

**04/04/2022**

**ALLEGATO A**

**ZONA VERSILIA**  
**Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-  
sanitaria**

## **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 - Rapporti finanziari e risorse

Art. 10 - Quadro economico-finanziario

Art. 11 - Assetti organizzativi

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

Art. 12 - Strumenti di programmazione

Art. 13 - Ufficio di piano

Art. 14 - Istituti per la partecipazione

Art. 15 - Percorsi assistenziali integrati

Art. 16 - Coordinamenti interprofessionali e budget operativi integrati

Art. 17 - Regolamento di accesso e fruizione dei servizi

### **Titolo V – Durata e norme finali**

Art. 18 - Durata

Art. 19 - Recesso

Art. 20 - Scioglimento

Art. 21 - Sistema Informativo

Art. 22 - Obbligo di informazione reciproca

Art. 23 - Controversie

Art. 24 - Norme transitorie e finali

## **Capo I – Servizi Sociosanitari**

### **Titolo I – Norme Generali**

#### **Art. 1 - Oggetto**

1. Con riferimento alla Zona-distretto della Versilia i Comuni di Camaiore, Forte dei Marmi, Massarosa, Pietrasanta, Seravezza, Stazzema, Viareggio e l'Azienda unità sanitaria locale Toscana Nordovest, stipulano la presente convenzione (di seguito denominata 'Convenzione') per:
  - a) 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. 3 septies, 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.
3. 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.
4. I soggetti sottoscrittori della presente convenzione si avvalgono, per lo svolgimento delle attività socio sanitaria, delle sedi operative dei singoli Enti aderenti.

#### **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;
  - 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**

1. 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 la compongono come definiti all'art.8;
  - b) approva gli atti di programmazione;
  - c) approva il quadro economico finanziario di cui all'art. 10;
  - d) approva il documento di organizzazione di cui all'art. 11;
  - e) approva i regolamenti di funzionamento;
  - f) approva le proposte di regolamenti di accesso e fruizione dei servizi di cui all'art. 17;
  - g) approva le linee guida dei processi assistenziali integrati di cui all'art. 15.
2. 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.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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. 10;
  - b) Sviluppo dei protocolli operativi, che evidenzia la progressiva attivazione dei protocolli operativi previsti dalle Linee-guida dei percorsi assistenziali di cui all'art. 15.
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 zonale integrata.

## **Art. 9 - 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 preconsuntivo 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.
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. 10 - 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. 9, nonché la quota di risorse a carico dell'azienda sanitaria di cui al comma 3 dell'art. 9.
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. 11 - 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. Area Non Autosufficienza Anziani**

In relazione alla previsione di cui al comma precedente, in ragione della popolazione residente ed ai conseguenti carichi di lavoro, al fine di gestire in modo unitario i percorsi relativi alla Non Autosufficienza, i Comuni si impegnano ad assegnare in comando (ex. Art 41 CCNL) le seguenti unità di personale:

- Comune di Viareggio n. 2 AA.SS.
- Comune di Pietrasanta n. 1 A.S.
- Comune di Massarosa n. 1 A.S.
- Comune di Camaiore n. 1 A.S.

Per quanto concerne i Comuni di Forte dei Marmi, Seravezza e Stazzema, l'azienda sanitaria locale mette a disposizione n. 1 A.S.

In fase di avvio, l'azienda sanitaria locale prende atto che gli operatori in comando potranno essere destinati temporaneamente, e comunque non oltre il 31/12/2022, ad ulteriori attività di competenza comunale, per evitare criticità conseguenti all'assegnazione all'azienda sanitaria locale, attività che comportino comunque un impegno lavorativo residuale rispetto al monte ore settimanale.

3. Per lo svolgimento delle attività oggetto della Convenzione attualmente gestite dall'azienda sanitaria locale tenuto conto dei carichi di lavoro, risultano necessari:
  - n. 1 Collaboratore Amministrativo al 100% azienda sanitaria locale
  - n. 1 Assistente Amministrativo al 100% da acquisire
  - n. 1 Assistente Sociale al 100% azienda sanitaria locale
4. 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.
5. Il documento di organizzazione, di cui al comma 4, 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. 12 - 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. 13 - 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. Per le necessità dell'Ufficio di Piano, viene individuato il sottoelencato contingente minimo di personale, in parte già assegnato dagli Enti a fianco indicati:
  - 2 Collaboratori Amministrativi al 100% azienda sanitaria locale
  - 1 Assistente Amministrativo al 50% Comune di Viareggio
  - 1 Assistente Sociale comunale al 50% da acquisire
  - 1 Assistente Amministrativo al 100% da acquisire
3. 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. 14 - Istituti per la partecipazione**

1. I soggetti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e degli operatori attraverso l'attività di comunicazione dei dati epidemiologici necessari a sviluppare la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita corretta e della salubrità dell'ambiente sulla salute.
2. 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. 15 - 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:
  - a) accesso al sistema;
  - b) valutazione semplice e/o multidimensionale;

- c) elaborazione dei piani assistenziali personalizzati;
- d) verifica, valutazione e monitoraggio dei risultati di salute.

#### **Art. 16 - Coordinamenti interprofessionali e budget operativi integrati**

1. Per assicurare l'integrazione in campo sociosanitario, le strutture operative dell'azienda sanitaria, dei comuni, 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. 11, 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. 10, 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. 17 - 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.
3. I soggetti sottoscrittori della presente Convenzione danno atto che, in attesa dell'approvazione del nuovo Regolamento Unico da parte della Conferenza dei Sindaci Integrata, si applicano quelli ad oggi in vigore per i singoli servizi.
4. Fermo restando l'unicità del nuovo Regolamento Unico d'Accesso, le parti si riservano di approvarlo anche in modo frazionato, in relazione ai singoli servizi, in modo tale da ridurre l'impatto sugli utenti e sulle amministrazioni, conseguente in particolare all'applicazione delle quote di compartecipazione su ulteriori servizi attualmente erogati gratuitamente.

## **TITOLO V– Durata e norme finali**

### **Art. 18 - 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. 19 - 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. 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.

### **Art. 20 - 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. 21 - 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. 22 - 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. 23 - 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.

data\_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE DELLA CONFERENZA ZONALE DEI SINDACI

ZONA VERSILIA

SINDACO GIORGIO DEL GHINGARO\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

MARIA LETIZIA CASANI\_\_\_\_\_

RICOGNIZIONE INIZIALE RISORSE FINANZIARIE (calcolate su base annuale, al netto di eventuali somme non spese in altri esercizi finanziari, anno 2022)						
Tipologia risorse	Prestazioni/Servizi	importi	servizi gestiti da asl anche nel 2021	servizi gestiti da altro soggetto nel 2021	servizi aggiuntivi eventualmente da gestirsi in delega da parte di asl, periodo 2022-2026	n° utenti
Fondi strutturali, regionali	FNA	2.498.298 €	X			
	FNA Disabilità Gravissime	1.020.254 €	X			74
	Vita Indipendente Regionale	516.000 €	X			41
	Vita Indipendente Ministeriale (In-Aut)	102.333 €	X			12
	Fondo care giver	104.550 €	X			29
	Dopo di Noi	150.000 €	X			41
	Abbattimento barriere architettoniche			X ( Comune di Viareggio)		
	Incentivi accorpamento ZD	0 €				
	Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili (FSE)	720.622 €	X			104
	Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia (FSE)	565.432 €	X			170
	Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate (FSE)	348.977 €		X ( Comune di Viareggio)		
	TOT	6.026.467 €				
Risorse Asl	Quote RSA (Fondo finalizzato)	7.231.273 €	X			375
	quote centri diurni anziani non auto	278.251 €	X			23
	Finanziamento sanitario per inserimento in struttura RESIDENZIALI persone disabili (CAP “La Nostra Casa”, CAP “Arca Casa”, N. 2 utenti in CAP fuori zona, RSD “Casa Pucci” di nuova apertura )	1.301.998 €	X			44
	CDSD Insieme	187.595 €	X			
Risorse EE.LL.	TOT	8.999.117 €				
	Trasferimento fondo sociale da destinare alle attività della Convenzione (ad integrazione della copertura dei costi )	261.000 €	X			
	Centri Diurni Socializzazione Disabili	1.742.184 €	X			
	Aiuto alla persona	62.271 €	X			50
	Trasporto Sociale disabili	367.238 €			X (2026-inizio fase istruttoria preordinata all’eventuale trasferimento in delega)	259
	Assistenza Specialistica Scolastica	1.746.204 €			X (2026-inizio fase istruttoria preordinata all’eventuale trasferimento in delega)	370
	Assistenza Domiciliare disabili					49
	Inserimenti Socio Terapeutici				X (2024)	
	RR.SS.DD. -C.A.P. quote retta parte sociale	507.946 €			X (2023)	per il n° utenti, vedasi le celle afferenti le quote asl
	Sostegno Economico Integrato (SEI)	275.000 €	X			251
	Servizio di Assistenza Domiciliare erogato in forma diretta	452.163 €	X			292
	RR.SS.AA. -quote retta parte sociale	1.213.655 €			X (2023)	per il n° utenti, vedasi le celle afferenti le quote asl
	Centri Diurni Anziani	52.653 €			X (2023)	
	TOT	6.680.313 €				
Compartecipazioni utenti	RR.SS.AA	2.883.163 €				per il n° utenti, vedasi le celle afferenti le quote asl
	CAP – RR.SS.DD.	464.423 €				
	Trasporto Sociale disabili	6.900 €				
	TOT	3.354.487 €				
TOTALE		25.060.384 €				

Allegato A1  
convenzione socio  
sanitaria

Ottobre 2021 Azienda USL Toscana Nord Ovest – Zona distretto Versilia - UF Servizio Sociale Nonautosufficienza Disabilità							Allegato A2 convenzione socio sanitaria
Organizzazione e Proiezione degli Assistenti Sociali nelle varie aree di intervento							
AREA di APPARTENENZA	NOME	ZONA DI COMPETENZA	N° ABITANTI	N° CASI	MANSIONI AGGIUNTIVE	ORE DEDICATE	
Responsabile Unità Funzionale Servizi Sociali Non Autosufficienza e Disabilità	Assistente sociale A	Territorio Ambito Versilia				36	
Coordinamento sociale Disabilità e Non Autosufficienza	Assistente sociale B	Coordinamento Disabilità e Non Autosufficienza			coord.uvmd, resp.hcp	36	
Non Autosufficienza / Punti insieme	Assistente sociale C	Pietrasanta	23.121	169		36	
	Assistente sociale D	Forte Dei Marmi	7.217	27	copre tutte le aree (socioassistenziale e sociosanitario)	10	
	Assistente sociale E	Seravezza	12.556	128		36	
	Assistente sociale F	Stazzema	2.898	36	copre tutte le aree (socioassistenziale e sociosanitario)	10	
	Assistente sociale G	Camaione	31.761	162		36	
	Assistente sociale H	Massarosa	21.951	171		36	
	Assistente sociale I	Viareggio	61.251	396		36	
	Assistente sociale F	Torre Del Lago				36	
AREA di APPARTENENZA	NOME	ZONA DI COMPETENZA	N° ABITANTI	N° CASI	MANSIONI AGGIUNTIVE	ORE DEDICATE	
Non Autosufficienza PUA – UVM – ACOT – SAD-SADU	Assistente sociale G	Ambito Versilia	171.985	tempo pieno in ACOT	SADU	36	
	Assistente sociale H	Ambito Versilia	171.985	coordinatore uvmd, coordinatore SAD e SADU	referente progetti DAILA, referente co housing, resp. Progetto Valore	36	
Progetto Home Care Premium Ambito Versilia	Assistente sociale I	Ambito Versilia	171.985	54	Sportello 5/7 dalle 9.00 alle 13.00	36	
Disabilità	Assistente sociale L	Commissione 104	//	//			
	Assistente sociale M	Viareggio Terminetto-Varignano	61.251	97	territorio Viareggio, 2gg sett. ACOT, SADU	21	
	Assistente sociale N	Viareggio Centro	//	125		36	
	Assistente sociale O	Viareggio – Torre del Lago	//	101		30	
	Assistente sociale P	Massarosa	21.951	168		36	
	Assistente sociale Q	Camaione	31.761				
				203		36	
	Assistente sociale R	Pietrasanta	23.121	132		36	
	Assistente sociale S	Seravezza, Stazzema, Forte dei Marmi	22.671	166		36	

VERSILIA  
RILEVAZIONE PERSONALE AMMINISTRATIVO

Allegato A3  
convenzione  
socio sanitaria

Disabilità																																							
	vita indipendente			gravissime disabilità			sostegno care giver			Contributi 0/64			cdsd			aiuto alla persona			residenzialità			dopo di noi			sad			Inserimenti socio-terapeutici			assistenza specialistica			trasporto sociale			TOTALI		
	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore			
camaiore												2	D -PO D	0,77	2	D -PO D	0,77	3	D -PO D B	4,11				2	D -PO D	2,33	2	D -PO D	1,56				3	D -PO D B	2,05				
forte dei marmi																																							
massarosa												2	D B	3,78				2	D3 C5	4,68				1	C5	3,6	2	D B	1,62	2	D B	9,6			2	D B	10,8		
pietrasanta												2	D4-PO C4	2,16	2	D4-PO C4	1,08	2	D4-PO C4	3,24																			
seravezza															1	D-PO	0,36	2	D - PO B3	5,4				2	D-PO B3	5,4	2	D-PO B3	5,4	2	D-PO B3	7,2	2	D-PO B3	7,2	2	D-PO B3	30,96	
stazzema																																							
viareggio																		1	C	1,8				1	ALTRO	7,2				1	ALTRO	24	1	ALTRO	4				
asl	3	D C ALTRO	5,865	3	D C ALTRO	5,865	3	D C ALTRO	8,82	3	D C ALTRO	5,865	5	D-PO D D B ALTRO	11,13	2	D ALTRO	1,35	4	D-PO D C B	22,11	2	D D	5,04				1	D-PO	10,8								76,84	
TOTALI			5,865			5,865			8,82			5,865			17,84			3,563			41,34			5,04			18,53			17,82			40,8			13,25			118,6
			5,87			5,87			8,82			5,87			11,13			1,35		22,11			2,62						10,8								74,42		

Non autosufficienza															
	SEI			sad			residenzialità			semiresidenzialità			TOTALI		
	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore
camaiore	2	D -PO D	1,28	3	D -PO D B	1,27	3	D -PO D B	7,67						
forte dei marmi															
massarosa	2	D B	1,62	2	D B	1,62	2	D B	6,48	2	D B	6,48			
pietrasanta	2	D4-PO C4	1,08	2	D4-PO C4	1,44	2	D4-PO C4	1,8	2	D4-PO C4	0,72			
seravezza	1	D- PO	0,36	1	D- PO	0,36	1	D- PO	3,6	1	D- PO	0,36	1	D- PO	4,68
stazzema															
viareggio							1	C	12,6	1	C	0,36			
asl			6,30			2,62			45,95			3,46			
TOTALI			10,64			7,31			78,1			11,38			
			6,30			2,62			45,95			3,46			

Comuni quote sociali	
ORE/SETTI	n. persone a 36 ore
58,95	1,64

ASL quote sanitarie	
ORE/SETT	n. persone a 36 ore
71,52	1,99

ASL quote sanitarie	
ORE/SETT	n. persone a 36 ore
130,47	3,62

Alta marginalità															
	SATIS			DEMETRA			CE-fondo garanzia- buoni spesa			.....			TOTALI		
	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore
camaiore															
forte dei marmi															
massarosa															
pietrasanta															
seravezza							3	D – PO B3 ALTRO	27				3	D – PO B3 ALTRO	27
stazzema															
viareggio		1C	1,8												
asl			2,76			1,38									
TOTALI			4,56			1,38			27						32,94

2,76

1,38

Progetti Europei															
	spes			help service			valore bis			FARO			TOTALI		
	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore	n° unità	cat.	ore
camaiore	2	D -PO B	12,60												
forte dei marmi															
massarosa	3	D C B	10,2												
pietrasanta															
seravezza	2	D – PO B3	3,6							1	B3	1,8			
stazzema															
viareggio	2	D C	2,16												
asl			38,64			40,82			30,77						
TOTALI			67,2						30,77			1,8			

38,64

40,82

30,77

## Ufficio di Piano

## Competenze

**1- Programmazione socio sanitaria e socio assistenziale**

FNA

PIS

POA

FRAS

Piano Investimenti

Pon Inclusione

Fondo Povertà

Fondo Povertà estrema

Pon Inclusione

PRINS

Fondo Dopo di Noi

PNRR

Fondo Inclusione Disabili

Fondi Famiglia

Fondo di Solidarietà Interistituzionale

Fondi afferenti la Violenza di Genere

**2- Progettazione Europea**

emanazione avvisi di coprogettazione e gestione della relativa procedura

tenuta tavoli di coprogettazione

redazione formulari di progetto

**3- Progettazione Regionale/Ministeriale**

emissione avvisi di coprogettazione e gestione della relativa procedura

tenuta tavoli di coprogettazione

redazione formulari di progetto

**4- Attività Regolamentare/convenzionale**

Predisposizione Regolamento d'Accesso ai Servizi

Predisposizione Regolamento Conferenza dei Sindaci e Conferenza dei Sindaci Integrata

Predisposizione Regolamento di organizzazione (art. 11 – Convenzione)

Aggiornamento annuale finanziario convenzione socio-sanitaria

Aggiornamento convenzione socio-sanitaria

**5- Attività di Monitoraggio/Reporting**

Sui servizi oggetto di convenzione

Sui progetti zonali

**6- Gestione/rendicontazione Progetti (attivi ad oggi)**

Valore Bis

Help Service

Spes

Pon Inclusione

PNRR

**7- Gestione tavoli di partecipazione**

## Personale

Profilo	Ente di appartenenza	Tempo %	Costo
Collaboratore Amm.vo	ASL	100	€ 40.000,00
Collaboratore Amm.vo	ASL	100	€ 35.000,00
Assistente Amm.vo	Viareggio	50	€ 17.000,00
Assistente Sociale	da acquisire (ASL/Comune)	50	€ 20.000,00
Ammi.vo	da acquisire (ASL/Comune)	100	€ 35.000,00
			€ 147.000,00

### Supporto agli organi della Convenzione

#### Competenze

Convocazione – verbalizzazione Conferenza dei sindaci  
 Convocazione – verbalizzazione Conferenza dei Sindaci integrata  
 Predisposizione Atti della Conferenza dei Sindaci e della Conferenza dei sindaci Integrata  
 Convocazione tavoli di Partecipazione

#### Personale

Profilo	Ente di appartenenza	Tempo %	Costo
Collaboratore Amm.vo	ASL	50	€ 20.000,00

### Convenzione Socio Sanitaria

#### Competenze

Centri Diurni Socializzazione Disabili  
 Sostegno Economico Integrato  
 SAD  
 Aiuto alla Persona

#### Personale

Profilo	Ente di appartenenza	Tempo %	Costo
Collaboratore Amm.vo	ASL	50	€ 20.000,00
Amministrativo	da acquisire (ASL/Comune)	100	€ 35.000,00
Assistente Sociale	ASL	100	€ 35.000,00
			€ 90.000,00

totale € 257.000,00 (UdP+ Supporto agli organi+ Convenz Socio San)

di cui € 169.620,00 Comuni  
 e € 87.380,00 ASL

	2022		2021	differenza
	popolazione	costo	costo	
camaione	31761	€ 33.512,49	€ 20.113,89	€ 13.398,60
forte dei marmi	7217	€ 7.614,99	€ 4.494,85	€ 3.120,14
massarosa	21951	€ 23.161,51	€ 13.726,40	€ 9.435,11
pietrasanta	23121	€ 24.396,03	€ 14.607,63	€ 9.788,40
seravezza	12556	€ 13.248,41	€ 8.077,20	€ 5.171,21
stazzema	2898	€ 3.057,81	€ 1.829,46	€ 1.228,35
viareggio	61251	€ 64.628,75	€ 38.378,53	€ 26.250,22
totale	160755	€ 169.620,00	€ 101.227,96	€ 68.392,04

Personale individuato e calcolato anno 2022 n. 5 ammvi al 100%, n. 1 amm.vo al 50%  
 n. 1 AS al 100%, n. 1 AS 50%

Personale individuato e calcolato anno 2021 n.3 ammvi al 100%,  
 n. 1 AS al 100%

Nomenclatore degli Interventi e Servizi Sociali della Regione Toscana per le AREE DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA ANZIANI

F – rischio di emarginazione			Contenuti della Convezione	
			Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
F3	Supporto all'inserimento	Interventi mirati a incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione	X	

G – interventi volti a favorire la domiciliarità			Contenuti della Convezione	
			Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
G1	Assistenza domiciliare socioassistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventidi 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
G2	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventidi 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	
G5	Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	Si considerano i benefici economici a favore delle persone non autosufficienti o disabili secondo l’area di appartenenza degli utenti. Tra gli altri sono individuabili: VOUCHER = provvidenza economica a favore di anziani non autosufficienti e disabili, versata solo nel caso in cui le prestazioni siano erogate da “care giver” professionali. ASSEGNO DI CURA = incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non autosufficienti e a disabili gravi o gravissimi, la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali. BUONO SOCIOSANITARIO: sostegno economico a favore di persone in difficoltà erogato nel caso in cui l'assistenza sia prestatasia prestata da un "care giver" familiare. ASSEGNAZIONI PER PROGETTI finalizzati alla vita indipendente o alla promozione dell'autonomia personale	X	

H – servizi di supporto			Contenuti della Convezione	
			Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
H2	Trasporto sociale	Mezzi di trasporto (pubblici o privati) volti a garantire lo spostamento di persone a ridotta mobilità		X

I – trasferimenti in danaro			Contenuti della Convezione	

Nomenclatore degli Interventi e Servizi Sociali

<i><b>IA Trasferimenti per il pagamento di rette</b></i>			Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
IA3	Retta per accesso a centri diurni	Interventi per garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per centri diurni	X	X
IA5	Retta per accesso ai servizi residenziali	Interventi per garantire all'utente bisognoso la copertura della retta per l'accoglienza in strutture residenziali. Sono compresi i contributi erogati a strutture residenziali al fine di contenere l'importo delle rette e, per l'area Famiglia e minori, l'integrazione delle rette per minori ospitati in centri residenziali	X	X

Area Non-Autosufficienza				Contenuti della Convezione	
Setting Assistenziale	Codice	Denominazione	Descrizione (Delibera n. 573 del 29-05-2017)	Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
Assistenziale (Accesso e Presa in Carico)	NA A1	Accesso		X	X
	NA A2	Valutazione diagnostica multidisciplinare.		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
	NA A4	Problematiche mediche specialistiche.	Gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.	X	
	NA A5	Colloqui psicologico-clinici.		X	
	NA A6	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.	X	
	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.		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	
	NA I2	Interventi sulla rete sociale formale e informale.		X	X
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	
Semiresidenziale	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	
	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	
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		
	NA R2	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio	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 2		
	NA R3	Residenza Sanitaria AssistenzialeModulo 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	
	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	

	NA R5	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo BIA	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 Bassa Intensità Assistenziale	X	
	NA R6	Appartamenti per Anziani - Allegato B DPR 2R/2018	Struttura residenziale a bassa intensità assistenziale che ha la finalità di mantenere l'autonomia delle persone anziane residenti e prevenire l'isolamento e l'emarginazione favorendo i rapporti e le relazioni interpersonali.		X

Declaratoria dei servizi e delle attività oggetto della convenzione

Integrare con eventuali voci mancanti

Area Disabilità				Indicare il Soggetto attuatore	
Setting Assistenziale	Codice	Denominazione	Descrizione (Delibera n. 573 del 29-05-2017)	Azienda Sanitaria	Amministrazioni Locali
Assistenziale (Accesso e Presa in Carico)	DSA1	Accesso		X	
	DSA2	Valutazione diagnostica multidisciplinare.		X	
	DS A3	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia.	X	
	DS A4	Problematiche mediche specialistiche.	Gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.	X	
	DS A5	Colloqui psicologico-clinici.		X	
	DS A6	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.	X	
	DS 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	
	DS 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	
	DS A9	Gruppi di sostegno.			
	DS A10	Consulenza specialistica.	Consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.	X	
	DS A11	Consulenza con medicina generale.	Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.	X	
Intermedio	DS I1	Supporto autonomia.	Interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana.	X	X
	DS I2	InserimEnto lavorativo.	Interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.	X	X
	DS I3	Interventi sulla rete sociale formale e informale.		X	X
	DS I4	Consulenza in ambito scolastico.	Collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.	X	X
Domiciliare	DS 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	
	DS 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
Semiresidenziale	DS SR1	Trattamenti semiresindenziali estensivi	Trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.	X	
	DS SR2	Strutture semiresidenziali per persone disabili	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali. Struttura semiresidenziale per persone disabili che assicura interventi integrati di carattere educativo/riabilitativo, per il mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue e dei livelli di autonomia.	X	

Residenziale	DS R1	Trattamenti residenziali intensivi (3° Livello).	Trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo.	X	
	DS R2	Trattamenti residenziali estensivi (2° Livello).	Trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.	X	
	DSR3	Residenza Sanitario assistenziale per Disabili.	Struttura residenziale per persone disabili prevalentemente gravi, con attestazione di gravità, che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria.	X	
	DSR4	Comunità Alloggio Protetta	Struttura residenziale a carattere comunitario, ad alta integrazione sociosanitaria, per l'accoglienza di persone adulte disabili che necessitano di aiuto, prevalentemente in situazione di gravità.	X	
		Dopo di Noi - Comunità alloggio protetta)- Allegato A DPR 2R/2018	Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento (Dopo di Noi - Comunità alloggio protetta)	X	
	DSR5	Appartamenti per il Durante e Dopo di Noi - Allegato B DPR 2R/2018	Struttura residenziale continuativa, a bassa intensità assistenziale, finalizzata alla coabitazione nonché a favorire l'autonomia di persone disabili	X	

Pagina 1