



DELIBERAZIONE N. 42 DEL 06/09/2022
DELLA CONFERENZA DEI SINDACI INTEGRATA DEL VALDARNO

OGGETTO: CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA ZONA VALDARNO. APPROVAZIONE SCHEMA DI CONVENZIONE

L'anno duemilaventidue e questo di sei (06) del mese di settembre (09), alle ore 9:00 si è riunita la Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata della Zona Sociosanitaria del Valdarno presso la Sala Consiliare del Comune di Terranuova Bracciolini ed in collegamento da remoto su piattaforma Zoom.

Invitati con lettera di Convocazione ns. prot. n. 18853 del 30/08/2022, risultano presenti i componenti come dettagliato nella tabella sottostante:

COMPONENTI	PRESENTE	ABITANTI 2021	QUOTE	
Sindaco Comune di BUCINE	No	9.931	6,96%	
Sindaco Comune CASTELFRANCO PIANDISCO'	Si	9.839	6,89%	X
Sindaco Comune di CAVRIGLIA	Presente Ass. Thomas Stagi	9.446	6,62%	X
Sindaco Comune di LATERINA PERGINE V.NO	Si	6.442	4,51%	X
Sindaco Comune di LORO CIUFFENNA	Si	5.839	4,10%	X
Sindaco Comune di MONTEVARCHI	Presente Vicesindaco Cristina Bucciarelli	24.058	16,86%	X
Sindaco Comune di SAN GIOVANNI V.NO	Presente Ass. Nadia Garuglieri	16.632	11,65%	X
Sindaco Comune di TERRANUOVA BRACCIOLINI	Si	12.010	8,41%	X
TOTALE COMUNI			59,04%	7/8
Direttore Generale Azienda Usi Toscana sud est	Delegata dott.ssa Marisa Vannocchi*		34,00%	
	Presente Direttore ZD Valdarno Dott.ssa Stefania Magi			
TOTALE			93,04%	7/8

* Presenza alla Seduta da remoto su piattaforma Zoom.



Presiede l'adunanza il Presidente della Conferenza dei Sindaci Sergio Chienni – Sindaco di Terranuova Bracciolini.

Constatata la presenza della maggioranza dei membri e la rappresentanza delle quote di partecipazione prevista ai fini della validità della seduta:

LA CONFERENZA ZONALE DEI SINDACI INTEGRATA DEL VALDARNO

RICHIAMATA la Delibera di questa Conferenza n. 4 del 10/08/2017: *"Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno NOMINA"*, in cui viene nominato Presidente della Conferenza dei Sindaci Sergio Chienni Sindaco di Terranuova Bracciolini e il Comune di Terranuova Bracciolini quale Ente capofila a partire dal 1/09/2017;

RICHIAMATA la Delibera di questa Conferenza n. 32 del 29/12/2021: *"Presidenza e Vice-Presidenza della Conferenza dei Sindaci del Valdarno, individuazione del Comune capofila: proroga fino al 30/09/2022"*;

RICHIAMATA la Legge Regionale n. 40 del 24/02/2005: *"Disciplina del servizio sanitario regionale"* e ss.mm.ii.;

RICHIAMATA la Legge Regionale n. 41 del 24/02/2005: *"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"* e ss.mm.ii.;

VISTA la L.R. n.66/2008 in materia di non autosufficienza;

VISTO il Piano socio-sanitario integrato regionale (PSSIR) 2018-2020, approvato con D.G.R.T. n.73 del 28/01/2019;

VISTO il Regolamento della Conferenza dei Sindaci Integrata approvato dalla Conferenza medesima con Deliberazione n. 40 del 21/07/2021;

CONSIDERATO che la Convenzione per l'esercizio delle funzioni in integrazione socio-sanitaria di cui all'Art. 70-bis, comma 1, della Legge Regionale n. 40 del 24/02/2005:

- ha carattere obbligatorio nelle Zone in cui non vi siano operanti le Società della Salute,
- la sua approvazione ai sensi del comma 7 del citato art. 70-bis avviene con deliberazione della Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata;

VISTO che con Delibera della Giunta Regionale n. 886 del 30/08/2021 avente ad oggetto *"Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, art. 70-bis, comma 14 della l.r. 40/2005 e s.m.i. Approvazione aggiornamento schema-tipo"*, veniva approvato l'aggiornamento del documento *"Schema-tipo della Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria"*;

RICHIAMATA la Delibera di questa Conferenza n. 13 del 8/03/2022 avente ad oggetto: *"Incarico a soggetto esterno per supporto alla Conferenza in merito alla presentazione dei progetti PNRR e per la Convenzione Sociosanitaria. Compartecipazione economica e mandato di incarico"*;



VISTO lo schema di Convenzione, allegato parte integrante e sostanziale al presente atto, che disciplina il rapporto associativo nel rispetto delle sopravvenute modifiche della legislazione di settore ed in accordo con i contenuti degli attuali strumenti di programmazione sociale e socio-sanitaria;

DATO ATTO che lo schema di Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria nella Zona Distretto Valdarno prima della sua sottoscrizione dovrà essere approvato con delibera di Consiglio Comunale di tutti i Comuni della Zona Valdarno e con apposito atto dell'Azienda Usl Toscana sud est;

Con votazione palese e unanime dei presenti e la rappresentanza del 93,04 % delle quote di partecipazione decisionale dei membri;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate,

- 1. Di approvare** lo schema di Convenzione, allegato parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, per la disciplina delle funzioni di integrazione socio-sanitaria della Zona Distretto Valdarno;
- 2. Di dare atto** che lo schema di Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria nella Zona Distretto Valdarno prima della sua sottoscrizione, dovrà essere approvata con delibera di Consiglio Comunale di tutti i Comuni della Zona Valdarno e con apposito atto dell'Azienda Usl Toscana sud est;
- 3. Di trasmettere** il presente atto per opportuna competenza e/o informazione:
 - ai Sindaci dei Comuni del Valdarno,
 - al Direttore Generale Azienda Usl Toscana sud est,
 - al Direttore dei Servizi Sociali dell'Azienda Usl Toscana sud est,
 - alla Direttrice Azienda Usl Toscana sud est Zona Distretto Valdarno,
 - alla Responsabile UFAl Azienda Usl Toscana sud est Zona Distretto Valdarno,

Il Presidente della Conferenza Zonale Integrata dei Sindaci del Valdarno

Sergio Chienni



Comune di
Bucine



Comune di
Castelfranco
Piandiscò



Comune di
Cavriglia



Comune di
Laterina
Pergine
Valdarno



Comune di
Loro
Ciuffenna



Comune di
Montevarchi



Comune di
San
Giovanni
Valdarno



Comune di
Terranuova
Bracciolini



Zona Distretto
Valdarno

CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRA- ZIONE SOCIOSANITARIA NELLA ZONA DISTRETTO VALDARNO

2022-2026

SOMMARIO

Capo I – Servizi Sociosanitari	4
Titolo I – Norme Generali	4
Art. 1 - Oggetto	4
Art. 2 - Finalità	4
Art. 3 - Funzioni.....	5
Titolo II - Organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la Convenzione	5
Art. 4 - Conferenza Zonale Integrata.....	5
Art. 5 - Presidente della Conferenza Integrata	6
Titolo III - Organizzazione e attuazione dell'esercizio sociosanitario associato	6
Art. 6 - Materie sociosanitarie	6
Art. 7 - Ente responsabile della gestione	7
Art. 8 - Piano-programma	7
Art. 9 - Destinazione risorse non autosufficienza e attività sociali a rilevanza sanitaria	8
Art. 10 - Rapporti finanziari e risorse.....	8
Art. 11 - Quadro economico-finanziario	8
Art. 12 - Assetti organizzativi	9
Titolo IV – Programmazione, percorsi assistenziali integrati e coordinamento interprofessionale	9
Art. 13 - Strumenti di programmazione.....	9
Art. 14 - Ufficio di piano.....	10
Art. 15 - Istituti per la partecipazione.....	10
Art. 16 - Percorsi assistenziali integrati.....	10
Art. 17 - Coordinamenti interprofessionali e budget operativi integrati.....	10
Art. 18 - Regolamento di accesso e fruizione dei servizi	11
Capo II – Servizi Socioassistenziali.....	11
Titolo V - Norme Generali.....	11
Art. 19 - Oggetto	11
Art. 20 - Finalità	11
Art. 21 - Successivi Sottoscrittori	11
Titolo VI – Organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la Convenzione	11
Art. 22 - Conferenza Zonale Integrata.....	11

Titolo VII – Organizzazione e attuazione dell’esercizio sociosanitario associato	11
Art. 23 - Materie socioassistenziali	11
Art. 24 - Gestione associata delle materie socioassistenziali	12
Art. 25 - Piano-programma	12
Art. 26 - Rapporti finanziari	12
Art. 27 – Quadro economico-finanziario	12
Art. 28 - Assetti organizzativi	12
Titolo VIII – Programmazione, percorsi assistenziali integrati e coordinamento interprofessionali	12
Art. 29 - Percorsi assistenziali integrati	12
Art. 30 - Servizio sociale unico	12
Art. 31 - Regolamento di accesso e fruizione dei servizi	12
Capo III – Norme Comuni al CAPO I e II	12
Art. 32 – Norme speciali per le Unioni dei Comuni	12
Art. 33 - Durata	12
Art. 34 - Recesso	12
Art. 35 - Scioglimento	13
Art. 36 - Sistema Informativo	13
Art. 37 - Obbligo di informazione reciproca	14
Art. 38 - Controversie	14
Art. 39 - Norme transitorie e finali	14
ALLEGATO 1 (di cui all’art.12 commi 2 e 3 della Convezione) - DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE PER L’ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELLA ZONA DISTRETTO VALDARNO	16
ALLEGATO 2 (di cui all’art.8 della Convenzione) – PIANO PROGRAMMA DELLA CONVENZIONE PER L’ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELLA ZONA DISTRETTO VALDARNO	19
2.A - DECLARATORIA DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ OGGETTO DELLA CONVENZIONE – NON AUTOSUFFICIENZA	20
2.B – RISORSE FINANZIARIE – NON AUTOSUFFICIENZA	22
2.C – RISORSE UMANE – NON AUTOSUFFICIENZA	23
2.D – CRONOPROGRAMMA DELLA CONVENZIONE	24
2.E – PROTOCOLLO OPERATIVO PER L’ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELL’AREA NON AUTOSUFFICIENZA	25

CAPO I – SERVIZI SOCIOSANITARI

Titolo I – Norme Generali

Art. 1 - Oggetto

1. Con riferimento alla Zona-distretto Valdarno, i Comuni di Bucine, Castelfranco Piandiscò, Caviglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno, Terranuova Bracciolini e l'Azienda Sanitaria Locale USL Toscana Sud Est, stipulano la presente convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria della zona Valdarno (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 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 Valdarno, sita in Piazza del Volontariato 2, Montevarchi.

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;
 - b. Ricognizione iniziale delle risorse umane, finanziarie e strumentali degli enti aderenti in riferimento alla declaratoria delle attività oggetto della convenzione.
3. 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.

4. 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 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 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 socio sanitaria 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.

Letto, approvato e sottoscritto,

Il Sindaco
del Comune di Bucine
Nicola Benini

Il Sindaco
del Comune di Castelfranco Piandiscò
Enzo Cacioli

Il Sindaco
del Comune di Cavriglia
Leonardo Degl'Innocenti o Sanni

Il Sindaco
del Comune di Laterina Pergine Valdarno,
Simona Neri

Il Sindaco
del Comune di Loro Ciuffenna
Moreno Botti

Il Sindaco
del Comune di Montevarchi
Silvia Chiassai Martini

Il Sindaco
del Comune di San Giovanni Valdarno
Valentina Vadi

Il Sindaco
del Comune di Terranuova Bracciolini
Sergio Chienni

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

ALLEGATO 1 (di cui all'art.12 commi 2 e 3 della Convenzione) - DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELLA ZONA DISTRETTO VALDARNO

DURATA

Il presente Documento di organizzazione ha validità quinquennale dal 2022 al 2026 e potrà essere rinnovato e/o modificato con adozione di un apposito atto deliberativo della Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona Valdarno.

MATERIE OGGETTO DELL'ESERCIZIO ASSOCIATO

Le materie in cui i Comuni e l'Azienda USL Toscana Sud Est di comune accordo individuano di svolgere in esercizio integrato sono:

- ▶ Non Autosufficienza
- ▶ Disabilità

La materia della Non Autosufficienza sarà oggetto di integrazione a partire dalla sottoscrizione della Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria nella Zona Distretto Valdarno 2022-2026.

La materia della Disabilità sarà oggetto di integrazione secondo modalità e tempistica definite nel Cronoprogramma della Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria nella Zona Distretto Valdarno 2022-2026, allegato alla stessa.

Le modalità e la tempistica di implementazione di eventuali altre materie di integrazione saranno definite all'interno della Convenzione sociosanitaria, inserite nel Cronoprogramma della Convenzione sociosanitaria e all'interno del presente documento di organizzazione.

PERCORSO NON AUTOSUFFICIENZA

Le parti della Convenzione delineano un percorso per la Non Autosufficienza, da intendersi anche per il proseguo per over 65, con l'obiettivo specifico di erogare servizi certi, sostenibili e modulati sullo stato di bisogno della persona non autosufficiente attraverso la formulazione di un Progetto Personalizzato. L'intento perseguito è quello di:

- ▶ qualificare gli strumenti diretti a individuare il bisogno;
- ▶ qualificare un sistema dei servizi per rispondere al bisogno;
- ▶ formare gli operatori;
- ▶ implementare forme di collaborazione tra gli Enti sottoscrittori e soggetti e organizzazioni terze, pubbliche e private, al fine di favorire percorsi che privilegino la domiciliarità;
- ▶ gestire, valutare e monitorare i progetti personalizzati delle persone evidenziando i fattori di rischio e valutando l'impatto sugli anziani non autosufficienti e le loro famiglie.

Modalità organizzative

Il percorso Non autosufficienza è impostato sulla base di quanto delineato dalla LR 66/2008, dai collegati Decreti della Giunta Regionale e Decreti Dirigenziali e dalla DGRT 618/2020 "Piano regionale per la non autosufficienza - triennio 2019-2021".

Unità Funzionale "Assistenza sociale" della zona distretto Valdarno

Il percorso Non Autosufficienza è gestito, organizzato e coordinato dalla Unità Funzionale "Assistenza sociale" della Zona Distretto Valdarno, che si avvale del personale del servizio sociale professionale della Azienda USL Toscana Sud Est e dei Comuni e che si raccorda con l'Ufficio "Attività amministrative territoriali" della Zona Distretto Valdarno.

Il responsabile della Unità Funzionale "Assistenza sociale" si avvale di un assistente sociale con funzioni di coordinamento del percorso Non autosufficienza.

L'Unità Funzionale "Assistenza sociale" definisce e verifica il proprio piano di lavoro annuale con la direzione della Zona Distretto.

Ufficio "Attività amministrative territoriali" della Zona Distretto Valdarno

La gestione amministrativa del percorso Non Autosufficienza è svolta dalla "Direzione amministrativa Zona distretto e PO Valdarno" attraverso l'Ufficio "Attività amministrative territoriali" della Zona Distretto Valdarno, che si raccorda con gli uffici amministrativi dei Comuni.

Punto Insieme, PUA, UVM e sistema delle prestazioni

Il percorso della Non Autosufficienza viene realizzato attraverso i seguenti organismi e il seguente sistema di prestazioni:

- ▶ Punto Insieme: punto di accesso al percorso Non autosufficienza
- ▶ Punto Unico di Accesso: punto di coordinamento della presa in carico del cittadino e della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza
- ▶ Unità Di Valutazione Multidisciplinare (UVM): organismo della Zona Distretto preposto alla valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno sociosanitario e alla conseguente predisposizione del sistema di risposte attraverso la predisposizione del Piano Assistenziale Personalizzato (PAP).
- ✓ Sistema delle prestazioni:
 - Interventi volti a favorire la domiciliarità:
 - ✓ Assistenza domiciliare diretta: prestazioni di assistenza domiciliare sociosanitaria.
 - ✓ Assistenza domiciliare indiretta: contributo economico erogato direttamente alla persona, sotto varie forme, quali contributi finalizzati all'assunzione di un assistente familiare accreditato, contributi di sostegno alle cure familiari.
 - Prestazioni semiresidenziali:
 - ✓ Centro diurno Non Autosufficienza: struttura semiresidenziale per persone over65, valutate non autosufficienti dalla UVM, con i requisiti previsti dal Reg. 2R/2018 Regione Toscana.

- ✓ Centro diurno Alzheimer: struttura semiresidenziale per persone con disabilità cognitivo comportamentale, con i requisiti previsti dal Reg. 2R/2018 Regione Toscana.
- Prestazioni residenziali (permanente/temporaneo di sollievo)
 - ✓ RSA: strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti e di età inferiore a 65 anni nel caso che presentino patologie degenerative assimilabili al decadimento senile.
- Progetti sperimentali di interesse regionale: la Direzione della zona distretto, di concerto con Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona Valdarno, individua i progetti regionali da gestire in maniera integrata e ne valuta l'impatto sulle attività ordinarie.

Le modalità di funzionamento e le modalità operative degli organismi e del sistema delle prestazioni sono descritte nel "Protocollo operativo per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria nell'area Non Autosufficienza" allegato al Piano Programma della Convenzione sociosanitaria.

Le eventuali modifiche che si renderanno necessarie al suddetto protocollo verranno condivise dalla Direzione della Zona Distretto Valdarno con l'Ufficio di piano dandone comunicazione in Conferenza dei Sindaci Integrata Zona Valdarno.

Risorse umane

Per la fase di avvio della Convenzione, il sistema delle risorse umane professionali e amministrative per la gestione, l'organizzazione e il coordinamento del percorso Non Autosufficienza è contenuto all'interno del Piano Programma allegato alla Convenzione sociosanitaria, e specificamente nell'allegato 2.C "Risorse umane".

Per gli anni successivi, si provvederà annualmente a revisionare il sistema delle risorse umane, anche in funzione dello sviluppo degli assetti organizzativi futuri.

Risorse finanziarie

Per la fase di avvio della Convenzione, il sistema delle risorse finanziarie per la gestione, l'organizzazione e il coordinamento del percorso Non Autosufficienza è contenuto all'interno del Piano Programma allegato alla Convenzione sociosanitaria, e specificamente nell'allegato 2.B "Risorse finanziarie".

Per gli anni successivi, per dare modo alla Conferenza Integrata di verificare l'andamento della gestione associata in corso e di comporre il quadro economico finanziario annuale - ai sensi dall'articolo 11 comma 3 della Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, e al fine di permettere alla UVM di predisporre i PAP in una situazione di certezza delle risorse - i Comuni e l'Azienda USL Toscana sud est indicheranno entro il 31 ottobre di ogni anno i budget di propria competenza che andranno a comporre il quadro economico finanziario.

**ALLEGATO 2 (di cui all'art.8 della Convenzione) – PIANO PROGRAMMA DELLA
CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
NELLA ZONA DISTRETTO VALDARNO**

***2.A – DECLARATORIA DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ OGGETTO DELLA CONVENZIONE – NON
AUTOSUFFICIENZA***

2.B – RISORSE FINANZIARIE– NON AUTOSUFFICIENZA

2.C – RISORSE UMANE– NON AUTOSUFFICIENZA

2.D – CRONOPROGRAMMA– NON AUTOSUFFICIENZA

2.E – PROTOCOLLO OPERATIVO DEL PERCORSO NON AUTOSUFFICIENZA

2.A - DECLARATORIA DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ OGGETTO DELLA CONVENZIONE – NON AUTOSUFFICIENZA

Area Non-Autosufficienza				Contenuti della Convenzione	
Setting Assistenziale	Codice	Denominazione	Descrizione (Delibera n. 573 del 29-05-2017)	Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
	NA A1	Accesso	Segnalazione del bisogno, orientamento e informazione al Cittadino, attivazione del percorso Non autosufficienza	X	X
	NA A2	Valutazione diagnostica multidisciplinare.	valutazione multidimensionale (clinico funzionale, cognitivo comportamentale e socio ambientale) delle condizioni di bisogno socio-sanitario della persona non autosufficiente.	X	X
	NA A3	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia.	X	X
Assistenziale	NA A4	Problematiche mediche specialistiche.	Gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.	X	
(Accesso e Presa in Carico)	NA A7	Abilitazione e riabilitazione.	Abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita.	X	
	NA A8	Orientamento e training.	Colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi.	X	X
	NA A9	Gruppi di sostegno.	Gruppi di sostegno per le persone non autosufficienti	X	X
	NA A10	Consulenza specialistica.	Consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.	X	
	NA A11	Consulenza con medicina generale.	Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.	X	
Intermedio	NA I1	Supporto autonomia.	Interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana.	X	X
	NA I2	Interventi sulla rete sociale formale e informale.	Attivazione dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo Settore	X	X

Area Non-Autosufficienza				Contenuti della Convenzione	
Setting Assistenziale	Codice	Denominazione	Descrizione (Delibera n. 573 del 29-05-2017)	Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
Domiciliare	NA D1	A.D.I. - Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente.	X	
	NA D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio.	X	X
Semi-residenziale	NA SR 1	Strutture semiresidenziali per persone anziane Modulo Cognitivo	Struttura semiresidenziale per persone anziane che assicura attività assistenziali dirette a gruppi di persone per più ore al giorno e per più giorni la settimana e garantisce l'alta integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Modulo cognitivo	X	X
	NA SR2	Strutture semiresidenziali per persone anziane	Struttura semiresidenziale per persone anziane che assicura attività assistenziali dirette a gruppi di persone per più ore al giorno e per più giorni la settimana e garantisce l'alta integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.	X	X
Residenziale	NA R1	Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo 4	X	X
	NA R3	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo Cognitivo	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo 3	X	X
	NA R4	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo Base	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo Base	X	X

2.B – RISORSE FINANZIARIE – NON AUTOSUFFICIENZA

RICOGNIZIONE INIZIALE RISORSE FINANZIARIE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA*		
Tipologia risorse		€
Fondi strutturali, regionali	FNA	€ 1.476.833
	Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia (FSE)	€ 588.216
	TOT	€ 2.065.049
Risorse Asl	Quote RSA (Fondo finalizzato)	€ 5.054.327
	Quote Centri diurni (Fondo finalizzato)	€ 161.400
	TOT	€ 5.215.727
Risorse EE.LL.	Integrazione rette sociali RSA	€ 584.183
	Integrazione rette sociali Centri diurni	€ 40.543
	TOT	€ 624.725
TOTALE		€ 7.703.559

* le risorse considerate fanno riferimento alla media triennale 2017-2019, ultimi anni consolidati prima della pandemia da Covid-19 che ha influenzato le dinamiche dei servizi per la Non autosufficienza

Dettaglio comunale area Non Autosufficienza

Comune	RSA	Centri diurni	Totale
Bucine	101.311 €	2.171 €	103.482 €
Castelfranco Piandiscò	7.580 €	0 €	7.580 €
Cavriglia	17.197 €	18 €	17.215 €
Laterina Pergine V.no	17.571 €	682 €	18.254 €
Loro Ciuffenna	12.314 €**	0 €	12.314 €
Montevarchi	201.687 €	16.468 €	218.155 €
San Giovanni V.no	140.689 €	12.656 €	153.345 €
Terranuova Bracciolini	85.833 €	8.547 €	94.380 €
Totale Comuni	584.183 €	40.543 €	624.725 €

** per il Comune di Loro Ciuffenna, non essendo disponibili le risorse 2019, per la voce RSA è stata considerata la media 2017-2018

2.C – RISORSE UMANE – NON AUTOSUFFICIENZA

RICOGNIZIONE INIZIALE RISORSE UMANE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA*							
Personale		Azienda Sanitaria		Amministrazioni Locali		Totale	
Area di attività	Personale	Unità	Tempo Pieno Equivalente	Unità	Tempo Pieno Equivalente	Unità	Tempo Pieno Equivalente
Area Non Autosufficienza	Professionale	3,00	2,30	10,00	5,14	13,00	7,44
	Amministrativo	4,00	2,60	8,00	2,16	12,00	4,76
	Tecnico*					-	-
	Totale	7,00	4,90	18,00	7,30	25,00	12,20
Totale		7,00	4,90	18,00	7,30	25,00	12,20

Dettaglio comunale area Non Autosufficienza

Comune	Servizio sociale professionale		Amministrativi		Totale	
	Numero	Tempo Pieno equivalente	Numero	Tempo Pieno equivalente	Numero	Tempo Pieno equivalente
Bucine	1	0,60	1	0,33	2	0,93
Castelfranco Piandiscò	1	0,60	1	0,20	2	0,80
Cavriglia	1	0,30	1	0,15	2	0,45
Laterina Pergine V.no	1	0,40	1	0,20	2	0,60
Loro Ciuffenna	1	0,16	1	0,08	3	0,32
	1	0,08				
Montevarchi	1	1,00	1	1,00	3	2,80
	1	0,80				
San Giovanni V.no	1	0,60	1	0,05	2	0,65
Terranuova Bracciolini	1	0,60	1	0,15	2	0,75
Totale Comuni	10	5,14	8	2,16	18	7,30

2.E – PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA NELL'AREA NON AUTOSUFFICIENZA

ARTICOLAZIONE OPERATIVA DEL PERCORSO NON AUTOSUFFICIENZA

L'articolazione operativa per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria nell'area della Non autosufficienza è delineata secondo i seguenti organismi e servizi:

- ▶ Organismi
 - Punto Insieme;
 - Punto Unico di Accesso (PUA)
 - Unità di valutazione multidisciplinare (UVM);
 - ACOT
- ▶ Prestazioni:
 - Interventi volti a favorire la domiciliarità;
 - Prestazioni semiresidenziali;
 - Prestazioni residenziali.

PUNTO INSIEME

Nella Zona Valdarno i Punto Insieme sono presenti in tutti i Comuni della Zona. Il Punto Insieme rappresenta dunque la porta di accesso diretto al sistema integrato dei servizi sociosanitari, che si caratterizza per la elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione, ed è il luogo fisico dove la persona, o chi la rappresenta, trova un professionista in grado di accogliere la segnalazione di un bisogno orientando e accompagnando la persona stessa verso il percorso più appropriato.

L'operatore del Punto Insieme, dopo aver effettuato una prima valutazione del bisogno definisce se si tratta di caso semplice o complesso. Caso semplice: la valutazione e l'approfondimento vengono svolti dai Servizi Sociali del Comune di residenza. Caso Complesso: l'operatore del Punto Insieme compila la scheda di segnalazione e la inserisce nella procedura Astercloud - Punto Insieme.

Organizzazione

I punti insieme della Zona distretto Valdarno, presenti negli 8 Comuni, nelle Case della Salute e nei Distretti sociosanitari sono presidiati dagli assistenti sociali dei Comuni e della Zona Distretto Valdarno.

Coordinamento

Il sistema dei Punti Insieme è coordinato dalla U.F. "Assistenza sociale" attraverso un assistente sociale con funzioni di coordinamento del percorso Non autosufficienza.

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Se trattasi di caso complesso, l'operatore inserisce la scheda segnalazione accesso nella piattaforma Astercloud per la successiva presa in carico da parte del PUA-UVM. Inoltre consegna al cittadino la scheda clinica da compilarsi a cura del MMG e restituita all'Assistente Sociale che avrà la presa in

carico della persona non autosufficiente. La segnalazione del caso complesso che si trova in ospedale/Modica/Cure Intermedie, viene effettuata dall'ACOT al PUA. La segnalazione al PUA può essere fatta anche da medici ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri, servizi domiciliari.

Organizzazione

Il PUA è presidiato da una unità amministrativa della Zona Distretto Valdarno, che una volta ricevuta la segnalazione, verifica la presenza, la completezza e la correttezza della documentazione ricevuta, attiva la valutazione sociosanitaria e la convocazione della UVM, in collaborazione con l'assistente sociale che ha la presa in carico del caso.

Coordinamento

Il coordinamento del PUA è in capo alla Direzione della Zona Distretto Valdarno.

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Il PUA invia all'UVM la segnalazione del caso complesso per la valutazione multidisciplinare da parte dell'UVM. Per la valutazione l'UVM si avvale delle schede sociali e sanitarie previste dall'attuale normativa regionale, a cui si aggiunge la scheda clinica del MMG (DDRT n. 1354/2010 e n. 2952/2012 in attuazione del DGRT n. 370/2010).

Le schede sociali, sanitarie e la scheda clinica saranno inserite in procedura informatizzata Astercloud accessibile a tutti i professionisti abilitati, che avranno il compito di inserire, ognuno per la parte di propria competenza, le schede valutative. La scheda clinica del MMG è inserita in procedura dall'Operatore Sanitario che fa la valutazione. Le schede sanitarie e le schede cliniche dei cittadini ricoverati in Ospedale per i quali viene attivata l'ACOT vengono compilate dagli Operatori dell'ACOT stessa e inserite in procedura Astercloud, le schede sociali vengono compilate dall'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito in collaborazione con l'Assistente Sociale dell'ACOT.

Composizione

L'UVM è composta dalle seguenti figure professionali:

- ▶ Medico ASC;
- ▶ Assistente Sociale;
- ▶ Infermiere.

La UVM sarà di volta in volta integrata:

- ▶ dal medico di Medicina Generale della persona sottoposta a valutazione
- ▶ da professionalità specialistiche e da operatori della riabilitazione in relazione ai casi in esame

Funzioni

L'UVM è l'organismo della Zona Distretto preposto alla valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno socio-sanitario e alla conseguente predisposizione del sistema di risposte attraverso la elaborazione del Piano Assistenziale Personalizzato (PAP).

Coordinamento

La UVM è coordinata dal Medico ASC

SISTEMA DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI

Attivazione del sistema di servizi e prestazioni

Il cittadino (o suo familiare o altra persona indicata dall'art. 10, c. 1, L.R. 41/2005) esprime i propri bisogni socio-sanitari rivolgendosi ad uno dei Punti Insieme presenti nella Zona Valdarno attraverso la compilazione della scheda di segnalazione del bisogno.

L'U.V.M. effettua la valutazione multidimensionale, determina il livello di gravità e predispone un P.A.P. che definisce gli interventi da attivare, in risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti.

Per la definizione del P.A.P., e quindi per l'attivazione del servizio, il cittadino, o chi ne ha la rappresentanza giuridica, è tenuto a presentare l'attestazione I.S.E.E in corso di validità relativa alla tipologia di prestazione richiesta di cui all'Art. 6 del D.P.C.M. 159/13 e alla L. 89/2016. Laddove il cittadino interessato, o chi ne ha rappresentanza giuridica, decida di non produrre l'attestazione I.S.E.E è tenuto a sottoscrivere una apposita dichiarazione con la quale si impegna al pagamento della tariffa più alta del servizio eventualmente previsto dal P.A.P.

Fatti salvi gli specifici requisiti per l'attivazione delle singole tipologie di servizio così come indicati di seguito, l'attivazione del P.A.P. è condizionata dalla disponibilità delle risorse del Fondo Non Autosufficienza. L'U.V.M., nel rispetto del principio di "accomodamento ragionevole" sancito dalla "Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità" e richiamato dal progetto "Assistenza continuativa alla persona non autosufficiente" di cui alla D.G.R.T. 370/2010, ha l'autonomia di apportare modifiche e/o adeguamenti funzionali e appropriati per l'orientamento progettuale. Tale autonomia, in una logica di assoluta eccezionalità, può esplicarsi nel modificare, tenendo conto delle compatibilità finanziarie di cui al comma precedente, il livello di isogravità ed il relativo pacchetto di isorisorse nei casi in cui, in sede di valutazione si dovesse riscontrare una discrepanza tra le reali condizioni di salute dell'assistito ed il livello di isogravità attribuito dall'applicazione delle procedure valutative. L'U.V.M. può, in casi particolari e del tutto eccezionali e a suo insindacabile giudizio, assegnare all'assistito le risorse previste nel Pap domiciliare solo in caso di effettivo ricovero della persona in RSA e senza che sia prevista la corresponsione della quota sanitaria così come previsto DGRT 370/2010 CAP.3 lettera e) procedure valutative.

L'assistente sociale che ha la presa in carico del caso si occupa di:

- ✓ comunicare il PAP alla persona non autosufficiente e alla famiglia per l'accettazione e la firma;
- ✓ attivare il sistema di servizi e prestazioni previsti dal PAP.

Compartecipazioni

L'accesso ad alcune prestazioni contenute nel presente documento prevede la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, il cui ammontare è articolato per prestazioni, servizi e tipologie di utenti, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Le modalità di compartecipazione sono definite all'interno del "Disciplinare applicativo per l'erogazione dei servizi socio-sanitari per persone anziane non autosufficienti e disabili e la compartecipazione al costo delle prestazioni sociali per persone anziane" della Zona Valdarno (Determinazione del Direttore dell' U.O. Zona Distretto Valdarno N° 41 del 11/01/2021 e successive modifiche e integrazioni).

Modalità di attivazione dei servizi

Le modalità di attivazione dei servizi sono disciplinate all'interno del "Disciplinare applicativo per l'erogazione dei servizi socio-sanitari per persone anziane non autosufficienti e disabili e la compartecipazione al costo delle prestazioni sociali per persone anziane" della Zona Valdarno (Determinazione del Direttore dell' U.O. Zona Distretto Valdarno N° 41 del 11/01/2021 e successive modifiche e integrazioni).

Interventi volti a favorire la domiciliarità

Assistenza domiciliare diretta

L'Assistenza domiciliare socio-sanitaria è un complesso di prestazioni erogate al domicilio della persona non autosufficiente e disabile grave per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita ed in particolare è rivolta:

- a) persona non autosufficiente con patologia cronico-degenerativa;
- b) alla persona affetta da disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/92
- c) alla persona affetta da patologie gravi e invalidanti, in dimissioni protette da strutture ospedaliere. Il servizio, che verrà attivato previa valutazione e definizione del PAP da parte della competente UVM, deve essere considerato temporaneo e sottoposto a verifiche.

Assistenza domiciliare indiretta

Contributo economico per assistenti familiari con contratto

Contributo a sostegno del pagamento di un servizio di assistenza domiciliare fornito da un assistente familiare (riferimento al CCNL per assistente persone non autosufficienti) assunto dall'utente o dal familiare, specificatamente finalizzato all'assistenza di base dell'interessato, per un minimo di 20 ore settimanali e con inquadramento minimo del contratto di tipo CS (per PAP di persona non autosufficiente con livello di isogravità almeno pari a 3).

Contributo economico per le cure domiciliari assicurate dalla rete familiare

Erogazione di contributi economici finalizzati a sostenere le famiglie che si fanno carico direttamente dell'assistenza in favore di propri familiari anziani in condizione di non autosufficienza, in considerazione della rilevante funzione assistenziale che queste svolgono e dei costi sociali ed economici da queste sostenuti

Laddove uno dei familiari manifesti la volontà di occuparsi direttamente dell'assistenza necessaria al proprio congiunto, dovrà dichiarare, contestualmente alla sua disponibilità in merito, che non vi è in essere un contratto con un assistente familiare di qualsiasi tipo intestato all'anziano; in tal caso il P.A.P. può prevedere l'erogazione di un apposito contributo economico mensile a riconoscimento del lavoro di cura garantito da un familiare, in presenza delle seguenti condizioni:

- ▶ che sia riconosciuto alla persona non autosufficiente un livello di isogravità almeno pari a 3;
- ✓ che l'Assistente Sociale case-manager e l'UVM valutino la rete familiare come adeguata a garantire il fabbisogno assistenziale della persona non autosufficiente;
- ✓ che un familiare si impegni formalmente a garantire il livello di cure assistenziali adeguato, così come indicato dall'UVM e dall'Assistente Sociale periodicamente verificato anche in relazione alla adeguatezza della risposta prestata dal familiare che garantisce la totale copertura dei suoi bisogni assistenziali.

Prestazioni semiresidenziali

Centro diurno Non Autosufficienza

Struttura semiresidenziale per persone over65, valutate non autosufficienti dalla UVM, con i requisiti previsti dal Reg. 2 R/2018 Regione Toscana. Sono assicurate attività assistenziali, di animazione socio-educativa e assistenza infermieristica.

Centro diurno Alzheimer

Struttura semiresidenziale per persone con disabilità cognitivo comportamentale, con i requisiti previsti dal Reg. 2R/2018 Regione Toscana (alta intensità assistenziale e alta complessità organizzativa). Sono assicurate attività assistenziali di animazione socio-educativa e assistenza infermieristica. Previsti servizio mensa ed il trasporto.

Prestazioni residenziali

RSA

Strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti e di età inferiore a 65 anni nel caso che presentino patologie degenerative assimilabili al decadimento senile. Sono assicurate attività assistenziali di base e alla persona, di animazione socio-educativa e assistenza infermieristica e riabilitativa. Il ricovero può essere permanente (elevato bisogno assistenziale e inadeguatezza ambientale), temporaneo/di sollievo (per offrire alla famiglia l'opportunità di alleggerire, per un periodo determinato di tempo di massimo 60 giorni, lo stress e l'impegno di cura). La residenza è articolata in diversi moduli:

- ✓ Modulo Base - Non Autosufficienza Stabilizzata: rivolto a persone non autosufficienti, con esiti di patologie ormai stabilizzate, inserite in progetti di lungoassistenza con livello di isogravità compreso da 3 a 5 (o patologie ad esse assimilabili). Il ricovero può essere anche temporaneo di sollievo, rivolto esclusivamente ad anziani assistiti al domicilio.
- ✓ Modulo Cognitivo - Disabilità Cognitivo Comportamentale: accoglie soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti ai disturbi del comportamento previa valutazione del medico specialista e con isogravità compresi tra 4 e 5. La permanenza nel modulo specialistico cognitivo comportamentale è temporanea.
- ✓ Modulo per Stati Vegetativi Permanenti Stabilizzati Terminali: accoglie persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza nel caso in cui, al termine del percorso sanitario ospedaliero e/o sanitario riabilitativo sia impossibile la definizione di un Progetto basato sull'organizzazione sanitaria e socio-assistenziale al domicilio.