. successiva alla compilazione delle schede nell'applicativo o, se del caso, all'o.d.g. di una seduta straordinaria appositamente convocata.

Il P.U.A. provvede a comunicare agli Assistenti Sociali case-manager i casi inseriti all'ordine del giorno.

Attraverso l'apposito applicativo, l'U.V.M. – ai fini della elaborazione del P.A.P. – dispone delle informazioni presenti nella Cartella Sociale di ciascun caso all'ordine del giorno. Essa elabora il P.A.P. identificando gli interventi assistenziali attivabili, anche in base alla compatibilità con la disponibilità delle risorse. I servizi attivabili sono declinati nell'Allegato 1A del Piano Programma della Convenzione per l'Integrazione Sociosanitaria e nei successivi aggiornamenti annuali.

Per la elaborazione del P.A.P. e la redazione della proposta assistenziale, l'U.V.M. si avvale dell'intero budget afferente alle risorse destinate alla non autosufficienza ai sensi della Convenzione per l'Integrazione Sociosanitaria. L'U.V.M. detiene la titolarità della gestione del budget.

La gestione operativa dell'intero budget è demandata ad un componente stabile dell'U.V.M., al quale è assegnato il ruolo di gestore operativo del budget: questi – tramite apposito applicativo informatico - monitora l'allocazione delle risorse da parte dell'U.V.M. nei diversi P.A.P. e verifica la disponibilità delle risorse residue progressivamente allocabili.

Le quote di compartecipazione ai costi del servizio da parte del cittadino sono definite automaticamente in sede di U.V.M. attraverso l'apposito applicativo informatico impostato ai sensi del Regolamento Zonale per l'Accesso ai servizi e riportate sul documento del P.A.P..

Il verbale di ogni seduta U.V.M. viene sottoscritto dai partecipanti alla seduta e allegato a ciascun P.A.P. elaborato nella medesima seduta.

### **Attuazione del Progetto di Assistenza Personalizzato**

In generale il P.A.P. si sostanzia in un documento condiviso tra soggetto pubblico e cittadino nel quale sono enucleati i diritti del cittadino in termini di servizi o altri benefici, le responsabilità riconosciute in capo all'ente pubblico in ordine al soddisfacimento di quei diritti, nonché i corrispettivi obblighi in capo al cittadino, ai suoi familiari e/o al suo rappresentante legale ai fini della fruizione del diritto.

A tale scopo il P.A.P. è sottoscritto dal Coordinatore dell'U.V.M. e dal cittadino titolare del P.A.P. o da un rappresentante legale. Il cittadino o il rappresentante legale possono rifiutare il P.A.P. attraverso sottoscrizione dell'apposita dichiarazione in calce al P.A.P. stesso.

Qualora il P.A.P. preveda l'assunzione, da parte del Comune di residenza del cittadino, del costo della retta alberghiera di servizi semi-residenziali o residenziali o l'integrazione dell'importo che sia tenuto a pagare il cittadino, prima della sottoscrizione del P.A.P. il Direttore di Zona-Distretto comunica con nota formale al medesimo Comune – per gli adempimenti di competenza - l'importo giornaliero a carico del Comune, con specifico riferimento al cittadino, al servizio previsto dal P.A.P., alla durata del P.A.P. e ai tempi di avvio del servizio, se presumibili. Tale nota formale è allegata al P.A.P..

Per la firma del P.A.P., il cittadino o il rappresentante legale è convocato dall'Assistente Sociale case-manager presso la sede del Servizio Sociale.

Contestualmente alla firma, il cittadino - in ragione dei servizi e degli interventi previsti dal P.A.P. medesimo - è chiamato:

- a sottoscrivere apposita dichiarazione di impegno al pagamento delle eventuali quote di compartecipazione sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi degli Artt. 46 e 47, D.P.R. 445/2000. A titolo di garanzia, la dichiarazione sostitutiva è sottoscritta altresì da familiari di primo grado in linea retta, che si impegnano a prendere in carico il debito del proprio familiare in caso di decesso del medesimo. La sottoscrizione di tale dichiarazione da parte di tutti gli interessati è elemento tassativo ai fini dell'attivazione del P.A.P.
- ad esprimere le proprie opzioni operative per l'attuazione del P.A.P.. Tali opzioni sono parte integrante del P.A.P. stesso. In particolare presso il P.U.A. il cittadino indica
  - a. le modalità con le quali intende ricevere il pagamento dei contributi economici, i necessari dati contabili, i necessari dati anagrafici in caso di delega alla riscossione
  - b. i giorni e gli orari di fruizione del servizio di assistenza domiciliare

Il P.A.P. sottoscritto è archiviato e custodito presso il P.U.A.. La data di sottoscrizione del P.A.P. è inserita nell'apposito sistema informatico dal P.U.A..

Con la sottoscrizione del P.A.P. da parte del cittadino possono essere avviati i procedimenti amministrativi per l'attivazione delle risorse e l'erogazione dei servizi e degli interventi. A tale scopo, anche tramite apposito applicativo informatico, le disposizioni contenute nel P.A.P. vengono trasmesse a tutti i soggetti amministrativamente responsabili dell'attivazione dei servizi sociosanitari previsti dallo stesso.

Una copia del P.A.P. viene inserita nella Cartella Sociale dall'Assistente Sociale case-manager. L'Assistente Sociale è l'operatore di riferimento per le problematiche legate all'attuazione del P.A.P.. Una volta sottoscritto il P.A.P. e secondo il suo contenuto, il case-manager prende contatto con gli erogatori dei servizi, al fine di avviarne operativamente l'erogazione.

### **Monitoraggio del Progetto di Assistenza personalizzato**

Entro la data di scadenza del P.A.P., l'Assistente Sociale case-manager procede alla visita domiciliare di follow-up per verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti, coinvolgendo altresì gli altri componenti dell'equipe ai fini della revisione della Valutazione Multidimensionale. L'Assistente Sociale promuove presso il P.U.A. - tramite apposito applicativo informatico e seguendo le procedure previste dal presente Protocollo - l'inserimento del caso all'ordine del giorno della seduta successiva dell'U.V.M..

Anche su segnalazione dei familiari o del M.M.G., qualora ritenga opportuna una variazione dei contenuti assistenziali del P.A.P., l'Assistente Sociale case-manager promuove una nuova Valutazione Multidimensionale, la quale darà luogo - tramite apposito applicativo informatico e seguendo le procedure di cui al presente Protocollo - all'allocazione del caso all'ordine del giorno di una successiva seduta dell'U.V.M. e quindi all'approvazione e sottoscrizione del P.A.P..

Pena l'interruzione dell'erogazione dei contributi e delle agevolazioni sulle tariffe dei servizi, gli utenti titolari di P.A.P. sono tenuti a consegnare al P.U.A. l'attestazione I.S.E.E. riferita all'anno in corso, ai fini della eventuale revisione degli importi delle agevolazioni, entro il 31 marzo di ogni anno. In caso di variazione degli importi, l'utente od il suo rappresentante legale è convocato dall'Assistente Sociale case-manager per la firma del documento di revisione amministrativa del P.A.P., il quale è allegato al P.A.P. custodito presso il P.U.A..

Le variazioni degli importi delle agevolazioni dovute a variazioni del valore I.S.E.E. hanno effetto dal 1 aprile dell'anno in corso.

L'utente può rifiutare di sottoscrivere il documento di revisione amministrativa del P.A.P., con ciò interrompendo con effetto immediato i termini di validità del P.A.P. stesso. In relazione alla erogazione degli interventi, gli effetti del rifiuto hanno effetto:

- a. dal momento del rifiuto alla sottoscrizione, nel caso del servizio di Assistenza Domiciliare e di altri servizi di supporto;
- b. dal 1 aprile dell'anno in corso, nel caso di erogazione dei contributi economici.

Attraverso i dati aggregati generati dall'applicativo il gestore operativo del budget monitora i livelli di utilizzo delle risorse per la progettazione e per l'attuazione dei P.A.P., al fine sia di rispondere ai debiti informativi verso Regione e Ministero sia di supportare gli organi competenti nella valutazione generale delle politiche di integrazione.

## **DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

### **Disposizioni in materia di inserimenti in strutture semi-residenziali e residenziali**

In riferimento ai PAP per i quali l'UVM abbia previsto un inserimento a carattere residenziale in modulo base di RSA, il case-manager provvede ad applicare la disciplina prevista dal Regolamento Aziendale di cui alla Deliberazione del D.G. n. 1061/17 e successivi aggiornamenti.

### **Disposizioni in materia di attuazione delle procedure di presa in carico**

Nelle more dello sviluppo delle funzioni specifiche dell'applicativo informatico in uso presso il P.U.A./U.V.M. per la gestione dell'"Assistenza Continuativa alla persona non autosufficiente", la gestione delle procedure generali avviene nelle modalità operative suppletive definite dal Direttore di Zona/Distretto, in collaborazione con la struttura amministrativa competente e, per quanto di competenza, con l'Ufficio di Piano.



Letto, approvato e sottoscritto,

Il Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Sud Est  
Antonio D'Urso

---

Il Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci e  
Sindaco del Comune di Cortona  
Luciano Meoni

---

Il Sindaco del Comune di Castiglion Fiorentino  
Mario Agnelli

---

Il Sindaco del Comune di Marciano  
Maria De Palma

---

Il Sindaco del Comune di Lucignano  
Roberta Casini

---

Il Sindaco del Comune di Foiano della Chiana  
Francesco Sonnati

---