

Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41

Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

Bollettino Ufficiale n. 19, parte prima, del 07.03.2005

Titolo I - DISPOSIZIONI GENERALI

Capo I - Principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 01 - Oggetto e finalità

1. La Regione Toscana, con la presente legge, disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali, di seguito denominato sistema integrato, volto a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione.

2. Per interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Art. 02 - Il sistema integrato di interventi e servizi sociali

1. Il sistema integrato:

- a) ha carattere di universalità;
- b) promuove l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale e delle responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali per la costruzione di una comunità solidale;
- c) promuove l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale, favorendo l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli o associati;
- d) valorizza l'autonomia delle comunità locali, tutelando i comuni minori, i territori montani ed insulari.

2. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato, in conformità con i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dallo Stato, compete alla Regione ed agli enti locali.

3. La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato.

4. Al perseguimento delle finalità del sistema integrato concorrono anche altri soggetti pubblici o privati.

Art. 03 - Principi del sistema integrato

1. Il sistema integrato si realizza secondo i seguenti principi:

- a) rispetto della libertà e dignità della persona;
- b) garanzia dell'uguaglianza, delle pari opportunità rispetto a condizioni sociali e stati di bisogno differenti, valorizzazione della differenza di genere;
- c) valorizzazione delle capacità e delle risorse della persona;
- d) perseguimento della possibilità di scelta tra le prestazioni erogabili;
- e) adeguatezza, appropriatezza e personalizzazione degli interventi;
- f) prevenzione e rimozione delle condizioni di disagio sociale;
- g) sostegno all'autonomia delle persone disabili e non autosufficienti;
- h) valorizzazione e sostegno del ruolo peculiare delle famiglie quali luoghi privilegiati per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;
- i) partecipazione attiva dei cittadini singoli o associati, nell'ambito dei principi di solidarietà e di auto-organizzazione *anche mediante processi partecipativi ai sensi della legge regionale 27 dicembre 2007, n. 69 (Norme sulla promozione della partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali); (10)*
- j) sviluppo e qualificazione degli interventi e dei servizi e valorizzazione delle professioni sociali.

2. Il sistema integrato si realizza attraverso i seguenti metodi:

a) coordinamento ed integrazione tra i servizi sociali ed i servizi sanitari al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute della persona, indipendentemente dal soggetto gestore;

b) integrazione con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale;

c) cooperazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti pubblici e privati, inclusi quelli del terzo settore di cui all' articolo 17 ;

d) concertazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e le organizzazioni sindacali, le categorie economiche, le associazioni degli utenti e dei consumatori.

3. La Regione e gli enti locali attivano specifiche procedure di concertazione finalizzate alla ricerca di convergenze per la individuazione e la determinazione degli obiettivi e dei contenuti degli atti attuativi previsti dalla presente legge.

Art. 04 - Livelli essenziali delle prestazioni sociali

1. Il sistema integrato assicura l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali previsti dallo Stato ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , così come definiti dall' articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

2. Il piano integrato sociale regionale di cui all' articolo 27 definisce, sulla base del fabbisogno rilevato:

a) le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dallo Stato, nell'ambito delle risorse trasferite, di cui all' articolo 45 , comma 1;

b) le eventuali prestazioni aggiuntive da assicurare in modo omogeneo sul territorio toscano, nell'ambito delle risorse regionali.

3. L'attuazione in ambito zonale del piano integrato sociale regionale avviene sulla base delle caratteristiche sociali, economiche, epidemiologiche e morfologiche del territorio, nel rispetto dei criteri di equità, efficacia ed appropriatezza, tenuto conto delle risorse finanziarie messe a disposizione dallo Stato, dalla Regione e dagli enti locali, nonché della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, ed é definita negli atti di programmazione locale di cui all' articolo 29

Capo II - Diritti di cittadinanza sociale

Art. 05 - Diritto agli interventi e ai servizi del sistema integrato

1. Hanno diritto ad accedere agli interventi e ai servizi del sistema integrato tutte le persone residenti in Toscana.

2. Gli interventi e i servizi di cui al comma 1 sono estesi anche alle seguenti persone, comunque presenti nel territorio della Regione Toscana:

a) donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi al parto;

b) stranieri con permesso umanitario di cui all' articolo 18 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) e stranieri con permesso di soggiorno di cui all'articolo 41 dello stesso decreto legislativo;

c) richiedenti asilo e rifugiati, di cui al decreto legge 30 dicembre 1989, n. 416 (Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39 , da ultimo modificato dalla legge 30 luglio 2002, n. 189 .

3. I minori di qualsiasi nazionalità e comunque presenti nel territorio della Regione Toscana hanno diritto agli interventi e ai servizi del sistema integrato.

4. Tutte le persone dimoranti nel territorio della Regione Toscana hanno diritto agli interventi di prima assistenza alle condizioni e con i limiti previsti dalle normative vigenti e secondo le procedure definite dalla programmazione regionale e locale.

Art. 06 - Soggetti istituzionali tenuti alla erogazione delle prestazioni

1. Per i soggetti di cui all' articolo 5 , comma 1 il comune di residenza assicura la definizione del percorso assistenziale personalizzato di cui all' articolo 7 , comma 2, l'erogazione delle prestazioni e sostiene gli oneri per l'assistenza prestata.

2. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali di cui all' articolo 20 , il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero assume gli oneri per le prestazioni erogate.

3. Per i minori è competente il comune nel quale risiede il minore. Se il minore non è residente in Toscana, è competente il comune nel cui territorio si è manifestata la necessità d'intervento.

4. Per le prestazioni e i servizi rivolti ai soggetti di cui all' articolo 5 , commi 2 e 4, è competente il comune nel cui territorio si è manifestata la necessità d'intervento.

5. Restano ferme le disposizioni di cui all' articolo 47 sulla compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

Art. 07 - Modalità per l'accesso al sistema integrato

1. I comuni, singoli o associati, in raccordo con i servizi territoriali della zona-distretto, di cui all' articolo 64 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), attuano forme di accesso unitarie ai servizi del sistema integrato, al fine di assicurare:

- a) la presa in carico delle persone;
- b) la proposta di progetti integrati di intervento;
- c) l'erogazione delle prestazioni.

2. I soggetti di cui all' articolo 5 accedono alle prestazioni e ai servizi sociali sulla base della valutazione professionale del bisogno e della conseguente definizione di un percorso assistenziale personalizzato.

3. Per percorso assistenziale personalizzato si intende il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare, in forma coordinata, integrata e programmata, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi, in relazione ai bisogni accertati.

4. L'assistente sociale, individuato quale responsabile del caso:

- a) effettua la valutazione professionale del bisogno;
- b) definisce il percorso assistenziale personalizzato e ne cura l'attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia;
- c) assicura la gestione ed il controllo delle prestazioni erogate in relazione agli obiettivi.

5. In caso di bisogni, per la cui soddisfazione sia richiesto l'apporto di più competenze professionali, la valutazione degli stessi e la definizione del percorso assistenziale personalizzato sono effettuate con il concorso di tutte le professionalità interessate.

6. Accedono prioritariamente agli interventi e ai servizi erogati dal sistema integrato i soggetti:

- a) in condizione di povertà o con reddito limitato o situazione economica disagiata;
- b) con incapacità fisica o psichica, totale o parziale, di provvedere alle proprie esigenze;
- c) con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro;
- d) sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi assistenziali.

7. La programmazione zonale di cui all'articolo 29 indica i criteri con i quali i comuni disciplinano le condizioni per l'accesso agli interventi e servizi, anche con riferimento ai soggetti di cui al comma 6.

Art. 08 - Diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale

1. I destinatari degli interventi e dei servizi del sistema integrato sono informati sui diritti di cittadinanza sociale, sulla disponibilità delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, sui requisiti per accedervi e sulle relative procedure, sulle modalità di erogazione delle prestazioni nonché sulle possibilità di scelta tra le prestazioni stesse.

2. In particolare, i destinatari degli interventi del sistema integrato hanno diritto:

- a) ad essere informati sui propri diritti in rapporto ai servizi di assistenza sociale;

- b) ad esprimere il consenso sul tipo di prestazione, salvo i casi previsti dalla legge;
- c) a partecipare alla scelta delle prestazioni, compatibilmente con le disponibilità esistenti nell'ambito territoriale determinato per ciascun servizio sociale;
- d) ad essere garantiti nella riservatezza e nella facoltà di presentare osservazioni ed opposizioni nei confronti dei responsabili dei servizi e dei procedimenti nonché ad ottenere le debite risposte motivate.

3. Per i soggetti che presentino deficit psico-fisici e sensoriali, culturali, sociali, tali da ostacolare l'acquisizione di informazione sui diritti di cui ai commi 1 e 2, nonché sulle modalità di accesso al sistema integrato, sono previste forme specifiche di informazione, orientamento ed accompagnamento, finalizzate a rimuovere gli ostacoli alla normale fruizione dei servizi e degli interventi sociali ed a garantirne la piena accessibilità.

4. La Regione promuove l'attivazione di punti informativi unitari da parte dei comuni singoli o associati in raccordo con i servizi territoriali della zona-distretto, aventi la finalità di fornire informazioni e orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui percorsi assistenziali, sui servizi e gli interventi del sistema integrato. Tali punti informativi svolgono la loro attività in raccordo con le strutture di accesso unitario ai servizi di cui all' articolo 7 , comma 1.

Art. 09 - Carta dei servizi sociali

1. I soggetti pubblici e privati, che erogano prestazioni sociali e socio-sanitarie adottano la carta dei servizi sociali, al fine di tutelare gli utenti e garantire la trasparenza nell'erogazione dei servizi.

2. La carta dei servizi sociali, esposta nei luoghi in cui avviene l'erogazione delle prestazioni in modo da consentirne la visione da parte degli utenti, contiene almeno i seguenti elementi:

- a) caratteristiche delle prestazioni, modalità di accesso, orari e tempi di erogazione;
- b) tariffe delle prestazioni;
- c) assetto organizzativo interno;
- d) procedure amministrative per la presa in carico e la diffusione delle informazioni;
- e) modalità e procedure per la presentazione di reclami da parte degli utenti nei confronti dei responsabili dei servizi;
- f) riferimento alle clausole contrattuali e al rispetto della normativa di cui all' articolo 19 , comma 2.

3. Entro duecentosettanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta uno schema generale di riferimento per la redazione e l'aggiornamento della carta dei servizi sociali.

Art. 10 - Pubblica tutela

1. La Regione sostiene i comuni e le province che mediante accordi, convenzioni o altri atti di collaborazione istituzionale, attivano servizi e interventi di supporto in favore delle persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, di cui al libro I, titolo XII del codice civile, nonché dei soggetti ai quali sono conferite dall'autorità giudiziaria le funzioni di tutore, curatore o di amministratore di sostegno, anche in raccordo con altri enti e autorità interessate alla pubblica tutela.

2. I servizi e gli interventi di cui al comma 1 attengono:

- a) alla realizzazione di azioni specifiche di prevenzione e sensibilizzazione sui temi dell'assistenza alle persone incapaci e alla promozione dell'assunzione di responsabilità tutoriali;
- b) alla verifica della appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate alle persone incapaci;
- c) al supporto alle attività dei tutori, dei curatori e degli amministratori di sostegno, anche mediante lo svolgimento di specifiche attività formative.

3. Nel piano integrato sociale regionale, di cui all' articolo 27 , sono definiti gli indirizzi per la realizzazione dei servizi e degli interventi relativi alla pubblica tutela, al fine di garantirne l'omogeneità sul territorio regionale, e sono individuate le forme di sostegno della Regione a tali servizi e interventi. E' data priorità alle iniziative che consentono la diffusione dei servizi e degli interventi sull'intero territorio della provincia.

Titolo II - IL SISTEMA INTEGRATO

Capo I - Soggetti istituzionali

Art. 11 - Il comune

1. I comuni esercitano le funzioni di programmazione locale del sistema integrato attraverso l'approvazione dei piani di ambito zonale di cui all' articolo 29 da parte dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci, di cui all' articolo 12 , comma 4 della l.r. 40/2005 e concorrono alla programmazione regionale secondo le modalità previste dall' articolo 26

2. I comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti la realizzazione della rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché della gestione e dell'erogazione dei medesimi. Sono fatte salve le funzioni diversamente attribuite dalla normativa vigente.

3. In particolare i comuni sono competenti per:

- a) il rilascio dell'autorizzazione e la vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali;
- b) la definizione delle condizioni per l'accesso alle prestazioni erogate dal sistema integrato;
- c) la determinazione eventuale di livelli di assistenza ulteriori ed integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e dalla Regione.

Art. 12 - La comunità montana

1. La comunità montana approva il piano di zona di cui all' articolo 29 nel caso in cui coesistano le seguenti condizioni:

- a) vi sia totale coincidenza tra l'ambito territoriale della comunità montana e quello della zona-distretto;
- b) vi sia delega alla comunità montana da parte dei comuni delle funzioni amministrative di cui sono titolari.

2. Al di fuori dei casi previsti dal comma 1, la comunità montana è sentita dall'articolazione zonale della conferenza dei sindaci prima della adozione del piano di zona.

3. La Regione favorisce il coordinamento tra il piano integrato sociale regionale di cui all' articolo 27 e il piano di indirizzo per le montagne toscane approvato ai sensi della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 95 (Disciplina degli interventi per lo sviluppo della montagna), da ultimo modificata dalla legge regionale 28 dicembre 2000, n. 82 , e promuove intese ed accordi di ambito interregionale per le zone di confine.

Art. 13 - La provincia

1. Le province concorrono alla programmazione regionale e alla programmazione di ambito zonale e curano il coordinamento con le politiche settoriali di cui all' articolo 3 , comma 2, lettera b) e con i programmi locali di sviluppo di cui all' articolo 12 della legge regionale 11 agosto 1999, n. 49 (Norme in materia di programmazione regionale), modificata dalla legge regionale 15 novembre 2004, n. 61

2. Le province promuovono e sostengono gli interventi di preformazione, di formazione e di integrazione lavorativa dei soggetti disabili e delle categorie svantaggiate ai sensi delle disposizioni di cui alla legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione, professionale e lavoro) come modificata dalla legge regionale 1 febbraio 2005, n. 20

3. Le province curano la tenuta degli albi e dei registri regionali previsti dalla legislazione regionale in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, e promuovono la partecipazione dei soggetti interessati alla costruzione delle reti di solidarietà sociale.

4. Le province esercitano funzioni finalizzate alla realizzazione del sistema regionale di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, nonché di diffusione delle conoscenze, sulla base di intese, accordi o altri atti di collaborazione istituzionale stipulati con la Regione.

5. Le province partecipano all'articolazione zonale della conferenza dei sindaci per le finalità di cui al presente articolo e per garantire l'integrazione con la programmazione zonale anche mediante la presentazione di progetti nel settore sociale per problematiche interzonali.

Art. 14 - La Regione

1. La Regione promuove su tutto il territorio regionale l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale mediante l'esercizio delle funzioni previste dalla presente legge.

2. In particolare, alla Regione competono le seguenti funzioni:

- a) approvazione del piano integrato sociale regionale;

- b) approvazione del regolamento di attuazione della presente legge;
- c) definizione delle politiche di integrazione tra gli interventi e i servizi sociali e quelli di cui all' articolo 3 , comma 2, lettere a) e b);
- d) ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale di cui all' articolo 45 ;
- e) promozione della realizzazione dei progetti speciali di interesse regionale, con caratteristiche di sperimentazione innovativa;
- f) organizzazione e coordinamento del sistema informativo sociale regionale, nonché delle funzioni di cui all' articolo 40

3. Nell'esercizio delle proprie funzioni, la Regione adotta strumenti di concertazione e confronto, anche permanenti, con gli enti locali e con le parti sociali, nonché forme di consultazione con le associazioni degli utenti e consumatori e con i soggetti di cui all' articolo 17

4. La Regione può attivare sperimentazioni per l'erogazione di trattamenti economici finalizzati alla rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali di soggetti disabili, non autosufficienti e quale misura di contrasto della povertà, ivi compreso il reddito di cittadinanza sociale di cui all' articolo 58 , comma 3.

5. La Regione col piano integrato sociale regionale può prevedere sperimentazioni relative a tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali di cui al capo III, comprese quelle di ambito delle comunità di tipo familiare, definendone i requisiti necessari al funzionamento ulteriori a quelli previsti dall' articolo 62

Capo II - Soggetti sociali

Art. 15 - Le famiglie

1. In attuazione dei principi e delle finalità di cui agli articoli 3 e 4 dello Statuto della Regione, il sistema integrato, attraverso le politiche, gli interventi e i servizi di cui all' articolo 52 :

- a) valorizza e sostiene il ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale;
- b) sostiene le famiglie nei momenti di difficoltà e disagio connessi all'assunzione di specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili o anziani;
- c) sostiene la cooperazione e il mutuo aiuto delle famiglie;
- d) valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella elaborazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi.

2. Le persone e le famiglie sono direttamente coinvolte nell'ambito dell'organizzazione dei servizi e degli interventi, al fine di migliorarne la qualità e l'efficienza.

Art. 16 - Le associazioni familiari

1. Le finalità di cui all' articolo 15 sono perseguite anche tramite il riconoscimento ed il sostegno ad associazioni familiari, comunque denominate, nelle quali i nuclei familiari realizzano attività di cura e di assistenza alla persona loro affidata, e alle persone che accedono prioritariamente agli interventi e ai servizi erogati dal sistema sociale integrato (1) secondo i percorsi disciplinati dall' articolo 7

2. L'ente pubblico competente disciplina i rapporti con le associazioni familiari attraverso apposite convenzioni.

3. A favore delle famiglie e delle persone sono sostenute esperienze di solidarietà e di auto-aiuto, anche attraverso la realizzazione di servizi di prossimità e di reciprocità.

Art. 17 - Il terzo settore

1. Nel rispetto del principio della sussidiarietà, la Regione e gli enti locali riconoscono la rilevanza sociale dell'attività svolta dai soggetti del terzo settore e, nell'ambito delle risorse disponibili, promuovono azioni per il loro sostegno e qualificazione.

2. Ai fini della presente legge si considerano soggetti del terzo settore:

- a) le organizzazioni di volontariato;
- b) le associazioni e gli enti di promozione sociale;
- c) le cooperative sociali;

d) le fondazioni;

e) gli enti di patronato;

f) gli enti ausiliari di cui alla legge regionale 11 agosto 1993, n. 54 (Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti. Criteri e procedure per l'iscrizione);

g) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese;

h) gli altri soggetti privati non a scopo di lucro.

3. I soggetti di cui al comma 2 concorrono, secondo quanto previsto dagli articoli 28 e 30 , ai processi di programmazione regionale e locale. Tali soggetti, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano altresì alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

4. La Regione e gli enti locali sostengono le attività del volontariato anche attraverso la collaborazione con i centri di servizio costituiti ai sensi dell' articolo 15 della legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge quadro sul volontariato).

Art. 18 - Relazioni sindacali

1. La Giunta regionale, gli enti locali e gli altri soggetti interessati, in relazione alle proprie competenze, assicurano l'attuazione della presente legge nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione sindacale previsti dalle vigenti norme statali e regionali, dai contratti nazionali e dagli accordi decentrati.

2. I soggetti, di cui al comma 1, assicurano la concertazione anche con le organizzazioni sindacali in merito agli atti di natura programmatica e regolamentare derivanti dalla presente legge.

Art. 19 - Affidamento dei servizi

1. Per l'affidamento dei servizi del sistema integrato, l'ente pubblico, fatto salvo quanto previsto dalla legge regionale 3 agosto 2004, n. 43 (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza "IPAB". Norme sulle aziende pubbliche di servizi alla persona. Disposizioni particolari per la IPAB "Istituto degli Innocenti di Firenze") procede secondo modalità tali da permettere il confronto tra più soggetti e più offerte e comunque tenendo conto dei diversi elementi di qualità dell'offerta, escludendo l'utilizzo del massimo ribasso e prevedendo specifici standard per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni.

2. L'affidamento dei servizi avviene altresì nel rispetto delle clausole dei contratti collettivi nazionali e degli accordi decentrati, poste a garanzia del mantenimento del trattamento giuridico ed economico dei lavoratori interessati, nonché nel rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

3. Per l'affidamento dei servizi alla persona ai soggetti del terzo settore si applicano le disposizioni contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell' art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328) e le disposizioni regionali di attuazione.

4. La direzione generale competente della Regione predispone schemi-tipo utili ai fini della stipula delle convenzioni tra i soggetti titolari di competenza in materia ed i soggetti gestori delle strutture e/o erogatori dei servizi.

5. I soggetti affidatari dei servizi alla persona adottano la carta dei servizi sociali di cui all' articolo 9

Capo III - Strutture residenziali e semiresidenziali

Art. 20 - Strutture residenziali e semiresidenziali

1. La realizzazione di strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, che erogano interventi e servizi sociali e ad integrazione socio-sanitaria, non disciplinate dalla legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), da ultimo modificata dalla legge regionale 8 luglio 2003, n. 34 , nonché la modifica di quelle esistenti, che comporti un aumento di posti letto, sono subordinate alla verifica della compatibilità del progetto con gli strumenti e gli atti di governo del territorio di cui alla legge regionale 3 gennaio 2005, n.1 (Norme per il governo del territorio).

2. Il funzionamento delle strutture di cui al comma 1 è subordinato al rilascio di autorizzazione da parte del

comune ovvero alla comunicazione al comune nei termini e con le modalità indicate dal comune stesso con propri atti, al fine di garantire la necessaria funzionalità e qualità dei servizi, la sicurezza degli utenti e dei lavoratori in esse impiegati.

3. Per l'esercizio della funzione di autorizzazione di cui al comma 2, il comune si avvale di apposita commissione multidisciplinare, costituita dall'azienda unità sanitaria locale in ambito zonale, composta da operatori con professionalità sanitarie, sociali e tecniche.

Art. 21 - Strutture soggette ad autorizzazione

1. Sono soggette ad autorizzazione del comune le seguenti strutture:

a) strutture residenziali, che erogano prestazioni socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria, per l'accoglienza di soggetti disabili e non autosufficienti, caratterizzate da media ed alta intensità assistenziale, media ed alta complessità organizzativa, con una capacità ricettiva massima di ottanta posti letto organizzati in nuclei fino a quaranta ospiti;

b) strutture a prevalente accoglienza alberghiera, per soggetti parzialmente non autosufficienti o disabili non gravi, caratterizzate da bassa intensità assistenziale, media ed alta complessità organizzativa, con una capacità ricettiva massima di ottanta posti letto organizzati in nuclei fino a quaranta ospiti;

c) strutture a carattere comunitario, per l'accoglienza di soggetti che necessitano di una collocazione abitativa protetta o con limitata autonomia personale, privi temporaneamente o permanentemente del necessario supporto familiare, caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa o media complessità organizzativa, con una capacità ricettiva massima di venti posti letto, compresi posti di pronta accoglienza per le emergenze, organizzati in nuclei fino ad otto ospiti;

d) strutture che erogano servizi di accoglienza e di trattamento per soggetti dipendenti da sostanze da abuso;

e) centri di pronto accoglienza per minori, per l'accoglienza di soggetti privi o carenti del sostegno familiare, caratterizzate da media intensità assistenziale, media ed alta complessità organizzativa, con una capacità ricettiva massima di dieci posti letto;

f) case di accoglienza per minori con il proprio genitore, anche organizzate con la modalità di gruppo appartamento per cinque nuclei;

g) servizi residenziali socio-educativi per minori di tipo familiare caratterizzati da media intensità assistenziale, media complessità organizzativa così articolati:

1) comunità familiari, con una capacità ricettiva massima di sei minori;

2) comunità a dimensione familiare con una capacità ricettiva massima di dieci minori e di due posti riservati alla pronta accoglienza;

h) gruppi appartamento per minori di età non inferiore a sedici anni e con una capacità ricettiva massima di quattro posti letto;

i) strutture semiresidenziali, sociali e socio-sanitarie, caratterizzate da diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata, anche collocate o in collegamento con una delle tipologie di cui alle lettere a), b), c) e d) e delle comunità a dimensione familiare di cui alla lettera g).

2. Con il regolamento regionale, di cui all' articolo 62 , sono definiti i requisiti, criteri ed i termini necessari ai fini dell'autorizzazione.

3. Costituisce requisito per i soggetti responsabili delle strutture il non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII e XIII del codice penale, per la quale non sia intervenuta la riabilitazione.

Art. 22 - Strutture soggette ad obbligo di comunicazione di avvio di attività

1. Sono soggette al solo obbligo di comunicazione al comune di avvio di attività le seguenti strutture:

a) comunità di tipo familiare, compresi i gruppi appartamento e le aggregazioni di comunità, con funzioni di accoglienza a bassa intensità assistenziale, in cui sono ospitati fino ad un massimo di otto soggetti maggiori di età, per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il percorso individuale;

b) qualora il piano integrato sociale regionale ne preveda la sperimentazione, le comunità di tipo familiare per le funzioni di assistenza a bassa intensità per soggetti di diverse fasce di età per un numero non superiore a sei soggetti, in possesso dei requisiti indicati nello stesso piano integrato sociale

regionale;

c) strutture di accoglienza diurna o notturna, tese a soddisfare bisogni primari di vita delle persone che versano in gravi condizioni di disagio economico, familiare e sociale in stretto collegamento con i servizi territoriali.

2. La comunicazione di avvio di attività è presentata al comune nel cui territorio è ubicata la struttura.

3. Le strutture devono possedere i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione. Il regolamento regionale, di cui all' articolo 62 , definisce gli ulteriori requisiti relativi alle varie tipologie di strutture nonché le modalità di integrazione delle persone ospitate all'interno delle strutture e nella rete dei servizi sociali e sanitari

4. La comunicazione di avvio di attività è finalizzata all'esercizio della vigilanza da parte dei comuni sulla sussistenza dei requisiti di cui al comma 3.

Art. 23 - Vigilanza sulle strutture autorizzate

1. Il comune esercita la vigilanza sulle strutture autorizzate avvalendosi della commissione di cui all' articolo 20 , comma 3.

2. Il comune disciplina le modalità di svolgimento delle attività di vigilanza, che si effettuano con cadenza almeno annuale, anche mediante richiesta di informazioni, richiesta di autocertificazioni relative alla permanenza dei requisiti, attività di ispezione e controllo sulle strutture.

Art. 24 - Sanzioni amministrative

1. Il funzionamento di strutture residenziali o semiresidenziali, per le quali non sia stata rilasciata l'autorizzazione, determina la chiusura dell'attività da parte del comune competente e l'applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria da euro 5.000,00 a euro 15.000,00.

2. Il comune dichiara altresì la decadenza dell'autorizzazione, disponendo la chiusura dell'attività, nel caso in cui siano state commesse gravi o reiterate inadempienze comportanti anche situazioni di pericolo per la salute degli ospiti, ovvero nel caso di perdita dei requisiti di cui all' articolo 21 , comma 1, ovvero dei requisiti previsti dal regolamento regionale di cui all' articolo 62 , a pena di decadenza dall'autorizzazione. In tutti i casi si applica anche la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 5.000,00 a euro 15.000,00.

3. Qualora il comune riscontri la mancata adozione della carta dei servizi sociali, la perdita di altri requisiti, diversi da quelli di cui al comma 2, previsti dal regolamento regionale, ovvero non sia stata data comunicazione dell'avvio dell'attività ai sensi dell' articolo 22 , si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 3.000,00 a euro 10.000,00. Il comune assegna altresì un congruo termine per la regolarizzazione delle inadempienze e delle irregolarità riscontrate.

4. In caso di mancato adeguamento entro il termine previsto al comma 3, gli importi della sanzione applicata sono aumentati della metà e il comune può disporre la sospensione delle attività della struttura.

Art. 25 - Accredimento

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una proposta di legge avente ad oggetto la disciplina dei casi e delle modalità di accredimento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, ivi inclusi quelli che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria anche al fine di erogare prestazioni per conto degli enti pubblici competenti.

Titolo III - PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

Capo I - Programmazione

Art. 26 - Principi generali

1. Per la realizzazione del sistema integrato è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, sulla base della rilevazione dei bisogni negli ambiti territoriali, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia, in coerenza con quanto previsto dalla r. 49/1999.

2. La programmazione regionale e zonale del sistema integrato è attuata secondo i principi dell'integrazione con gli atti di programmazione sanitaria e del coordinamento con quelli delle altre materie di cui all' articolo 3 , comma 2, lettera b).

3. I comuni concorrono alla definizione ed alla valutazione delle politiche regionali in materia sociale e socio-sanitaria attraverso la conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria di cui all' articolo 11 della l.r. 40/2005 .

Art. 27 - Programmazione regionale

1. Il Consiglio regionale approva il piano integrato sociale regionale, in raccordo con il piano sanitario regionale, di cui all' articolo 18 della l.r. 40/2005 , promuovendo la realizzazione di una programmazione regionale integrata in ambito socio-sanitario.

2. Sulla proposta di piano integrato sociale regionale la Giunta regionale acquisisce il parere della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria di cui all' articolo 11 della l.r. 40/2005 .

3. La Giunta regionale, attuate le procedure di concertazione previste ai sensi della r. 49/1999 , adotta il piano integrato sociale regionale che è presentato al Consiglio regionale per la sua approvazione, entro sei mesi dalla approvazione del programma regionale di sviluppo.

4. Il piano integrato sociale regionale ha durata corrispondente a quella del programma regionale di sviluppo, è approvato nell'anno di inizio del quinquennio al quale si riferisce la programmazione, ed è aggiornato annualmente in coerenza con gli atti regionali di indirizzo economico e finanziario, anche con proiezione pluriennale.

5. Il piano integrato sociale regionale definisce:

a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, con riferimento alle politiche sociali integrate di cui al titolo V ed i fattori di rischio sociale da contrastare;

b) le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi e le eventuali prestazioni aggiuntive atte ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni di cui all' articolo 4 , ivi compreso il servizio sociale professionale, il segretariato sociale per informazione e consulenza e il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;

c) le priorità di intervento relative ai soggetti di cui all' articolo 7 , comma 6, nonché le sperimentazioni e gli interventi di cui all' articolo 14 ;

d) gli indirizzi generali da utilizzare per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni anche al fine di favorire l'adozione di criteri comuni di accesso alle prestazioni sociali;

e) le modalità di ripartizione agli enti locali, anche in ambito zonale, delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi, sulla base di parametri oggettivi rilevati in relazione ai seguenti elementi:

1) livelli essenziali delle prestazioni sociali;

2) dimensione degli interventi e dei servizi in atto;

3) bisogni di assistenza;

4) situazione demografica e territoriale delle diverse zone;

f) le misure e le azioni prioritarie da prevedere in favore dei comuni in maggiore situazione di disagio, ai sensi dell' articolo 3 della legge regionale 27 luglio 2004, n. 39 (Norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio. Modifiche alla legge regionale 7 maggio 1985, n. 57 "Finanziamenti per la redazione e l'attuazione di piani di recupero del patrimonio edilizio esistente". Modifiche alla legge regionale 2 novembre 1999, n. 58 "Norme sulla tutela dell'artigianato artistico e tradizionale toscano e disposizioni in materia di oneri contributivi per gli apprendisti artigiani");

g) i criteri di accesso al fondo sociale regionale di solidarietà interistituzionale di cui all' articolo 46 ;

h) gli indicatori per la verifica di efficacia e di efficienza degli interventi;

i) gli interventi innovativi, di ricerca e di sperimentazione, di interesse regionale, nonché l'ambito territoriale di attuazione ritenuto appropriato;

j) le iniziative di comunicazione sociale e di sensibilizzazione finalizzate alla prevenzione del disagio e della esclusione sociale;

k) i benefici aggiuntivi, per tutto il territorio regionale, a favore degli invalidi civili, di cui all' articolo 130, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59).

6. Il piano integrato sociale regionale contiene elementi di valutazione della programmazione costituiti da:

- a) la valutazione di impatto, comprensiva dell'analisi del fabbisogno sociale del territorio, delle risorse disponibili, dello studio di fattibilità degli interventi e della individuazione di indicatori;
- b) il monitoraggio "in itinere" dello stato di attuazione dei piani di zona, sulla base di indicatori e parametri;
- c) la valutazione consuntiva di periodo, relativa agli obiettivi perseguiti, alla qualità degli interventi e alla sostenibilità economica degli stessi, sulla base di indicatori prestabiliti come previsto dal comma 5, lettera h).

Art. 28 - Commissione regionale per le politiche sociali

1. E' costituita presso la Giunta regionale la commissione regionale per le politiche sociali, composta da rappresentanti delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche, delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, delle organizzazioni del terzo settore, degli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali.

2. La commissione regionale per le politiche sociali svolge funzioni consultive e propositive per la Regione nelle materie di cui alla presente legge e promuove iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale.

3. La commissione regionale per le politiche sociali è presieduta dall'assessore regionale competente in materia sociale o suo delegato.

4. La composizione e la procedura per la nomina della commissione regionale per le politiche sociali sono definite con regolamento regionale di cui all' articolo 62

5. La commissione regionale per le politiche sociali dura in carica per il periodo della legislatura regionale.

6. Alle sedute della commissione regionale per le politiche sociali partecipano i componenti della Giunta regionale competenti per le materie in discussione. Possono essere invitati a partecipare, in relazione agli argomenti trattati, il difensore civico regionale, i rappresentanti del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e componenti della magistratura.

7. Le modalità di funzionamento della commissione regionale per le politiche sociali, ivi inclusa la possibilità di articolazione in sottocommissioni, sono disciplinate con regolamento interno, approvato dalla commissione stessa.

8. Ai componenti della commissione regionale per le politiche sociali è corrisposto il rimborso delle spese sostenute, secondo le modalità stabilite con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 29 - Programmazione zonale

1. Il piano di zona è lo strumento della programmazione locale del sistema integrato ed è elaborato tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel piano integrato sociale regionale.

2. Nel piano di zona sono indicati:

a) la rete dei servizi e degli interventi attivati e promossi dai comuni nel territorio *con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi* (2) e le modalità di coordinamento e integrazione di tali servizi e interventi;

b) gli obiettivi di politica sociale da perseguire *anche con riferimento al fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali*; (3)

c) i servizi e gli interventi volti a garantire i livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato e le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 4;

d) la determinazione eventuale di livelli di assistenza ulteriori ed integrativi e le risorse messe a disposizione a tale scopo dagli enti locali;

e) la previsione delle risorse necessarie alla realizzazione, in ambito zonale, degli interventi e servizi integrati e di progetti innovativi;

f) l'individuazione degli enti titolari dei servizi e degli interventi per i quali è disposto il finanziamento regionale del piano di zona;

g) l'entità delle risorse regionali destinate a progetti innovativi proposti dai soggetti del terzo settore;

h) la valutazione di impatto della programmazione, effettuata a livello zonale;

i) gli strumenti per il monitoraggio "in itinere" del piano stesso;

j) la valutazione consuntiva di periodo, effettuata a livello zonale.

3. Il piano integrato di salute, di cui all' articolo 21 della l.r. 40/2005 , è lo strumento con il quale sono integrate le politiche sociali di ambito zonale con le politiche sanitarie a livello di zona-distretto.

4. Nel caso di sperimentazione delle Società della salute, di cui all' articolo 65 della l.r. 40/2005 , ovvero in caso di intesa tra l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci e l'azienda unità sanitaria locale di riferimento, il piano integrato di salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona-distretto.

5. Il piano di zona costituisce atto rilevante per la programmazione ai sensi dell' articolo 14 , comma 2, lettera e) della l.r. 49/1999 .

Art. 30 - Procedimento per l'approvazione del piano di zona

1. La proposta di piano di zona è oggetto di una conferenza istruttoria pubblica, indetta dall'articolazione zonale della conferenza dei sindaci.

2. Alla conferenza istruttoria sono invitati a partecipare le aziende sanitarie, le aziende di servizi alla persona di cui alla r. 43/2004 , gli altri soggetti pubblici interessati, i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali e le parti sociali, nonché le associazioni di tutela degli utenti e dei consumatori presenti sul territorio.

3. L'articolazione zonale della conferenza dei sindaci, sulla base delle risultanze della conferenza istruttoria, approva il piano di zona.

4. I soggetti del terzo settore possono presentare progetti innovativi per la gestione degli interventi, ai sensi dell' articolo 29 , comma 2, lettera g), che sono oggetto di selezione da parte dei soggetti competenti.

Art. 31 - Carta dei diritti di cittadinanza sociale

1. L'articolazione zonale della conferenza dei sindaci adotta la carta di cittadinanza sociale, con il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e delle parti sociali, delle associazioni degli utenti e consumatori, dei soggetti pubblici e privati gestori dei servizi.

2. La carta contiene:

a) la mappa dei percorsi e la tipologia dei servizi e degli interventi sociali, le opportunità sociali presenti nel territorio;

b) i riferimenti ai livelli essenziali delle prestazioni disciplinati nella programmazione zonale;

c) gli obiettivi ed i programmi di miglioramento della qualità della vita;

d) lo sviluppo di forme di tutela e di partecipazione attiva dei cittadini per il miglioramento dei servizi alla persona.

Art. 32 - Patti per la costruzione di reti di solidarietà sociale

1. Gli enti locali promuovono e valorizzano attività organizzate da singoli o gruppi e dai soggetti di cui al titolo II, capo II, anche mediante la definizione, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, di patti per la costruzione di reti di solidarietà sociale, anche attraverso l'attivazione di procedure di contrattazione negoziata.

2. Gli enti locali, con il concorso dei soggetti del terzo settore, delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche e di altri soggetti pubblici, promuovono patti che hanno ad oggetto lo sviluppo locale e la coesione sociale mediante l'impiego di risorse umane, tecnologiche, finanziarie e patrimoniali.

Capo II - Organizzazione territoriale e funzioni gestionali

Art. 33 - Ambiti territoriali per la gestione associata del sistema locale di interventi e servizi sociali

1. Le zone-distretto, come individuate nell' allegato A alla l.r. 40/2005 , costituiscono l'ambito territoriale di riferimento per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei comuni.

2. I comuni possono altresì gestire in forma associata le funzioni, i servizi e gli interventi nei livelli ottimali individuati ai sensi della legge regionale 16 agosto 2001, n. 40 (Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di comuni), da ultimo modificata dalla legge regionale 22 dicembre 2003, n. 60 , a condizione che tale gestione sia svolta in coerenza con la programmazione di

ambito zonale.

3. Per le attività che hanno rilevanza per due o più zone-distretto e per le azioni innovative d'interesse regionale, la Regione individua, di concerto con gli enti locali coinvolti, gli ambiti territoriali più appropriati per la loro efficace attuazione.

Art. 34 - Gestione associata dei servizi e degli interventi

1. La gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei comuni avviene nelle forme previste dalla legislazione vigente.

2. La Regione incentiva le gestioni associate volontarie della zona-distretto, attivate in coerenza con la r. 40/2001 e con i provvedimenti attuativi, ovvero attivate nei livelli ottimali di cui all' articolo 33 , comma 2.

3. Le forme associative prescelte dai comuni sono indicate nel piano di zona o nel piano integrato di salute.

4. Il piano integrato sociale regionale può prevedere l'obbligo di gestire in forma associata gli interventi a carattere innovativo e sperimentale di interesse regionale.

5. L'ente cui è attribuita la responsabilità della gestione associata esercita le funzioni su tutto il territorio dei comuni partecipanti, salvo quanto previsto dall'atto associativo in caso di costituzione di ufficio comune. L'atto associativo può stabilire il regolamento unitario per lo svolgimento delle funzioni associate.

6. Il piano integrato sociale regionale determina una quota di risorse del fondo sociale regionale da riservare alle incentivazioni delle forme di gestione associata, di cui al comma 2; il piano determina altresì una quota da riservare allo svolgimento dei compiti di supporto all'attività di programmazione.

Art. 35 - Aziende unità sanitarie locali

1. Il comune può delegare la gestione di interventi o servizi sociali all'azienda unità sanitaria locale, in coerenza con quanto previsto dall' articolo 32 , comma 2, lettera c) della l.r. 40/2005 .

2. Per la gestione degli interventi e dei servizi sociali delegati, l'azienda unità sanitaria locale ed il comune stipulano apposita convenzione nella quale sono definiti:

a) la struttura organizzativa locale cui compete la gestione dei compiti e degli interventi connessi alle attività ed ai servizi delegati;

b) le caratteristiche ed i volumi di attività e di prestazioni;

c) i criteri per la quantificazione delle risorse finanziarie necessarie per la gestione delle attività e dei servizi delegati, la loro entità, nonché le modalità per il loro trasferimento all'azienda unità sanitaria locale;

d) la periodicità ed i contenuti delle informazioni da fornire ai comuni, con particolare riguardo alle attività svolte, alle prestazioni erogate ed alle risorse utilizzate.

3. Il direttore dei servizi sociali dell'azienda unità sanitaria locale coadiuva il direttore generale dell'azienda stessa nella direzione degli interventi e dei servizi sociali delegati.

Art. 36 - Forme innovative di gestione unitaria ed integrata dei servizi tra comuni e aziende unità sanitarie locali - Società della salute

1. La Regione sostiene ed incentiva forme innovative di gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari denominate, ai sensi dell' articolo 65 della l.r. 40/2005 , Società della salute, basate su modalità organizzative e di governo integrate tra comuni e aziende unità sanitarie locali, promuovendo la partecipazione attiva dei comuni e delle aziende unità sanitarie locali per quanto riguarda la conoscenza dei bisogni, la messa a disposizione delle risorse e l'assolvimento degli impegni. La Regione e i comuni valutano i risultati conseguiti dalle Società della salute.

2. Nella zona-distretto in cui è costituita la Società della salute l'organo di governo della stessa assume, con l'esclusione della rappresentanza aziendale, le funzioni e le competenze attribuite dalla presente legge all'articolazione zonale della conferenza dei sindaci.

3. I comuni possono conferire alla Società della salute funzioni e compiti di coordinamento, direzione, organizzazione di servizi e interventi sociali ed, eventualmente, di gestione, in relazione allo sviluppo del processo di integrazione.

4. Le Società della salute organizzano le funzioni proprie del livello di zona-distretto sulla base degli

indirizzi dettati dagli atti di programmazione regionale. Le disposizioni di cui agli articoli 35 , 37 , 38 , 43 , comma 2, 49 e 51 , non vincolano le Società della salute.

Art. 37 - Responsabile del coordinamento sociale

1. L'articolazione zonale della conferenza dei sindaci, d'intesa con l'azienda unità sanitaria locale, individua un coordinatore sociale di zona-distretto per lo svolgimento dei compiti di cui all' articolo 7 , commi 1 e 4, tenendo conto delle gestioni associate eventualmente attivate. Il coordinatore sociale :

- a) è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale;
- b) coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi;
- c) partecipa alle attività dell'ufficio di coordinamento, di cui all' articolo 64 , comma 5 della l.r. 40/2005 .

Art. 38 - Segreteria tecnica

1. La segreteria tecnica dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci, costituita ai sensi dell' articolo 12 , comma 10 della l.r. 40/2005 , svolge le seguenti funzioni :

- a) supporta tecnicamente l'organo di governo della zona-distretto;
- b) collabora alla predisposizione degli atti di programmazione locale;
- c) sostiene la partecipazione in ambito zonale dei soggetti del terzo settore;
- d) sviluppa ed applica gli strumenti propositivi, progettuali, valutativi e di monitoraggio in ogni fase operativa della programmazione zonale;
- e) predispose la relazione consuntiva di zona-distretto, di cui all' articolo 43 , e collabora alla raccolta dei dati e delle informazioni necessarie al sistema informativo sociale regionale di cui all' articolo 41

2. La segreteria tecnica può essere costituita quale ufficio comune tra tutte le amministrazioni locali e la azienda unità sanitaria locale della zona-distretto, così come indicate all' articolo 12 , comma 10 della l.r. 40/2005 , con le modalità e per gli effetti di cui all'articolo 30, commi 2 e 4 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), anche per lo svolgimento di attività di coordinamento, connesse alla realizzazione del piano di zona. In tale ipotesi la segreteria tecnica compie gli atti attuativi della programmazione relativi ai progetti innovativi presentati dai soggetti del terzo settore, nei casi individuati dal piano di zona.

Art. 39 - Formazione degli operatori dei servizi sociali

1. Il regolamento regionale, di cui all' articolo 62 , individua i livelli di formazione scolastica e professionale per gli operatori sociali del sistema integrato, tenuto conto delle funzioni e delle competenze necessarie a garantire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle prestazioni.

2. La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze e delle procedure previste dalla normativa regionale:

- a) valorizzano lo sviluppo della formazione e sostengono le professionalità degli operatori sociali degli enti locali;
- b) promuovono la partecipazione degli operatori sociali ai processi organizzativi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla presente legge;
- c) sostengono la formazione continua degli operatori sociali;
- d) coordinano e indirizzano le attività di aggiornamento, tenendo conto dei criteri di integrazione socio-sanitaria ed educativa, favorendo la multidisciplinarietà fra i soggetti e le istituzioni che concorrono alla realizzazione degli interventi e dei servizi;
- e) assicurano le iniziative a sostegno della qualificazione e della formazione dei soggetti del terzo settore e di quelli senza scopo di lucro.

3. I soggetti pubblici e privati, erogatori degli interventi e dei servizi sociali, promuovono ed agevolano la partecipazione degli operatori sociali alle iniziative di formazione, qualificazione, aggiornamento e supervisione professionale.

Capo III - Valutazione e monitoraggio del sistema integrato

Art. 40 - Osservatorio sociale

1. Le funzioni regionali finalizzate alla realizzazione di un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e

previsione dei fenomeni sociali del sistema integrato, nonché di diffusione delle conoscenze, sono realizzate tramite una struttura organizzativa denominata osservatorio sociale regionale.

2. L'osservatorio sociale regionale svolge i propri compiti anche in collaborazione con istituti pubblici e privati al fine di realizzare studi ed analisi mirate dei fenomeni sociali su base regionale.

3. Alle funzioni di cui al presente articolo concorrono anche le province, con le modalità di cui all' articolo 13 , comma 4, assicurando il funzionamento di strutture di osservatorio in ambito provinciale. Per l'attuazione di tali funzioni le province possono dotarsi di strumenti e competenze anche mediante l'attivazione di collaborazioni con agenzie regionali, istituti di ricerca, università.

4. Per l'esercizio delle funzioni di cui al presente articolo la Regione e le province favoriscono il raccordo con i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli altri soggetti pubblici e promuovono la partecipazione, anche tramite la costituzione di apposito comitato, delle organizzazioni sindacali, delle parti sociali e dei soggetti del terzo settore, per lo scambio e la condivisione dei dati e delle conoscenze utili per la valutazione e la programmazione zonale e regionale.

4 bis Presso l'osservatorio è istituita una apposita sezione denominata osservatorio regionale sulla violenza di genere. (9)

4 ter L'osservatorio regionale sulla violenza di genere realizza il monitoraggio sulla violenza attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai centri antiviolenza, dai servizi territoriali e dai soggetti aderenti alla rete territoriale; analizza i dati al fine di realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio. (9)

4 quater L'osservatorio regionale sulla violenza di genere si avvale degli osservatori provinciali di cui al comma 3. (9)

Art. 41 - Sistema informativo sociale regionale (4)

1. La Regione, le province ed i comuni contribuiscono, in relazione alle rispettive competenze, alla realizzazione ed alla gestione del sistema informativo sociale regionale, secondo i principi, le modalità organizzative e attraverso le infrastrutture tecnologiche di cui alla legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della "Rete telematica regionale toscana"), per assicurare tempestivamente la conoscenza dei dati e delle informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali.

2. I soggetti gestori di strutture e erogatori di servizi sono tenuti a fornire, attraverso le infrastrutture, le procedure e le regole della Regione, finalizzate alla interoperabilità, le informazioni richieste affinché confluiscono e siano organizzate nel sistema informativo sociale regionale.

Art. 42 - Relazione sociale regionale

1. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, almeno ogni tre anni, la relazione sociale al fine di valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti nel piano integrato sociale regionale, conoscere l'evoluzione dei fenomeni sociali e lo stato dei servizi, nonché disporre di elementi per la programmazione di settore.

Art. 43 - Relazione consuntiva di zona-distretto

1. In ambito zonale la relazione consuntiva di zona-distretto è lo strumento annuale di verifica dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano di zona.

2. La relazione consuntiva di zona-distretto è predisposta a cura della segreteria tecnica di cui all' articolo 38 in collaborazione con gli osservatori provinciali territorialmente competenti, ed è adottata dall'articolazione zonale della conferenza dei sindaci contestualmente all'approvazione del piano di zona. Nei quindici giorni successivi alla sua approvazione, la relazione è trasmessa alla Giunta regionale.

Capo IV - Finanziamento

Art. 44 - Finanziamento del sistema integrato

1. Il sistema integrato è finanziato con le risorse stanziare dagli enti locali, dalla Regione, dagli altri enti pubblici, dallo Stato e dall'Unione Europea, nonché da risorse private.

Art. 45 - Fondo sociale regionale

1. Fino all'attuazione dell' articolo 119 della Costituzione , nel fondo sociale regionale confluiscono le risorse regionali determinate annualmente con legge di bilancio, nonché le risorse, trasferite dallo Stato o provenienti dall'Unione europea, in qualsiasi modo destinate alla realizzazione di interventi e servizi sociali.

2. L'intervento finanziario della Regione ha carattere contributivo e perequativo rispetto all'impegno finanziario dei comuni e degli altri enti locali, ed è finalizzato a sostenere lo sviluppo omogeneo in ambito regionale del sistema integrato e dell'erogazione delle prestazioni aggiuntive di cui all' articolo 4 , comma 2, lettera b).

3. Il fondo sociale regionale è destinato:

a) alla Regione per una quota individuata in sede di aggiornamento annuale del piano integrato sociale regionale e riservata al finanziamento delle seguenti attività:

- 1) promozione e realizzazione di progetti o programmi innovativi e sperimentali di interesse regionale;
- 2) adesione a progetti in relazione ai quali è previsto il cofinanziamento;
- 3) realizzazione delle attività dell'osservatorio sociale e implementazione del sistema informativo dei servizi sociali;
- 4) promozione di campagne di comunicazione sociale di rilievo regionale;

b) agli enti locali per:

- 1) il sostegno delle funzioni loro attribuite dalla presente legge;
- 2) il sostegno per gli interventi, servizi e progetti innovativi determinati in sede di programmazione zonale;
- 3) la promozione della solidarietà interistituzionale ai sensi dell' articolo 46 ;
- 4) il sostegno delle gestioni associate di cui all'articolo 34, comma 2, come incentivo cumulabile alle risorse stanziare ai sensi della l.r. 40/2001 e della l.r. 39/2004.

Art. 46 - Fondo sociale regionale di solidarietà interistituzionale

1. Il piano integrato sociale regionale determina la quota di fondo regionale destinata alle spese per le prestazioni sociali sostenute in ambito zonale per interventi relativi alle prestazioni per i soggetti di cui all' articolo 5 , commi 2, 3 e 4 nonché la quota destinata al sostegno di :

a) interventi non quantificabili preventivamente in sede programmatica in quanto derivanti da eventi eccezionali o da fenomeni nuovi per il territorio;

b) interventi il cui costo sia suscettibile di creare gravi squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni.

2. Nel piano integrato sociale regionale sono specificate le modalità di accesso al fondo secondo le quote determinate ai fini del comma 1, le procedure di richiesta, l'assegnazione e liquidazione dei contributi, nonché i criteri di priorità per il finanziamento.

Art. 47 - Compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni

1. Il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente, effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 (Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell' articolo 59, comma 51 della L. 27 dicembre 1997, n. 449), da ultimo modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130 .

2. Il piano integrato sociale regionale individua ulteriori criteri rispetto a quelli previsti dalla disciplina dell'ISEE con particolare riferimento alle situazioni di disabilità grave riconosciute ai sensi dell' articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate).

2 bis. *Gli enti locali, le aziende unità sanitarie locali e gli organismi consortili da essi costituiti ai sensi dell' articolo 65 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), adeguano i regolamenti che disciplinano l'accesso alle prestazioni del sistema integrato prevedendo come*

criterio prioritario, in relazione alle modalità di compartecipazione degli utenti ai costi, la valutazione della situazione economica del richiedente effettuata attraverso il calcolo dell'ISEE. (5)

2 ter. *L'adeguamento dei regolamenti di cui al comma 2 bis avviene in modo coerente con gli atti della programmazione regionale e zonale. (5)*

3. I comuni, con riferimento alla programmazione regionale e zonale, definiscono l'entità della compartecipazione ai costi da parte degli utenti, articolata per prestazioni, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

Titolo IV - INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Capo I - Integrazione socio-sanitaria

Art. 48 - Integrazione socio-sanitaria

1. Le attività ad integrazione socio-sanitaria sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato.

2. Secondo quanto disposto dall' articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell' articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie), le prestazioni socio-sanitarie sono assicurate, mediante il concorso delle aziende unità sanitarie locali e dei comuni, dall'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e sociali necessarie a garantire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute, che richiedono interventi sanitari e azioni di protezione sociale.

3. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sentita la conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria di cui all' articolo 11 della l.r. 40/2005 , individua i servizi inerenti alle aree di integrazione socio-sanitaria, di cui al comma 2, e definisce i criteri per il concorso delle risorse sanitarie e sociali in attuazione del d.p.c.m 14 febbraio 2001.

4. L'autorizzazione all'esercizio delle strutture residenziali e semiresidenziali, non disciplinata dalla r. 8/1999 , che erogano prestazioni inerenti alle aree di integrazione socio-sanitaria, è disciplinata dal regolamento di cui all' articolo 62

Art. 49 - Criteri per la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria

1. I comuni e le aziende unità sanitarie locali, in base alle determinazioni di cui all' articolo 48 , comma 3, individuano modalità organizzative di raccordo per la gestione dei servizi, fondate sull'integrazione professionale delle rispettive competenze, e disciplinano i relativi rapporti finanziari, mediante accordi o convenzioni ai sensi della normativa vigente.

2. Il coordinamento e l'integrazione degli interventi socio-sanitari si attua, ai fini dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, in coerenza con le indicazioni di cui all' articolo 7 , sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno, della definizione del percorso assistenziale personalizzato e della verifica periodica degli esiti.

3. Gli accordi e le convenzioni di cui al comma 1 definiscono le modalità di coordinamento fra le attività di integrazione socio-sanitaria ed il complesso degli interventi sanitari.

4. La Giunta regionale adotta uno schema generale di riferimento per gli accordi e le convenzioni di cui al comma 1.

Art. 50 - Consulori familiari

1. I consulori familiari, nell'ambito delle funzioni previste dalla normativa vigente statale e regionale nonché dagli atti di programmazione sanitaria e sociale, svolgono funzioni di prevenzione, educazione e promozione del benessere psico-fisico-relazionale del singolo, della coppia e della famiglia.

2. Nei consulori familiari, organizzati in ambito della zona-distretto di cui all' articolo 64 della l.r. 40/2005 , è assicurata l'integrazione delle attività socio-sanitarie con quelle sociali gestite dai comuni, singoli o associati, al fine di sostenere e valorizzare:

a) il principio della maternità e paternità, basato su scelte consapevoli e responsabili, anche tramite

azioni di informazione sulle problematiche incidenti sulla vita sessuale;

- b) la corresponsabilità dei genitori nei confronti dei figli, nel rispetto dell'ordinamento vigente;
- c) la tutela della donna in gravidanza e gli interventi a sostegno della maternità.

3. La Regione assicura anche tramite i consultori familiari, nel rispetto del principio di sussidiarietà, il riconoscimento del ruolo che le organizzazioni del volontariato e l'associazionismo di settore, comprese le esperienze di autorganizzazione e di mutuo aiuto, hanno nella attuazione degli interventi.

4. La Regione assicura, attraverso l'azione dei consultori familiari, l'informazione su:

- a) i diritti delle donne in gravidanza compresa la facoltà di partorire in anonimato;
- b) i servizi presenti sul territorio per la tutela della gravidanza e della maternità e le modalità del loro utilizzo;
- c) le associazioni e le organizzazioni che operano in ambito socio sanitario.

5. La Regione valorizza con azioni mirate, indicate nel piano integrato sociale regionale, l'apporto multiprofessionale degli operatori dei consultori familiari.

Art. 51 - Ufficio di coordinamento distrettuale

1. L'articolazione zonale della conferenza dei sindaci individua i responsabili delle attività ad integrazione socio-sanitaria gestite dai comuni in forma singola o associata. Tali responsabili integrano l'ufficio di coordinamento della zona-distretto di cui agli articoli 64 , commi 5 e 6, e 66 comma 4 della l.r. 40/2005 .

Titolo V - POLITICHE SOCIALI INTEGRATE

Capo I - Politiche sociali integrate

Art. 52 - Politiche per le famiglie

1. Le politiche per le famiglie consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a favorire l'assolvimento delle responsabilità familiari, a sostenere la genitorialità, la maternità e la nascita, ad individuare precocemente ed affrontare le situazioni di disagio sociale ed economico dei nuclei familiari, a creare reti di solidarietà locali.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per le famiglie :

- a) i contributi economici, di carattere continuativo, straordinario o urgente, compresa l'erogazione di agevolazioni per l'affitto a persone o nuclei familiari in stato di bisogno e l'erogazione di contributi per interventi di adeguamento delle abitazioni, finalizzati a sostenere la permanenza nel domicilio familiare di soggetti non autosufficienti;
- b) gli interventi di carattere abitativo di emergenza, anche a beneficio delle giovani coppie o di famiglie monoparentali;
- c) gli interventi di sollievo, aiuto e sostegno alle famiglie impegnate in attività di cura e assistenza di persone disabili, di persone con problemi di salute mentale, di anziani e di minori in affidamento;
- d) i servizi e le attività di sostegno alla genitorialità ed alla nascita, di consulenza e di mediazione familiare, di sostegno alle persone nei casi di abuso e di maltrattamento;
- e) le iniziative dirette a consentire la conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle familiari, anche nel quadro dell'armonizzazione dei tempi e spazi delle città.

3. I comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero o agevolato secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito, per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie con a carico soggetti non autosufficienti e con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione con gravi difficoltà di inserimento sociale.

Art. 53 - Politiche per i minori

1. Le politiche per i minori consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a garantire al minore la protezione e le cure necessarie per il suo benessere, e a promuoverne il pieno e armonico sviluppo psicofisico, l'educazione e la crescita in un idoneo ambiente familiare e sociale.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per i minori :

a) l'ascolto, l'accompagnamento ed il sostegno per promuovere l'esercizio dei diritti di cittadinanza sociale e prevenire forme di esclusione e di devianza, privilegiando la crescita del minore nel proprio ambiente familiare;

b) il pronto intervento, l'accoglienza, la protezione, l'assistenza e il supporto ai minori italiani e stranieri che si trovano in stato di abbandono o privi di assistenza familiare o che risultano non accompagnati ai sensi dell' articolo 33 del d.lgs. 286/1998 ;

c) la tempestiva segnalazione da parte dei servizi di assistenza, quando a conoscenza dello stato di abbandono di un minore, all'autorità giudiziaria competente al fine dell'adozione dei provvedimenti previsti dal titolo X del codice civile;

d) le azioni conseguenti ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria e gli interventi di collaborazione con l'autorità giudiziaria e con i servizi minorili del Ministero della Giustizia in attuazione del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1998, n. 448 (Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni), da ultimo modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313 ;

e) l'affidamento temporaneo a famiglia, a servizi residenziali socio-educativi e le altre tipologie di affidamento, secondo gli indirizzi della Giunta regionale da emanarsi entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge;

f) le attività necessarie ed i compiti correlati all'adozione nazionale ed internazionale.

3. In tutti gli atti relativi agli interventi e ai servizi rivolti ai minori l'interesse del minore è considerato superiore.

Art. 54 - Politiche per gli anziani

1. Le politiche per gli anziani consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a:

a) promuovere la partecipazione degli anziani alla comunità locale in un'ottica di solidarietà fra generazioni;

b) prevenire i processi invalidanti fisici e psicologici, nonché i fenomeni di esclusione sociale, salvaguardando l'autosufficienza e l'autonomia dell'anziano e favorendo la sua permanenza nel contesto familiare di origine ed il mantenimento di una vita di relazione attiva;

c) prevenire e limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture residenziali;

d) verificare il raggiungimento degli obiettivi e delle finalità previste dalla programmazione regionale e zonale.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per gli anziani

a) la creazione di una rete locale di servizi ricreativi e luoghi aggregativi, in cui promuovere forme di associazionismo e di inserimento sociale, anche di diretta iniziativa della popolazione anziana, con il coinvolgimento della comunità locale e dei soggetti del terzo settore presenti sul territorio;

b) le forme di agevolazione per l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi, in relazione a situazioni di reddito inadeguate;

c) i servizi di assistenza domiciliare integrata per anziani non autosufficienti e affetti da patologie degenerative;

d) le strutture semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti;

e) servizi di sostegno e sollievo per i familiari conviventi di persone anziane non autosufficienti;

f) i servizi di telesoccorso e pronto intervento per persone anziane a rischio sociosanitario che vivono in condizioni di solitudine o con altri familiari a loro volta inabili o anziani.

3. La condizione di persona anziana non autosufficiente è accertata, relativamente ai soggetti ultrasessantacinquenni, mediante valutazione che tiene conto dell'analisi globale della persona con riferimento a:

a) stato di salute funzionale organico;

b) condizioni cognitive e comportamentali;

c) situazione socio-ambientale e familiare.

4. Gli atti regionali di programmazione promuovono la realizzazione di sistemi di valutazione contestuale e globale della persona anziana portatrice di minorazioni, al fine dell'accertamento delle diverse condizioni ai sensi della normativa vigente.

5. I servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari rivolti agli anziani non autosufficienti si ispirano ad una logica organizzativa di tipo modulare, basata su percorsi di graduale intensità assistenziale.

Art. 55 - Politiche per le persone disabili

1. Le politiche per le persone disabili consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a promuoverne l'integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per le persone disabili:

a) il potenziamento dei servizi domiciliari, da attivare in forma diretta o indiretta, secondo progetti individualizzati di intervento finalizzati all'assistenza, al sostegno e allo sviluppo di forme di autonomia, nonché al recupero delle diverse abilità;

b) il potenziamento e l'adeguamento di servizi diurni e semiresidenziali esistenti sul territorio;

c) la realizzazione di progetti innovativi e servizi finalizzati alla realizzazione di modalità di vita indipendente, di soluzioni abitative autonome e parafamiliari, di comunità alloggio protette per le persone disabili gravi privi di sostegno familiare;

d) i servizi di informazione, sollievo e sostegno ai familiari delle persone disabili;

e) le forme di coordinamento stabile con soggetti istituzionali e soggetti del terzo settore coinvolti nelle attività di istruzione scolastica, formazione professionale, inserimento lavorativo delle persone disabili;

f) le forme di agevolazione per l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi;

g) le forme di agevolazione per la diffusione di strumenti tecnologici atti a facilitare la vita indipendente, l'inserimento sociale e professionale;

h) il sostegno per il superamento delle barriere e favorire l'accessibilità.

3. L'accertamento della condizione di disabilità e della situazione di gravità avviene con le modalità previste dagli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

4. Nell'ambito della programmazione regionale e zonale sono individuati gli elementi atti a prevenire forme di esclusione sociale.

Art. 56 - Politiche per gli immigrati

1. Le politiche per gli immigrati consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a favorirne l'accoglienza, prevenire e contrastare fenomeni di esclusione sociale e di emarginazione.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per gli immigrati:

a) l'attivazione di percorsi integrati di inserimento sociale, scolastico e lavorativo, favorendo la comunicazione interculturale e l'associazionismo;

b) la promozione della partecipazione degli immigrati alle attività culturali, educative e ricreative della comunità locale;

c) l'accesso ai servizi territoriali, mediante l'attivazione di specifiche campagne di informazione e interventi di mediazione culturale;

d) la predisposizione di progetti mirati a favore di cittadini stranieri in situazioni di particolare fragilità, quali profughi, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tratta;

e) la gestione di interventi di sostegno abitativo.

Art. 57 - Politiche per i nomadi

1. Il piano integrato sociale regionale individua le politiche e le priorità di intervento a favore dei nomadi, anche in attuazione della legge regionale 12 gennaio 2000, n. 2 (Interventi per i popoli Rom e Sinti) e determina gli indirizzi per la programmazione zonale.

Art. 58 - Politiche per le persone a rischio di esclusione sociale

1. Le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a prevenire e ridurre tutte le forme di emarginazione, comprese le forme di povertà estrema.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per le persone a rischio di esclusione sociale:

a) gli interventi di promozione delle reti di solidarietà sociale, i servizi di informazione, accoglienza ed orientamento;

b) gli interventi di sostegno, anche economico, finalizzati alla realizzazione di progetti individuali di inserimento sociale, lavorativo e formativo;

c) i servizi di pronto intervento e di prima assistenza per far fronte alle esigenze primarie di accoglienza, cura e assistenza;

d) i progetti innovativi di prevenzione delle nuove povertà e di contrasto dei fenomeni emergenti di esclusione sociale.

3. Nell'ambito delle politiche del presente articolo, sono promosse le sperimentazioni di cui all' articolo 14 , comma 4, in armonia con le politiche di inclusione e coesione sociale promosse dalla Unione europea.

Art. 59 - Politiche per il contrasto della violenza contro le donne, i minori e in ambito familiare

1. La Regione favorisce la realizzazione di interventi di rete per offrire le risposte necessarie, in termini di adeguatezza ed appropriatezza, alle varie tipologie di violenza, allo scopo di limitare i danni e di superare gli effetti da questa procurati alla singola donna o minore.

2. In particolare, oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione , sono compresi tra gli interventi e i servizi per il contrasto della violenza contro le donne, i minori ed in ambito familiare:

a) interventi multidisciplinari integrati di tutela e di cura, azioni di contrasto contro lo sfruttamento, la violenza e il maltrattamento dei minori e delle donne;

b) il sostegno materiale, psicologico, legale ed abitativo di emergenza, nonché l'organizzazione di case e centri antiviolenza, da realizzarsi attraverso la programmazione locale dei servizi a favore delle vittime e delle funzioni genitoriali;

c) il sostegno a percorsi di uscita dal disagio e dalla violenza quanto più personalizzati, basati sull'analisi delle specifiche situazioni di violenza e tendenti a rafforzare la fiducia della donna nelle proprie capacità e risorse ed a favorire nuovi progetti di vita e di autonomia;

d) le attività formative nella scuola e per chi opera nel settore socio-sanitario, dell'ordine pubblico e giudiziario al fine di potenziarne le capacità di rilevazione, accertamento, protezione e cura e per contrastare l'impiego di lavoro minorile;

e) la valorizzazione delle reti territoriali di servizi e di modelli di intervento caratterizzati da un lavoro di équipe nella presa in carico dei casi;

f) l'organizzazione di campagne di prevenzione e di informazione sull'entità del fenomeno e sul danno che ne deriva nonché iniziative di censimento ed informazione circa le risorse di protezione, aiuto e sostegno disponibili sul territorio per un percorso di uscita dalla violenza.

Art. 60 - Politiche per la tutela della salute mentale

1. Le politiche per la tutela della salute mentale consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a:

a) individuare precocemente il disagio psichico in un'ottica di prevenzione e promozione della salute e benessere della popolazione;

b) prevenire qualsiasi forma di emarginazione e di esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale;

c) promuovere l'integrazione e l'inserimento nel contesto sociale delle persone con disturbi mentali, favorendo la loro autonomia ed emancipazione anche attraverso la risoluzione dei problemi abitativi e di lavoro.

2. Alle politiche della salute mentale concorrono le attività ad integrazione socio-sanitaria come richiamate agli articoli 48 e seguenti del capo I del titolo IV.

Art. 61 - Politiche per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze

1. Le politiche per la prevenzione e il trattamento dei comportamenti di abuso e delle dipendenze da

sostanze stupefacenti e psicotrope consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a:

a) riduzione generalizzata dell'uso delle sostanze e/o riduzione dei danni correlati all'uso, attraverso la promozione di stili di vita sani per l'intera popolazione ed in particolare per le fasce a maggior rischio di emarginazione sociale;

b) realizzazione di servizi e progetti di accoglienza a bassa soglia e di unità di strada orientati alla prevenzione primaria e secondaria ed alla riduzione del danno;

c) promozione e sostegno della rete dei soggetti pubblici e del privato sociale, che operano nel settore;

d) promozione di interventi di prevenzione e contrasto del consumo di sostanze, rivolti alle fasce di età giovanili e nei luoghi di aggregazione giovanile;

e) sviluppo di azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti ed alcolodipendenti attraverso la risoluzione delle problematiche legate agli inserimenti lavorativi ed abitativi.

2. Alle politiche per la prevenzione ed il trattamento delle dipendenze concorrono le attività ad integrazione socio-sanitaria come richiamate agli articoli 48 e seguenti del capo I del titolo IV.

Titolo VI - DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Capo I - Disposizioni finali e transitorie

Art. 62 - Regolamento

1. Con regolamento regionale, da approvarsi entro duecentosettanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono definiti:

a) relativamente alle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali soggette ad autorizzazione, ivi comprese quelle che erogano prestazioni inerenti alle aree d'integrazione socio-sanitaria:

1) i requisiti minimi strutturali e organizzativi;

2) le figure professionali (6) preposte alla direzione delle strutture;

3) i requisiti professionali per il personale addetto;

4) *abrogato*; (7)

5) i criteri per la composizione ed il funzionamento della commissione multidisciplinare, di cui all' articolo 20 , comma 3;

6) i requisiti previsti a pena di decadenza dell'autorizzazione, ai sensi dell' articolo 24 , comma 2;

b) relativamente alle strutture soggette all'obbligo di comunicazione di avvio di attività:

1) i requisiti organizzativi e di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni;

2) i requisiti organizzativi specifici;

3) le modalità di integrazione delle persone ospitate nelle strutture e nella rete dei servizi sociali e sanitari;

c) la composizione e la procedura per la nomina della commissione regionale per le politiche sociali;

d) i livelli di formazione scolastica e professionale per gli operatori sociali impiegati nelle attività del sistema integrato.

Art. 63 - Norme transitorie

1. I procedimenti per l'autorizzazione di strutture residenziali e semiresidenziali in corso alla data di entrata in vigore del regolamento, di cui all' articolo 62 , sono conclusi sulla base delle leggi regionali abrogate dalla presente legge *entro il termine massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del medesimo regolamento.* (8)

2. Fino all'approvazione del piano integrato sociale regionale ai sensi dell' articolo 27 , mantiene la propria validità il piano integrato sociale regionale di cui alla deliberazione del Consiglio regionale 24 luglio 2002, n. 122 (Piano integrato sociale regionale 2002-2004) e successivi aggiornamenti.

3. Gli atti amministrativi regionali, anche a carattere transitorio, approvati entro la data di entrata in vigore della presente legge mantengono la propria validità.

Art. 64 - Modifiche all' articolo 35 della l.r. 43/2004

1. Il comma 1 dell' articolo 35 della legge regionale 3 agosto 2004, n. 43 (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza "IPAB". Norme sulle aziende pubbliche di servizi alla persona. Disposizioni particolari per la IPAB "Istituto degli Innocenti di Firenze") è abrogato.

Art. 65 - Abrogazioni

1. Sono abrogate le seguenti leggi e disposizioni:

a) legge regionale 27 marzo 1980, n. 20 (Interventi a favore delle persone non autosufficienti);

b) legge regionale 16 aprile 1980, n. 28 (Idoneità delle strutture di ospitalità e dei nuclei affidatari o ospitanti);

c) legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati), ad esclusione dell'articolo 21, le cui disposizioni continuano ad applicarsi nei confronti di ciascuna IPAB fino alla conclusione del relativo procedimento di trasformazione previsto dalla legge regionale 3 agosto 2004, n. 43 (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza "I PAB". Norme sulle aziende pubbliche di servizi alla persona. Disposizioni particolari per la IPAB "Istituto degli Innocenti di Firenze");

d) articolo 13 della legge regionale 12 gennaio 2000, n. 2 (Interventi per i popoli Rom e Sinti).

Note

1. Parole inserite con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 1.
2. Parole inserite con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 2.
3. Parole aggiunte con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 2.
4. Articolo così sostituito con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 3.
5. Comma inserito con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 4.
6. Parole soppresse con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 5.
7. Numero abrogato con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 5.
8. Parole aggiunte con l.r. 12 novembre 2007, n. 57, art. 6.
9. Comma aggiunto con l.r. 16 novembre 2007, n. 59, art. 10.
10. Parole aggiunte con l.r. 27 dicembre 2007, n. 69, art. 23.



COMUNE DI LIVORNO
25 SET. 2015
ARCHIVIO GENERALE

Comune di Livorno

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE

- estratto dal processo verbale -

Oggetto: RINNOVO DELLA CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE DEI COMUNI DELLA ZONA LIVORNESE EX ART. 30 TUEL. APPROVAZIONE.

N. 255 del 22 settembre 2015

L'anno duemilaquindici, il giorno 22 del mese di settembre alle ore 15.00 nella Residenza Comunale di Livorno, nella sala delle adunanze, si è riunito, alla presenza della Presidente Giovanna Cepparello, il Consiglio Comunale, legalmente convocato, in seduta straordinaria.
All'appello hanno risposto i seguenti Consiglieri:

COMPONENTI N. 33

	PRES.	ASS.		PRES.	ASS.
1- Nogarin Filippo(Sindaco)	X		18- Marchetti Edoardo	X	
2- Grillotti Giuseppe	X		19- Meschinelli Nicola		X
3- Bastone Francesco	X		20- Galigani Marco	X	
4- Fuoti Giovanni		X	21- Caruso Pietro	X	
5- La Fauci Corrado	X		22- Ruggeri Marco		X
6- Sarais Valter		X	23- De Filicaia Jari	X	
7- Miletì Maria Cristina		X	24- Martelli Marco	X	
8- Rossi Alessandra		X	25- Bini Cristina	X	
9- Galli Daniele	X		26- Ciampini Alessio	X	
10- Barbieri Mirko		X	27- Ria Monica		X
11- Esposito Daniele		X	28- Amato Elisa	X	
12- Simoncini Serena	X		29- Raspanti Andrea	X	
13- Pecoretti Sandra	X		30- Cepparello Giovanna	X	
14- Agen Federico		X	31- Bruciati Marco	X	
15- Batini Alessio		X	32- Cannito Marco	X	
16- Mazzacca Alessandro		X	33- Valiani Marco	X	
17- Lenzi Barbara		X			
			totale	20	13

Assiste il Segretario Generale dr. Giuseppe Ascione.

La Presidente, riconosciuto legale il numero dei Consiglieri presenti per validamente deliberare, dichiara aperta la seduta.

Come scrutatori vengono designati i Sigg.: Valiani, Bastone e Galigani.

22 sett. 2015

Prot. N. 255

OGGETTO: RINNOVO DELLA CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE DEI COMUNI DELLA ZONA LIVORNESE EX ART.30 DEL TUEL – APPROVAZIONE.

OGGIA

ESIBILE

IL CONSIGLIO COMUNALE

PREMESSO

che fin dal 2005 i Comuni della zona-distretto Livornese, Livorno, Collesalveti e Capraia Isola, gestiscono in forma associata, mediante convenzione sottoscritta ai sensi dell'art.30 del TUEL e dal ultimo rinnovata per il triennio 2013-2015, le funzioni e i servizi di assistenza sociale territoriale di cui sono titolari;

VISTI:

il D.Lgs n. 267 del 18/08/2000 (Testo Unico delle Leggi sull'ordinamento degli Enti Locali) ed in particolare la disciplina delle forme associative tra enti locali mediante Convenzione, di cui all'art. 30;

Il D.L. 31/05/2010 n.78, come convertito con modificazioni dalla L.30/07/2011 n.122, con particolare riferimento alle disposizioni concernenti l'individuazione delle funzioni fondamentali dei comuni, tra cui quelle inerenti l'organizzazione e la gestione del sistema locale dei servizi sociali, e le relative modalità di esercizio, di cui all'art.14 c.28;

La vigente normativa nazionale in materia di integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento al D.P.C.M del 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di integrazione socio sanitaria" ed al D.P.C.M. del 29/11/2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria, come da ultimo modificato dal D.P.C.M 28/11/2003 e 23/04/2008;

La LR n. 68 del 27 dicembre 2011 "Norme sul sistema delle autonomie locali", con particolare riferimento alle disposizioni di cui al capo IV , concernenti l'esercizio associato di funzioni fondamentali;

La L.R. 14 febbraio 2005 n. 41, ad oggetto il sistema integrato di servizi e interventi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, come da ultimo modificata dalla LR n.45/2014;

La LR 14 febbraio 2005 n. 40, "disciplina dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", come da ultimo modificata dalle L.R. n.44/2014, con particolare riferimento alle disposizioni inerenti l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria in ambito zonale di cui all'art. 70 bis;

La LR n.28 del 16/03/2015, recante disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR;

La Deliberazione di Consiglio Comunale n. 121 del 16/07/2012, ad oggetto il rinnovo della convenzione disciplinante la gestione associata degli interventi e servizi di assistenza sociale dei Comuni della zona livornese mediante delega al Comune Capofila di Livorno per il triennio 2013-2015;

La Deliberazione del Consiglio Comunale n.223/2014, con la quale il Consiglio Comunale prende atto dello scioglimento e messa in liquidazione volontari del Consorzio SdS della zona livornese di cui alla citata Deliberazione Assemblea dei Soci 28 ottobre 2014 n.4, riservandosi di approvare gli atti di regolazione della successione nelle relative funzioni, tra cui quelle di assistenza sociale a rilevanza sanitaria di competenza comunale,

CONSIDERATO che la Convenzione disciplinante l'esercizio associato approvata con la sopra citata Deliberazione Consiliare n. 121/2012, sottoscritta ai sensi dell'art. 30 del TUEL ed in coerenza con la LR 68/2011 e con la legislazione regionale di settore in data 12 ottobre 2012, è giunta a scadenza naturale;

CONSIDERATO che in forza dell'art. 56 della citata L.R. n.68/2011, che prevede che l'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni in materia di servizi sociali sia disciplinato dalla legislazione regionale di settore,

CONSIDERATO che l'art.33 della L.R. n.41/2005 disciplinante il sistema di interventi e servizi sociali individua la zona-distretto quale ambito territoriale ottimale per l'integrazione socio-sanitaria, nonché per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale sociale dei Comuni e per la gestione associata del relativo sistema locale d'offerta;

CONSIDERATO che l'art. 36 bis della sopra-citata L.R. n.41/2005 prevede che i Comuni assicurino l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale mediante Unione o Convenzione e che la programmazione regionale incentivi il medesimo esercizio associato riservando alla stessa incentivazione quote di risorse del Fondo Sociale Regionale;

CONSIDERATO che in forza dell'art. 54 c.2 della LR n.68/2011, il Comune di Capraia Isola, per l'esercizio associato obbligatorio delle funzioni fondamentali, ed in deroga alle disposizioni generali della stessa legge, non è obbligato a partecipare all'aggregazione di Comuni nella dimensione territoriale adeguata di cui al comma 1 del medesimo articolo;

VISTA la bozza di Convenzione disciplinante l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni della Zona Livornese, come elaborata dal competente Settore Politiche sociali ai fini del rinnovo del rapporto associativo in scadenza e della contestuale e necessaria armonizzazione dell'articolato con le sopravvenute modifiche della legislazione regionale di settore, ed allegata alla presente Deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale (Sub. Allegato 2);

CONSIDERATO che il proposto rinnovo della Convenzione associativa rappresenta l'ultimo degli atti di consolidamento della partnership interistituzionale che si rendono necessari ai fini della strutturazione del nuovo sistema di governance della rete di assistenza zonale, così come prefigurato in funzione dello scioglimento e del completo superamento del consorzio SdS locale in attuazione degli obiettivi del DUP;

CONSIDERATO inoltre che l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali di programmazione e realizzazione del sistema di interventi e servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni di assistenza sociale nell'ambito zonale di riferimento è condizione per promuovere l'esigibilità di livelli di assistenza appropriati, uniformi ed omogenei sul territorio dei comuni interessati unitamente alla sostenibilità del relativo sistema d'offerta, in funzione dell'estensione dei diritti di cittadinanza sociale della comunità territoriale locale;

RITENUTO pertanto necessario continuare a garantire l'esercizio delle funzioni fondamentali di assistenza sociale e la gestione delle relative attività in forma associata, promuovendone il governo unitario e la più alta integrazione con gli interventi e le attività socio-sanitarie e sanitarie territoriali di competenza del Servizio Sanitario Regionale, così come previsto dalla bozza di Convenzione allegata e parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione;

VISTO il Regolamento del Consiglio Comunale approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 4 del 21/01/2003 e successive modifiche e integrazioni;

VISTI i pareri espressi ai sensi dell'art. 49 del D. Lgs. 267/2000 che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;

DELIBERA

1. Di dare continuità all'esercizio in forma associata delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni dell'ambito territoriale della Zona-distretto livornese (Livorno, Collesalveti e Capraia-Isola) procedendo al rinnovo della Convenzione disciplinante il rapporto associativo ai sensi dell'art. 30 del TUEL;

2. Di approvare, per le finalità di cui al punto 1 del dispositivo, la Convenzione disciplinante l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni della zona Livornese per il triennio 2016-2018, come allegata e parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione (Sub. Allegato 2);
3. Di pubblicare la presente deliberazione all'albo pretorio telematico per la durata di 15 giorni, in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14 del Regolamento relativo alla disciplina dell'attività amministrativa, del procedimento e dell'accesso agli atti e ai documenti approvato con Deliberazione del C.C. n.14 del 25/02/1994 e del Disciplinare per la gestione dell'Albo pretorio on line approvato con Deliberazione G.C. n.10/2012.

22 SETTEMBRE 2015

La Presidente invita i Componenti del C.C. a procedere alla votazione – palese elettronica – del sopra riportato schema di delibera.

La votazione offre il seguente risultato:

- Componenti assegnati n. 33
- Componenti presenti n. 27 (Amato, Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Cannito, Caruso, Cepparello, Ciampini, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Meschinelli, Mileti, Nogarin, Pecoretti, Raspanti, Rossi, Sarais, Simoncini e Valiani)
- Componenti votanti n. 22 (Amato, Barbieri, Bastone, Bini, Cannito, Caruso, Ciampini, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, La Fauci, Marchetti, Martelli, Meschinelli, Mileti, Pecoretti, Raspanti, Rossi, Sarais, Simoncini)
 - Voti favorevoli n. 22 (Amato, Barbieri, Bastone, Bini, Cannito, Caruso, Ciampini, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, La Fauci, Marchetti, Martelli, Meschinelli, Mileti, Pecoretti, Raspanti, Rossi, Sarais, Simoncini)
 - Astenuti n. 1 (Cepparello)

Il Sindaco Nogarin e i consiglieri Batini, Grillotti e Valiani non hanno espresso alcuna opzione di voto.

E pertanto, con il risultato di cui sopra – accertato e proclamato dalla Presidente con l'assistenza degli scrutatori – la delibera relativa all'oggetto è approvata.

22 SETTEMBRE 2015

La Presidente propone – ai sensi dell'art. 134 co. 4 D. Lgs. 267/2000 – la immediata esecuzione del presente provvedimento.

La votazione offre il seguente risultato:

- Componenti assegnati n. 33
- Componenti presenti n. 25 (Amato, Barbieri, Bastone, Bini, Cannito, Caruso, Cepparello, Ciampini, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, La Fauci, Marchetti, Martelli, Meschinelli, Mileti, Nogarin, Pecoretti, Raspanti, Rossi, Sarais, Simoncini e Valiani)
- Componenti votanti n. 20 (Amato, Barbieri, Bastone, Bini, Caruso, Ciampini, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, La Fauci, Marchetti, Martelli, Meschinelli, Mileti, Pecoretti, Rossi, Sarais, Simoncini)
 - Voti favorevoli n. 20 (Amato, Barbieri, Bastone, Bini, Caruso, Ciampini, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, La Fauci, Marchetti, Martelli, Meschinelli, Mileti, Pecoretti, Rossi, Sarais, Simoncini)
 - Astenuti n. 1 (Cepparello)

Il Sindaco Nogarin e i consiglieri Cannito, Raspanti e Valiani non hanno espresso alcuna opzione di voto.

La proposta è accolta.

Allegato I, parte integrante della Delibera di C.C. n. 255 del 22-08-2015

Oggetto: RI NUOVO DELLA CONVENZIONE PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE DEI COMUNI DELLA ZONA LIVORNESE & ART. 30 DEL TUEL. APPROVAZIONE.

PARERE EX ART. 49 D.LGS. 267/2000

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA

Per quanto attiene alla regolarità dell'atto:

- si esprime non si riscontrano aspetti contrari alla regolarità tecnica
- si esprime parere favorevole
- si esprime parere sfavorevole con la seguente motivazione

Il Dirigente/Funziionario delegato -
Responsabile del servizio
(timbro e firma)

Serie P...

Il Dirigente
U. Org. e Servizi Sociali

La data, 3/8/2015

PARERE DI REGOLARITÀ CONTABILE

Per quanto attiene alla regolarità dell'atto:

- si esprime non si riscontrano aspetti contrari alla regolarità contabile
- si esprime parere favorevole *nei limiti degli stanziamenti previsti nel Bilancio 2015/17*
- si esprime parere sfavorevole con la seguente motivazione

Il Direttore di Ragioneria
(timbro e firma)

IL DIRIGENTE
SERVIZI FINANZIARI
SOCIETÀ E PARTECIPAZIONI
Dott. Nicola Falleni

La data, 10/9/15

Allegato 2

**CONVENZIONE TRA I COMUNI DELLA ZONA LIVORNESE
PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE**

D.C. N. 255
del 22.9.2015

L'annoil giornodel mese di, presso il palazzo municipale del
Comune di Livorno, in Livorno

TRA I COMUNI DI

Collesalveti, rappresentato da.....;

Capraia-Isola, rappresentato da.....;

Livorno, rappresentato da.....;

VISTI E RICHIAMATI

Il D.lgs n. 267 del 18 agosto 2000 "Testo Unico delle Leggi sull'ordinamento degli enti locali", ed in particolare l'art. 30, disciplinante la costituzione di forme associative tra enti locali mediante Convenzione;

Il D.L. 31/05/2010 n.78, come convertito con modificazioni dalla L.30/07/2011 n.122, con particolare riferimento alle disposizioni concernenti l'individuazione delle funzioni fondamentali dei comuni, tra cui quelle inerenti alla gestione del sistema locale dei servizi sociali, e le relative modalità di esercizio, di cui all'art.14 c.28;

La LR n. 68 del 27 dicembre 2011 "Norme sul sistema delle autonomie locali", con particolare riferimento alle disposizioni concernenti l'esercizio associato di funzioni fondamentali di cui al capo IV della suddetta Legge e all'art. 56, che prevede che l'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni in materia di servizi sociali sia disciplinato dalla legislazione regionale di settore,

La L.R. 14 febbraio 2005 n. 41, ad oggetto il sistema integrato di servizi e interventi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, come da ultimo modificata dalla LR n.45/2014, con particolare riferimento all'art.33, che individua la zona-distretto quale ambito territoriale ottimale per l'integrazione socio-sanitaria, per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale sociale dei Comuni e per la gestione associata del sistema locale di interventi e servizi sociali, e l'art. 36 bis, che dispone che i Comuni assicurino l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale mediante Unione o Convenzione prevedendo l'incentivazione del medesimo esercizio associato;

La LR 14 febbraio 2005 n. 40, "disciplina del Servizio Sanitario Regionale", come da ultimo modificata dalle L.R. n.44/2014, con particolare riferimento alle disposizioni inerenti l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria in ambito zonale di cui all'art. 70 bis;

La Convenzione disciplinante la gestione in forma associata delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni della zona, come da ultimo rinnovata e sottoscritta per il triennio 2013-2015 in data 15 ottobre 2012 e attualmente giunta a scadenza naturale;

PREMESSO

Che fin dal 2005 i Comuni ricompresi nell'ambito territoriale della Zona-Distretto-livornese (Livorno, Collesalveti e Capraia Isola), gestiscono in forma associata, mediante convenzione sottoscritta ai sensi dell'art.30 del TUEL e da ultimo rinnovata per il triennio 2013-2015, le funzioni e i servizi di assistenza sociale di cui sono titolari;

Che in forza dell'art. 54 c.2 della LR n.68/2011, il Comune di Capraia Isola, per l'esercizio associato obbligatorio delle funzioni fondamentali, ed in deroga alle disposizioni generali della stessa legge,

non è obbligato a partecipare all'aggregazione di Comuni nella dimensione territoriale adeguata di cui al comma 1 del medesimo articolo;

Che l'esercizio in forma associata delle funzioni fondamentali di programmazione e realizzazione del sistema di interventi e servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni di assistenza sociale nell'ambito zonale di riferimento è condizione per promuovere l'esigibilità di livelli di assistenza appropriati, uniformi ed omogenei sul territorio dei comuni interessati e la sostenibilità del relativo sistema d'offerta in funzione dell'estensione dei diritti di cittadinanza sociale della comunità territoriale locale;

Che è volontà condivisa dai Comuni della Zona-Distretto Livornese continuare a garantire l'esercizio delle funzioni fondamentali di assistenza sociale e la gestione delle relative attività in forma associata, promuovendone il governo unitario e la più alta integrazione con gli interventi e le attività socio-sanitarie e sanitarie territoriali di competenza del Servizio Sanitario Regionale,

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 - FINALITA'

1. I Comuni di Livorno, Collesalveti e Capraia Isola (d'ora in poi Comuni firmatari) stipulano la presente convenzione al fine di promuovere il consolidamento, lo sviluppo e la sostenibilità del sistema locale di interventi e servizi sociali e l'omogeneità, uniformità e appropriatezza dei relativi livelli di assistenza e cittadinanza sociale nell'ambito territoriale della Zona-distretto livornese di cui alla LR. 40/2005.
2. Per il conseguimento della finalità generale di cui al comma 1 costituiscono finalità specifiche della presente Convenzione:
 - La rispondenza della programmazione degli obiettivi di servizio ai bisogni del territorio;
 - La piena integrazione organizzativa del sistema d'offerta dei servizi e interventi sociali di competenza dei Comuni firmatari e l'esercizio in forma coordinata ed unitaria di tutte le connesse funzioni amministrative;
 - La disciplina unitaria ed equa del sistema di accesso e dei criteri di compartecipazione al costo dei servizi e delle prestazioni di assistenza sociale;
 - Il miglioramento degli standard di qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni attivabili nell'ambito dei percorsi assistenziali individuali, con particolare riferimento all'omogeneità delle opportunità di accesso, all'uniformità degli standard di qualità dell'offerta e al grado di efficacia delle risposte;
 - la realizzazione di economie di scala e la promozione di soluzioni organizzative e gestionali innovative;
 - Il monitoraggio costante dei risultati degli interventi sotto il profilo dell'outcome e dell'output ed il controllo della relativa spesa.

ART. 2 - OGGETTO

1. La presente Convenzione ha ad oggetto la disciplina dei rapporti che si instaurano tra i Comuni firmatari per l'esercizio in forma associata, nell'ambito territoriale della Zona-Distretto livornese, delle funzioni amministrative relative alla programmazione, organizzazione, e gestione operativa unitaria della totalità degli interventi e servizi di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria di cui sono titolari, come puntualmente individuati al successivo art.3.
2. Con riferimento agli interventi e servizi di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria di cui al c.1 la presente convenzione disciplina in particolare le modalità di esercizio in forma coordinata, associata ed unitaria delle sotto indicate funzioni:
 - a. Indirizzo, pianificazione strategica e programmazione attuativa pluriennale ed annuale degli obiettivi di servizio, ivi incluse le implicate attività di valutazione, monitoraggio e controllo degli interventi programmati e della relativa spesa;

- b. Organizzazione e Regolazione del sistema locale di produzione e offerta, con particolare riferimento alla definizione dei relativi percorsi assistenziali e dei criteri di accesso e compartecipazione al costo dei servizi e delle prestazioni sociali;
- c. Progettazione e Gestione unitaria dei servizi e delle attività di assistenza ed erogazione delle relative prestazioni;

ART. 3 – INTERVENTI E SERVIZI OGGETTO DI GESTIONE ASSOCIATA

1. I Comuni firmatari assicurano secondo le modalità definite dalla presente convenzione in conformità con la L.R. n.68/2011, l'esercizio coordinato ed associato delle funzioni e la gestione unitaria degli interventi e servizi di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria rivolti agli aventi diritto residenti e/o presenti sul territorio dei comuni della Zona di seguito indicati:

A) Interventi e servizi per la tutela dell'infanzia e delle responsabilità familiari:

- Segretariato sociale (servizio per la prima accoglienza, l'informazione e l'orientamento della domanda);
- Sportelli e Centri informa-giovanì;
- Assistenza sociale di base (servizio di counselling e presa in carico professionale mediante la predisposizione, il monitoraggio e la verifica dei Progetti di assistenza personalizzati – PAP-);
- Attuazione dei provvedimenti dell'A.G.M.;
- Servizi di promozione e supporto dell'affidamento familiare di minori (Centro affidi e adozioni);
- Servizi specialistici per lo svolgimento di incontri protetti (spazio neutro);
- Erogazione di buoni-acquisto e contributi economici per la tutela della maternità, della prima infanzia, e della positiva crescita dei minori;
- Assistenza domiciliare sociale a sostegno delle responsabilità familiari dei nuclei in situazione di disagio sociale con minori a carico;
- Assistenza educativa domiciliare per l'integrazione e il supporto delle funzioni genitoriali e la promozione delle competenze educative e di cura;
- Centri di aggregazione a ciclo diurno per minori, adolescenti e giovani;
- Erogazione di stages e servizi educativi di orientamento e pre-formazione professionale per adolescenti a rischio di esclusione sociale e lavorativa;
- Erogazione di contributi di sostegno alle famiglie affidatarie;
- Assistenza socio-educativa in Comunità a dimensione familiare, Case di accoglienza per madri gestanti o con bambino ed altre strutture socio-educative per la tutela dei minori a rischio di trascuratezza e abbandono, pubbliche o private accreditate;
- Gestione di Progetti e interventi previsti dalla programmazione zonale dei firmatari comuni associati riconducibili agli obiettivi di servizio di cui al c.1 lett. A del presente articolo e/o finalizzati alla prevenzione del disagio minorile e all'educazione non formale di adolescenti e giovani.

B) Interventi e servizi per il sostegno della ridotta autonomia di anziani e disabili:

- Segretariato sociale (servizio per la prima accoglienza, l'informazione e l'orientamento della domanda);
- Assistenza sociale di base (servizio di counselling e presa in carico professionale mediante la predisposizione, il monitoraggio e la verifica dei PAP);
- Telesorveglianza e teleassistenza;
- Erogazione di contributi e/o rimborsi per l'abbattimento di barriere architettoniche nelle civili abitazioni e nei relativi condomini;
- Fornitura di ausili per gli apprendimenti degli alunni disabili;
- Assistenza domiciliare di prossimità;
- Assistenza domiciliare tutelare e/o di sostegno all'autonomia personale e alle responsabilità di cura dei nuclei familiari con disabili a carico;
- Erogazione di contributi e/o Voucher per assistenza personale e/o familiare;
- Servizi di trasporto sociale per la mobilità delle persone disabili;
- Assistenza educativa per l'integrazione scolastica degli alunni disabili con handicap;

- Erogazione di stages di pre-formazione e formazione in situazione con "borsa-lavoro" per il sostegno attivo all'inserimento sociale e lavorativo dei disabili con handicap;
- Assistenza in centri diurni di aggregazione e socializzazione, pubblici e/o privati accreditati;
- Integrazione della retta di frequenza di parte sociale in centri e strutture socio-riabilitative a ciclo diurno, pubbliche e/o private accreditate;
- Assistenza residenziale in strutture di ricovero a prevalente accoglienza alberghiera, pubbliche e/o private accreditate;
- Integrazione della retta di ricovero di parte sociale in RSA, CAP e strutture socio-riabilitative per disabili e non autosufficienti, pubbliche e/o private accreditate;
- Gestione dei Progetti e degli interventi innovativi riconducibili agli obiettivi di servizio di cui al c.1- lett. B del presente articolo previsti dalla programmazione zonale dei firmatari comuni associati.

C) Interventi e servizi di contrasto delle povertà e alte marginalità sociali delle persone a rischio di esclusione:

- Segretariato sociale (servizio per la prima accoglienza, l'informazione e l'orientamento della domanda);
- servizi di intermediazione e mediazione linguistico culturale per stranieri di recente immigrazione;
- Assistenza sociale di base (servizio di counselling e presa in carico professionale mediante la predisposizione, il monitoraggio e la verifica dei PAP);
- Servizio di mensa sociale per il soddisfacimento dei bisogni non contingibili e urgenti delle persone in condizioni di grave disagio economico;
- Servizi di unità di strada per la riduzione del danno dei soggetti con dipendenze da droghe e/o alcool e/o per la prevenzione dell'abuso di sostanze nei luoghi di intrattenimento giovanile;
- Assistenza economica ad integrazione e sostegno del reddito mediante l'erogazione di contributi, buoni e card ricaricabili per l'acquisto di prodotti alimentari e di uso domestico;
- Assistenza domiciliare a sostegno degli adulti in condizioni di svantaggio e/o alta marginalità sociale;
- Erogazione di stages con borsa-lavoro per il sostegno attivo all'inserimento e/o reinserimento lavorativo di adulti in condizione di svantaggio sociale;
- Laboratori e servizi socio-riabilitativi per detenuti e soggetti a misure alternative alla detenzione;
- Assistenza in centri di accoglienza diurna a bassa soglia per soggetti con dipendenze e/o in situazione di alta marginalità sociale;
- assistenza in strutture di pronta e temporanea accoglienza per persone senza fissa dimora;
- Assistenza residenziale in strutture comunitarie a prevalente accoglienza alberghiera per persone in situazione di svantaggio e marginalità sociale;
- Gestione dei Progetti e degli interventi innovativi riconducibili agli obiettivi di servizio di cui al c.1 lett.C del presente articolo previsti dalla programmazione zonale dei firmatari comuni associati.

2. I servizi e le attività di assistenza di cui al comma 1 rappresentano il nucleo costitutivo del sistema di assistenza sociale del territorio della zona-distretto livornese e le risorse impiegate per coprirne i costi, così come risultanti a consuntivo dell'ultimo esercizio, ne determinano la dotazione finanziaria iniziale;

ART. 4 - DURATA

1. La presente Convenzione ha durata triennale a far data dalla sottoscrizione dell'Atto ed è rinnovabile per un ulteriore ed uguale periodo di tempo, previa adozione di apposito atto dei competenti Consigli Comunali.
2. La presente Convenzione opera in continuità con la convenzione disciplinante la gestione associata degli interventi e servizi sociali della zona livornese da ultimo rinnovata per il triennio 2013-2015.

ART. 5 – ESERCIZIO DELLE FUNZIONI GESTIONALI MEDIANTE DELEGA

1. Per le finalità e agli effetti della presente Convenzione, i Comuni firmatari individuano nel Comune Capofila di Livorno l'ente responsabile della gestione unitaria mediante delega dei servizi e attività di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria di cui al precedente art.3.
2. Il delegato Comune Capofila di Livorno assicura la gestione unitaria dei servizi e delle attività di assistenza di cui al precedente art.3 mediante la propria competente Unità Organizzativa, cui sono attribuite tutte le relative funzioni e responsabilità gestionali ed ogni competenza istruttoria, decisoria, organizzativa e direttiva riguardante l'attuazione degli obiettivi programmati e la gestione delle connesse attività di produzione e erogazione dei servizi e delle prestazioni assistenziali, in luogo degli uffici dei singoli comuni.
3. I Comuni firmatari esercitano in forma associata, coordinata e collegiale, con le modalità di cui al successivo art.6, le funzioni istituzionali di indirizzo politico, programmazione, valutazione e controllo del sistema locale di interventi e servizi di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria gestiti unitariamente mediante delega.

ART. 6 – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONI DELL' ORGANO COMUNE DI GOVERNO

1. I Comuni firmatari individuano l'organo comune titolare delle funzioni istituzionali di governo (indirizzo, programmazione e controllo) della gestione associata di cui all'art.5 nella Conferenza Zonale dei Sindaci, come istituita dall'art.34 della L.R. n.41/2005 e costituita dai Sindaci dei singoli comuni della Zona-distretto livornese e/o dagli assessori competenti per materia da questi permanentemente delegati.
2. Competono alla conferenza dei Sindaci, nell'esercizio delle attribuite responsabilità di governo della gestione associata, le funzioni di indirizzo politico, programmazione e controllo del sistema di interventi e servizi di assistenza sociale e sociale e rilevanza sanitaria del territorio della zona livornese, con particolare riferimento allo svolgimento dei seguenti compiti fondamentali:
 - a. Approvazione del Piano di inclusione sociale zonale (PIZ) di cui all'art.29 della LR n.41/2005, dei relativi aggiornamenti annuali e di ogni ulteriore atto di pianificazione strategica e programmazione attuativa, pluriennale ed annuale, riguardante gli obiettivi di servizio e le attività gestite in forma associata mediante delega;
 - b. Approvazione del rendiconto annuale della gestione associata;
 - c. Adozione e inoltro ai competenti Consigli Comunali delle proposte di aggiornamento del regolamento unico dei criteri di accesso e compartecipazione al costo dei servizi di assistenza sociale di cui al successivo art. 9;
 - d. Adozione di ogni ulteriore atto di regolazione del sistema di produzione e offerta dei servizi di assistenza sociale zonale, tra cui quelli di definizione dei percorsi assistenziali;
 - e. Approvazione di ogni progetto e o programma d'intervento che comporti nuovi impegni finanziari a carico dei Comuni associati e/o integrazioni e modifiche della programmazione del PIZ;
 - f. Valutazione dell'offerta di servizi e livelli essenziali di assistenza e cittadinanza sociale assicurati ai residenti in zona;
 - g. Valutazione dei risultati delle azioni programmate e del relativo impatto sullo stato di salute della comunità locale;
 - h. Attivazione e condotta dei processi partecipativi della cittadinanza attiva e di concertazione con le parti sociali relativi al sistema di assistenza sociale zonale;
 - i. Approvazione degli atti di indirizzo e orientamento politico inerenti all'offerta di servizi di assistenza sociale di ambito zonale e la relativa gestione;
3. Compete altresì alla Conferenza zonale dei Sindaci promuovere la necessaria integrazione tra le attività di assistenza sociale oggetto della presente convenzione e le attività di assistenza socio-sanitaria e sanitaria territoriale di competenza del SSR, disciplinando, nelle forme e con le modalità disposte dalla LR n.40/2005, i conseguenti rapporti di cooperazione con la A.usl di riferimento per l'esercizio delle funzioni e la gestione delle attività di integrazione socio-

sanitaria dell'ambito territoriale zonale previste dalla Legge e dagli Atti di programmazione regionale;

4. Il Piano di inclusione sociale zonale (PIZ) ed i relativi Piani-programma di aggiornamento annuale corredati dai relativi atti di pianificazione economico-finanziaria pluriennale ed annuale costituiscono il principale strumento di governo dell'esercizio associato e sono Atti fondamentali della Conferenza zonale dei Sindaci.
5. Il PIZ, contenente la pianificazione strategica degli obiettivi di servizio e la connessa programmazione attuativa pluriennale corredata dal relativo Piano economico-finanziario sostituisce ogni diverso atto di programmazione degli interventi e servizi di assistenza sociale dei singoli Comuni firmatari ed è approvato dalla Conferenza zonale dei Sindaci previa acquisizione del preventivo parere obbligatorio dei Consigli Comunali dei Comuni firmatari;

ART. 7 – FUNZIONAMENTO DELL' ORGANO COMUNE DI GOVERNO

1. I componenti dell'organo Comune di governo di cui all'art 5 c.1 concorrono alle decisioni inerenti l'esercizio associato, ciascuno con le quote di partecipazione decisionale spettanti in base alle dimensioni demografiche del comune rappresentato, come pre-determinate ed aggiornate periodicamente ai sensi del vigente regolamento della Conferenza zonale dei sindaci e di seguito quantificate per la prima annualità di vigenza della presente convenzione:

Componenti Conferenza Zonale Sindaci	Popolazione residente al 1/1/2014	quote di partecipazione decisionale
Sindaco Comune Livorno	160.512	90,29
Sindaco Comune Collesalveti	16.843	9,47
Sindaco Comune Capraia-Isola	413	0,23
Totale	177.768	100

6. Le sedute dell'organo comune di governo di cui all'art.5 c.1 sono valide qualora sia presente la maggioranza dei componenti, nonché, obbligatoriamente, il rappresentante del delegato Comune capofila, che lo presiede di diritto;
7. Le decisioni sono validamente assunte con il voto favorevole della maggioranza dei presenti e la rappresentanza della maggioranza delle quote di partecipazione decisionale.
8. Le funzioni di assistenza tecnica e giuridico-amministrativa all'organo di governo comune nell'esercizio delle funzioni di cui all'art. 5 comma 2 sono svolte da un apposito ufficio di staff costituito dal dirigente della struttura organizzativa del comune capofila responsabile della gestione associata o suo delegato e dal personale dipendente provvisto della necessaria esperienza e competenza tecnica assegnatogli allo scopo, organicamente o funzionalmente, dai singoli comuni associati, come nominato dall'organo comune di governo su designazione del medesimo dirigente;
9. Lo staff di assistenza tecnica e giuridico-amministrativa di cui al comma 7 coincide con la struttura di supporto tecnico e giuridico amministrativo della Conferenza zonale dei Sindaci della zona livornese, risponde al suo Presidente nell'espletamento delle medesime funzioni, ed è titolare delle seguenti attribuzioni:
 - a. Segreteria della Presidenza
 - b. Istruttoria degli Atti e delle Deliberazioni di competenza della Conferenza zonale;
 - c. Verbalizzazione e assistenza giuridico-amministrativa nel corso delle sedute;
 - d. Controllo, pubblicazione, trasmissione e tenuta degli atti della Conferenza zonale;
 - e. Gestione delle banche-dati e dei flussi informativi, contabili ed extracontabili riguardanti gli interventi e le attività in gestione associata;
 - f. Gestione delle attività di rendicontazione contabile ed extracontabile;

- g. Elaborazione e redazione del PIZ e di ogni altro Atto di programmazione sociale zonale, pluriennale ed annuale;
 - h. Collaborazione alla predisposizione degli Atti di programmazione socio-sanitaria di livello zonale ed aziendale nelle forme e con le modalità previste dalla convenzione per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'art. 70 bis della LR 40/2005 della zona livornese e dal Regolamento di funzionamento della Conferenza aziendale dei Sindaci;
 - i. Supporto alla condotta dei processi partecipativi e di concertazione;
 - j. Espletamento di ogni altro adempimento necessario a garantire la funzionalità dell'organo di governo comune e di ogni altra attività o compito strumentale all'esercizio delle relative funzioni di programmazione zonale;
10. Per quanto non espressamente previsto dal presente articolo, il funzionamento dell'organo di governo comune dell'esercizio associato è disciplinato dal vigente regolamento interno della Conferenza zonale dei sindaci, come approvato dalla stessa Conferenza zonale, con cui coincide, in conformità con le disposizioni legislative regionali vigenti in materia;

ART. 8 MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLE DELEGATE FUNZIONI GESTIONALI

1. L'Unità Organizzativa responsabile della gestione dei servizi del sistema di assistenza sociale dei comuni della zona livornese e di ogni connessa attività strumentale e tecnica di supporto opera presso il delegato Comune capofila, dal quale dipende gerarchicamente secondo il relativo, vigente ordinamento organizzativo, ed è costituita dal personale appartenente all'organico del medesimo Comune capofila, come assegnato alla struttura medesima, nonché dal personale dipendente dagli altri comuni firmatari eventualmente comandato o comunque assegnato funzionalmente alla gestione associata dagli stessi comuni di appartenenza nelle forme previste dalla Legge;
2. Il Dirigente dell'Unità organizzativa di cui al c.1 è nominato e incaricato dal competente Sindaco del delegato Comune capofila, sentito il preventivo parere di tutti i componenti l'organo comune di governo di cui all'art.6, è responsabile della gestione associata ed unitaria dei servizi e delle attività di assistenza di cui al precedente art.3 ed assume la titolarità di ogni relativa competenza istruttoria, decisoria, organizzativa e direttiva in luogo degli uffici dei singoli Comuni firmatari;
3. Per gli effetti di cui al c.2, l'adozione dei provvedimenti amministrativi a rilevanza esterna inerenti ai servizi e alle attività di assistenza oggetto di gestione associata di cui all'art.3 competono esclusivamente al Dirigente della preposta Unità Organizzativa (d'ora in poi "Dirigente della gestione associata");
4. Nell'esercizio delle funzioni gestionali di cui al comma 2, il Dirigente della gestione associata:
 - a. cura l'elaborazione degli atti soggetti all'approvazione dell'organo comune di governo di cui all'art. 6 avvalendosi della competente struttura di staff ed è responsabile della relativa attuazione;
 - b. gestisce le attività di produzione e erogazione dei servizi e delle prestazioni del sistema di assistenza sociale in attuazione degli obiettivi e nel rispetto dei vincoli del Piano di inclusione sociale zonale e dei relativi Piani-programma di aggiornamento annuale, come approvati dall'organo di governo comune dell'esercizio associato su proposta dello stesso Dirigente.
 - c. Dirige ed organizza il personale assegnatogli per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, ivi incluso il personale comandato e/o comunque assegnato funzionalmente alla gestione associata dai Comuni firmatari di Collesalveti e Capraia-isola;
5. Per il conseguimento delle finalità e gli effetti della Presente Convenzione il Comune di Collesalveti si impegna a mettere a disposizione del delegato Comune capofila, nelle forme e con le modalità di assegnazione funzionale previste dalla Legge, un'unità di personale di Cat.D con adeguata esperienza e competenza tecnica da impiegarsi part-time per il 50% del suo orario di lavoro per lo svolgimento delle attività inerenti alla gestione associata dei servizi e

delle attività di assistenza sociale e per le connesse attività strumentali e di supporto tecnico all'esercizio delle relative funzioni di governo;

6. In deroga alle disposizioni dei precedenti comma e limitatamente all'erogazione di prestazioni economiche e/o assistenziali che rivestano carattere d'emergenza e urgenza, i compiti istruttori e gli adempimenti amministrativi privi di rilevanza esterna possono essere svolti anche mediante gli Uffici dei singoli Comuni, che in tal caso operano rispondendo direttamente e unicamente al Dirigente della gestione associata;

ART. 9 - DISCIPLINA UNITARIA DEL SISTEMA DI ACCESSO E COMPARTECIPAZIONE

1. I criteri e le modalità di accesso e compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi oggetto di gestione associata di cui all'art.3 della presente Convenzione sono disciplinati in modo omogeneo ed unitario dall'apposito Regolamento Unico di Zona, così come allegato e parte integrante e sostanziale della convenzione costitutiva del presente esercizio associato e successivamente aggiornato in sede di rinnovo del medesimo atto associativo;
2. Le modifica, le integrazioni e gli aggiornamenti del Regolamento Unico di cui al c. 1 sono approvate dall'organo comune di governo di cui al precedente art. 6 previa acquisizione del preventivo parere obbligatorio dei Consigli Comunali dei singoli Comuni firmatari competenti per l'adozione e sono soggette alla ratifica degli stessi Consigli Comunali in sede di rinnovo dell'Atto associativo;
3. I cittadini ammessi a fruire delle prestazioni socio-assistenziali di cui all'art. 3 partecipano al costo delle stesse commisuratamente alla propria capacità contributiva, come valutata sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di cui al D.lgs n.159/2013 e successivi provvedimenti attuativi risultante dalla relativa DSU;
4. La situazione economica dell'utente risultante dall'ISEE concorre alla valutazione della condizione di bisogno dell'utente unitamente agli ulteriori criteri di valutazione professionale e costituisce criterio per la valutazione delle priorità d'accesso ai servizi e agli interventi di assistenza sociale di cui all'art.3 della presente Convenzione;
5. L'entità delle rette di compartecipazione economica, delle soglie di agevolazione e delle eventuali soglie di accesso ai servizi oggetto di gestione associata di cui all'art.3, sono determinate e aggiornate nel dettaglio, in attuazione del Regolamento Unico di cui al c.1, dal delegato Comune capofila di Livorno su proposta del Dirigente della gestione associata preventivamente approvata dall'Organo di Governo Comune di cui all'art.6, tenendo conto dei costi effettivi dei servizi erogati;
6. Gli introiti derivanti dal concorso degli utenti alla copertura dei costi delle prestazioni di assistenza sociale di cui all'art. 3 costituiscono quota-parte delle risorse finanziarie rese disponibili dai comuni di residenza anagrafica dei medesimi cittadini-utenti e concorrono alla determinazione delle quote associative poste a carico degli stessi Comuni firmatari, di cui all'art. 11;

ART.10 – ATTIVITA' DI ASSISTENZA SOCIALE DI BASE E COORDINATORE SOCIALE UNICO

1. Il Servizio sociale di base dei Comuni firmatari è unico, è responsabile dell'accesso informato e consapevole al sistema di assistenza zonale e dell'appropriatezza dei relativi percorsi assistenziali ed assicura l'erogazione delle seguenti prestazioni di assistenza di base:
 - Segretariato sociale per la prima accoglienza e l'orientamento della domanda;
 - Presa in carico dei cittadini-utenti in condizione di disagio, subordinatamente alla preventiva valutazione del bisogno e mediante la predisposizione e il monitoraggio del conseguente progetto personalizzato di assistenza (PAP);

- Pronto intervento nelle situazioni di bisogno che rivestono carattere di emergenza e urgenza;
- 2. I presidi del Distretto socio-sanitario (Centri socio-sanitari) costituiscono il punto unico di accesso alle prestazioni di assistenza sociale di base di cui al c.1 e sono diffusi e distribuiti in modo omogeneo e proporzionato alle dimensioni demografiche sul territorio di tutti i Comuni firmatari in funzione della migliore accessibilità da parte della generalità dell'utenza;
- 3. Al fine di promuovere la regolazione dell'accesso e assicurare l'attivazione di percorsi assistenziali omogenei, appropriati e sostenibili, i Comuni firmatari assicurano il coordinamento operativo e professionale unitario delle attività di assistenza sociale di base della Zona-Distretto mediante il Coordinatore sociale unico individuato nell'organico del delegato Comune Capofila della gestione associata ed incaricato dal Dirigente della responsabile Unità Organizzativa.
- 4. L'attività di presa in carico è organizzata per aree di intervento omogenee e corrispondenti ai diversi percorsi assistenziali, in relazione alla tipologia di bisogno/rischio sociale dell'utenza:
 - Contrasto povertà (rischio di esclusione sociale),
 - Tutela dei minori (rischio di trascuratezza e abbandono),
 - Integrazione sociale della disabilità e della ridotta autonomia (rischio di dipendenza e non autosufficienza),
 - Sostegno della popolazione anziana (rischio di isolamento e non autosufficienza).
- 5. Le funzioni del Coordinatore sociale di zona-Distretto di cui all'art. 37 della LR n.41/2005 sono assolte dal Dirigente della gestione associata o suo delegato;

ART. 11 - RAPPORTI FINANZIARI E DETERMINAZIONE DELLE QUOTE ASSOCIATIVE

1. I Comuni firmatari concorrono a finanziare il sistema di interventi e servizi di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria oggetto della presente convenzione mediante:
 - a. la totalità delle risorse derivanti dal Fondo Sociale Regionale Ordinario destinato alla Zona, come alimentato dal Fondo Nazionale Politiche Sociali e dal Fondo regionale di assistenza sociale;
 - b. i contributi statali e regionali correlati e vincolati derivanti dai medesimi Fondi o comunque finalizzati alla realizzazione di progetti e interventi previsti dalla programmazione sociale zonale;
 - c. i proventi derivanti dalla compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni e dei servizi di assistenza sociale e sociale a rilevanza sanitaria oggetto della presente convenzione;
 - d. gli eventuali contributi regionali incentivanti la gestione in forma associata assegnati alla Zona ai sensi dell'art.36 bis LR 41/2005;
 - e. Le quote associative derivanti da risorse proprie dei bilanci dei singoli Comuni firmatari, così come poste a carico e destinate dagli stessi Comuni alla copertura dei costi imputabili alla gestione associata oggetto della presente convenzione;
2. Le quote associative di cui al c.1 lett. e sono determinate annualmente sulla base delle risorse complessivamente impiegate a pre-consuntivo e del fabbisogno zonale per l'esercizio successivo a quello in corso risultanti dagli atti di programmazione degli interventi e dei servizi oggetto di gestione associata di cui all'art.6 c.2 lett.a, e sono ripartite e poste a carico dei singoli Comuni tenendo conto dei seguenti criteri e proporzionalmente ai relativi parametri:
 - a. rispettive dimensioni demografiche, così come risultanti dalla percentuale di residenti (tot.residenti per comune / tot. popolazione residente in zona * 100);
 - b. effettivi consumi della popolazione, così come condizionati dall'indice di rischio sociale relativo ad ogni singolo territorio comunale ed indicati dalla percentuale di assorbimento della spesa per comune risultante dal pre-consuntivo della gestione associata relativo all'esercizio precedente a quello di riferimento (parametro correttivo);

3. I proventi derivanti dalla compartecipazione degli utenti residenti nei singoli Comuni e le risorse destinata a coprire i costi imputabili al personale dipendente eventualmente comandato o comunque assegnato alla gestione associata dai medesimi Comuni concorrono alla quantificazione della quota associativa resa disponibile da ciascun Comune;
4. Gli importi delle quote associative a carico dei singoli Comuni sono approvati dall'organo di governo Comune di cui all'art.6, di norma entro il 30 novembre di ogni anno, in sede di aggiornamento annuale del PIZ;
5. Ai fini della determinazione delle quote associative il Piano-programma di aggiornamento annuale del PIZ, corredato dal Piano economico-finanziario della gestione associata per l'esercizio successivo a quello in corso, dal pre-consuntivo della precedente gestione associata e dalla relativa relazione illustrativa, è predisposto ed inoltrato all'organo di governo Comune dal competente Direttore della gestione associata entro e non oltre il suddetto termine del 30 novembre e prevede ed indica chiaramente l'importo delle quote associative di competenza di ciascun Comune;
6. Una volta adottato dall'organo di governo Comune, il Piano-programma di cui al c. 4 è trasmesso ai singoli Comuni firmatari per gli adempimenti connessi alla formazione dei rispettivi Bilanci di previsione;

ART. 12 - MODALITA' DI TRASFERIMENTO E LIQUIDAZIONE DELLE QUOTE ASSOCIATIVE

1. All'inizio di ogni esercizio finanziario, e comunque entro e non oltre il 31 marzo, i Comuni deleganti di Collesalveti e Capraia-Isola trasferiscono al delegato Comune Capofila di Livorno la quota associativa dovuta a copertura dei costi della gestione associata per l'esercizio in corso al netto della quota-parte di risorse destinata a coprire la spesa imputabile al personale dipendente eventualmente comandato o comunque assegnato alla gestione associata;
2. I comuni Deleganti di Collesalveti e Capraia Isola si impegnano e provvedono a liquidare al delegato Comune Capofila di Livorno le risorse dovute e trasferite a titolo di quota associativa di cui al c. 1 con le seguenti modalità:
 - Il 70% all'inizio dell'esercizio finanziario e comunque entro e non oltre il 31 marzo;
 - Il restante 30% di norma contestualmente alle operazioni di ri-equilibrio di bilancio dei Comuni firmatari (31 luglio) e comunque entro e non oltre il 30 settembre;

ART. 13 - RECESSO

1. I singoli Comuni firmatari hanno facoltà di recedere anticipatamente dalla presente Convenzione con preavviso notificato con anticipo di almeno 3 mesi dal quale risultino le motivazioni sottese alla decisione, nei seguenti casi:
 - a. Comprovate e reiterate o gravi inadempienze e inosservanze degli obblighi e degli impegni assunti da parte di uno o più degli altri firmatari;
 - b. Modifiche della zonizzazione di cui alla LR 40/2005;
 - c. Ragioni di rilevante interesse pubblico;
2. Il recesso del Delegato Comune capofila di Livorno comporta il venir meno dell'esercizio associato e lo scioglimento del vincolo associativo di cui alla presente Convenzione secondo le modalità di cui al successivo art. 14;
3. In caso di recesso di un Comune diverso dal Delegato Comune Capofila dalla presente convenzione è facoltà dei Comuni non recedenti decidere se dare continuità all'esercizio associato o procedere allo scioglimento consensuale del vincolo associativo di cui all'art. 14;

4. Qualora in caso in caso di recesso di un Comune diverso dal capofila non si proceda allo scioglimento consensuale del vincolo associativo, gli enti firmatari provvedono nei tre mesi successivi al pre-avviso di cui al comma 1 a regolare le modalità di successione e subentro nei rapporti giuridici ed economico finanziari facenti capo all'ente recedente;
5. Fino all'approvazione dell'atto di regolazione di cui al c.4 l'ente recedente rimane comunque obbligato per gli impegni assunti per la gestione ordinaria degli interventi e servizi oggetto della presente Convenzione, oltre che per la corresponsione del 30% della propria quota residua di partecipazione ad eventuali spese pluriennali in corso di ammortamento;
6. L'atto di regolazione di cui al comma 4 è approvato dalla Conferenza zonale dei Sindaci previa acquisizione del parere obbligatorio dei Consigli Comunali degli enti firmatari;

ART. 14 - SCIOGLIMENTO DEL VINCOLO ASSOCIATIVO

1. Per l'eventuale scioglimento consensuale del vincolo associativo e la conseguente risoluzione della presente Convenzione prima della scadenza naturale, e comunque in caso di recesso unilaterale del Comune capofila, si applicano le disposizioni di cui all'art. 20 c.8 della L.R. n.68/2011 ai fini della preliminare disciplina degli effetti finanziari dello scioglimento e delle modalità di successione e subentro dei singoli Comuni nei conseguenti rapporti attivi e passivi;
2. La risoluzione del vincolo associativo ha effetto successivamente all'approvazione degli Atti disciplinanti gli effetti dello scioglimento e le modalità di successione e subentro nei conseguenti rapporti attivi e passivi da parte dei Consigli Comunali degli enti firmatari;

ART. 15 CONTROVERSIE

1. Ciascuno dei Comuni firmatari può rilevare eventuali irregolarità o inadempienze degli obblighi derivanti dalla presente Convenzione mediante contestazione in forma scritta all'ente risultato inadempiente portata contestualmente a conoscenza di tutti i comuni firmatari;
2. La risoluzione di eventuali controversie che dovessero insorgere tra gli enti firmatari a seguito di inadempienze o inosservanze degli obblighi derivanti dalla presente Convenzione debitamente contestate è demandata al Foro competente, individuato nel Tribunale di Livorno.

ART. 16 ESENZIONI

1. Per gli adempimenti inerenti il Bollo e la registrazione della presente Convenzione, si osservano le norme di cui al DPR 26 ottobre 1972, n. 642, Allegato B, art. 16 e al DPR 26 aprile 1986n. 131.

Letto, approvato e sottoscritto dai contraenti

PER IL COMUNE DI LIVORNO

PER IL COMUNE DI COLLESALVETTI

PER IL COMUNE DI CAPRAIA-ISOLA

Del che si è redatto il presente verbale che, previa lettura e conferma, viene approvato e sottoscritto

La Presidente
Cepparello

Il Segretario Generale
Ascione

CERTIFICATO PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata affissa in data odierna all'Albo on line del Comune presente nella rete civica per rimanervi in pubblicazione per quindici giorni consecutivi.

Livorno, 25 SET. 2015

L'incaricato alla pubblicazione
p. La Resp. Ufficio Archivio Protocollo
Carmela Spada

SI ATTESTA CHE LA PRESENTE DELIBERAZIONE

E' eseguibile trascorso il decimo giorno dalla sua pubblicazione, senza reclami, all'albo pretorio ai sensi dell'art. 134, comma 3 del D.Lgs 267/2000

E' eseguibile dal momento della sua adozione ai sensi dell'art. 134, 4° comma D.Lgs 267/2000

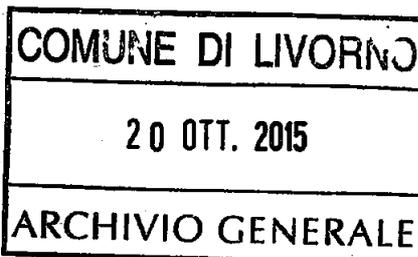
Livorno, 25 SET. 2015

Per copia conforme

Livorno,

p.IL SEGRETARIO GENERALE

COPIE PER	
ALBO	
ATTI	



Comune di Livorno

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE

- estratto dal processo verbale -

Oggetto: CONVENZIONE TRA I COMUNI ASSOCIATI DELLA ZONA LIVORNESE E L'A.USL 6 PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA IN AMBITO ZONALE. APPROVAZIONE.

N. 295 del 15 ottobre 2015

L'anno duemilaquindici, il giorno 15 del mese di ottobre alle ore 10.00 nella Residenza Comunale di Livorno, nella sala delle adunanze, si è riunito, alla presenza della Presidente Giovanna Cepparello, il Consiglio Comunale, legalmente convocato, in seduta straordinaria.

All'appello hanno risposto i seguenti Consiglieri:

COMPONENTI N. 33

	PRES.	ASS.		PRES.	ASS.
1- Nogarín Filippo (Sindaco)		X	18- Marchetti Edoardo		X
2- Batini Alessio	X		19- Meschinelli Nicola	X	
3- Bastone Francesco	X		20- Galigani Marco	X	
4- Fuoti Giovanni		X	21- Caruso Pietro	X	
5- La Fauci Corrado	X		22- Ruggeri Marco		X
6- Sarais Valter	X		23- De Filicaia Jari	X	
7- Mileti Maria Cristina	X		24- Martelli Marco	X	
8- Rossi Alessandra		X	25- Bini Cristina		X
9- Galli Daniele	X		26- Ciampini Alessio		X
10- Barbieri Mirko	X		27- Ria Monica	X	
11- Esposito Daniele	X		28- Amato Elisa	X	
12- Simoncini Serena		X	29- Raspanti Andrea	X	
13- Pecoretti Sandra		X	30- Cepparello Giovanna	X	
14- Agen Federico		X	31- Bruciati Marco	X	
15- Mazzacca Alessandro	X		32- Cannito Marco	X	
16- Lenzi Barbara		X	33- Valiani Marco	X	
17- Grillotti Giuseppe	X				
				totale	22 11

Assiste il Segretario Generale dr. Giuseppe Ascione.

La Presidente, riconosciuto legale il numero dei Consiglieri presenti per validamente deliberare, dichiara aperta la seduta.

Come scrutatori vengono designati i Sigg.: Meschinelli, La Fauci e Valiani.

OGGETTO: Convenzione tra i Comuni associati della zona livornese e l'A.usl 6 per l'esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria in ambito zonale – approvazione.

IL CONSIGLIO COMUNALE

VISTI:

DICHIARATA IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

il D.Lgs n. 267 del 18/08/2000 (Testo Unico Enti Locali) ed in particolare la disciplina delle forme associative tra enti locali di cui agli artt. 30 e 31;

la L. n.191 del 23/12/2009 (legge finanziaria 2010) come modificata dalla L.n.42/2010 di conversione del D.L.n.2/2010, con specifico riferimento alle disposizioni dell'art.2 c.186 lett.e concernenti l'obbligo di soppressione dei consorzi di funzioni tra enti locali e la relativa decorrenza;

la L. n. 122 del 30/07/2010 di conversione con modifiche del D.L. 31 maggio 2010 n.78 come da ultimo modificata dalla L.7 luglio 2012 n. 135 in materia di revisione della spesa pubblica, con specifico riferimento alle disposizioni inerenti all'individuazione e alle modalità d'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni;

la L. n. 135 del 7/08/2012, di conversione in Legge del D.L. 6 luglio 2012 n.95 in materia di revisione della spesa pubblica, con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 9 c.1 e c.1bis, che ribadiscono l'obbligo di soppressione dei consorzi di funzioni tra enti locali estendendone l'applicabilità a tutti gli enti ed organismi comunque denominati, che esercitano funzioni fondamentali o funzioni amministrative spettanti ai Comuni ai sensi dell'art.118 della costituzione, con l'unica eccezione per le aziende speciali, gli enti e le istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali, educativi e culturali;

il D.P.C.M del 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di integrazione socio sanitaria";

il D.P.C.M. del 29/11/2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria, come da ultimo modificato dal D.P.C.M 28/11/2003 e 23/04/2008;

la L.R.T. n. 40 del 14/02/2005 che disciplina l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), come da ultimo modificata con LR n.44/2014;

la LR n.28 del 16/03/2015, recante disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR;

la L.R.T. n.41 del 14/02/2005 che disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali, come da ultimo modificata dalla LR n. 45/2014;

la L.R.T n.66 del 18/12/2008 istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza;

la LR n. 36 del 26 marzo 2015, ad oggetto l'adeguamento dei termini previsti dalla modificata L.R. n.40/2005 in funzione dell'implementazione del nuovo assetto socio-sanitario del territorio;

la L.R.T. n.68 del 27/12/2011 che disciplina il sistema delle autonomie locali con particolare riferimento alle disposizioni concernenti l'esercizio associato delle funzioni degli enti locali;

la Deliberazione di Consiglio Comunale n. 121 del 16/07/2012, ad oggetto il rinnovo, per il triennio 2012-2015, della convenzione disciplinante la gestione in forma associata, mediante il delegato capofila Comune di Livorno, delle funzioni e degli interventi di assistenza sociale a titolarità dei Comuni della zona livornese, ai sensi dell'art. 30 del TUEL e la LR 68/2011;

la Deliberazione di Consiglio Comunale n. 140 del 10/12/2009 che approva la costituzione del consorzio Società della Salute (SdS) della zona livornese unitamente alla relativa convenzione costitutiva e allo Statuto consortile;

PREMESSO CHE:

con proprio Atto n.4 del 28/10/2014 l'Assemblea dei Soci della SdS, ha deliberato lo scioglimento e la messa in liquidazione volontari del Consorzio SdS della zona livornese di cui alla sopra-citata Deliberazione consiliare, determinando la necessità di ri-definire l'assetto istituzionale ed organizzativo delle relative funzioni di integrazione socio-sanitaria e disciplinare le conseguenti modalità di cooperazione e successione dei titolari enti consorziati nelle medesime funzioni in coerenza con la vigente legislazione regionale di settore;

15 OTTOBRE 2015

che i Comuni della zona livornese, Livorno, Collesalveti e Capraia Isola, esercitano fin dal 2005 in forma associata le proprie funzioni fondamentali di assistenza sociale, in piena coerenza con le vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali disciplinanti l'esercizio delle stesse funzioni fondamentali;

VISTA la Deliberazione del Consiglio Comunale n.223/2014, con la quale il Consiglio Comunale prende atto dello scioglimento e messa in liquidazione volontari del Consorzio SdS della zona livornese di cui alla citata Deliberazione Assemblea dei Soci 28 ottobre 2014 n.4, riservandosi di approvare gli atti di regolazione della successione nelle funzioni, nei rapporti giuridici e nella massa di attività e passività del consorzio Società della Salute conseguentemente adottati dal sciogliendo Consorzio per quanto di competenza;

VISTI E RICHIAMATI i sottoindicati Atti Deliberativi dell'Assemblea dei Soci SdS, come trasmessi ai singoli enti interessati per quanto di competenza con Nota prot. n. 3/2015 del 25 marzo 2015:

1. Deliberazione Assemblea dei Soci SdS n.2 del 16 febbraio 2015, ad oggetto l'approvazione della bozza di Convenzione obbligatoria disciplinante le modalità di successione degli enti interessati nelle funzioni di assistenza socio-sanitaria del sciogliendo consorzio SdS inoltrata dalla Commissione tecnica paritetica nominata e incaricata della relativa predisposizione (Convenzione obbligatoria per l'esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria del territorio della zona-distretto di cui all'art.70bis della modificata LR n.40/2005);
2. Deliberazione Assemblea dei Soci SdS n.3 del 24 marzo 2015, ad oggetto l'approvazione del Documento integrativo destinato a delimitare l'ambito di applicazione e determinare la dotazione iniziale della Convenzione di cui alla richiamata Deliberazione n.2/2015 ai sensi dell'art.4 c.2 della stessa bozza di Convenzione (Declaratoria delle attività socio-sanitarie zonali e relativa dotazione iniziale);

ESAMINATI gli Atti di regolazione della successione nelle funzioni del disciolto consorzio SdS allegati e parte integrante e sostanziale delle sopra richiamate Deliberazioni Consortili n. 2/2015 e 3/2015 di seguito indicati:

- la bozza di Convenzione disciplinante i rapporti tra i Comuni associati della zona livornese e l'azienda A.usl6 per l'esercizio in forma integrata delle funzioni di assistenza socio-sanitaria nell'ambito territoriale della zona-distretto, come da ultimo integrata dalla richiamata Deliberazione consortile n.3/2015 ed allegata alla presente Deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale (Sub.All.2);
- la Declaratoria delle le attività socio-sanitarie zonali di cui alla sopra richiamata Deliberazione consortile, che individua e circoscrive l'ambito di applicazione della stessa Convenzione e ne determina la dotazione economico-finanziaria iniziale, venendo a costituirne parte integrante e sostanziale (all.2.a);

VISTA la disciplina delle procedure di scioglimento del Consorzio SdS locale di cui agli artt. 7 e 17 della convenzione costitutiva e all'art. 9 dello statuto consortile, unitamente alle disposizioni transitorie di cui all'art. 71 vicies della LR 40/2005 e successive modificazioni, concernenti le procedure di scioglimento del Consorzi SdS che non siano in possesso dei requisiti previsti dalla stessa Legge regionale;

CONSIDERATO che nelle more della conclusione dell'avviata gestione liquidatoria del Consorzio SdS della zona livornese ed in vista della conseguente estinzione e dell'implicata, completa cessazione delle relative attività, si rende necessario ridefinire le modalità di integrazione e l'assetto istituzionale ed organizzativo delle relative funzioni e attività di assistenza socio-sanitaria, disciplinando i conseguenti rapporti con l'A.usl di riferimento in funzione del superamento del previgente modello organizzativo consortile e della salvaguardia dei necessari livelli di integrazione socio-sanitaria nell'ambito territoriale della zona-distretto;

CONSIDERATE inoltre le disposizioni della modificata legislazione regionale di settore concernenti l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria nelle zone in cui non operino le SdS, con particolare riferimento a quelle di cui all'art. 70 bis della modificata LR 40/2005, che introducono l'obbligo di disciplinare mediante Convenzione tra Comuni della Zona e A.usl di riferimento le modalità di esercizio delle stesse funzioni di integrazione socio-sanitaria attribuendo alle Aziende Usl la responsabilità della relativa gestione;

CONSIDERATO che i contenuti della bozza di Convenzione per l'esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria della Zona-distretto livornese, come da ultimo integrata con Deliberazione consortile n.3/2015 ed allegata alla presente Deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale, sono conformi

15 OTTOBRE 2015

alle disposizioni della vigente legislazione regionale di settore e rispondono pienamente alle esigenze sopra evidenziate;

CONSIDERATO che le risorse a carico dell'Amministrazione Comunale risultanti dal documento contabile parte integrante e sostanziale della Convenzione sono stanziati sui capitoli del Bilancio pluriennale dell'A.C. 2015-2017 evidenziati in dettaglio dal prospetto allegato quale parte non integrante alla Presente Deliberazione (sub.all. A), nonché in gran parte impegnate per la copertura dei costi dei contratti pluriennali di appalto dei servizi domiciliari e residenziali oggetto della convenzione medesima gestiti mediante il Comune capofila di Livorno, in funzione della necessaria continuità assistenziale degli utenti n.a. della zona livornese;

CONSIDERATO pertanto che con la convenzione obbligatoria di cui sopra sono soddisfatte le precondizioni indispensabili ai fini della cessazione delle attività e della conseguente estinzione del Consorzio SdS locale, in coerenza con gli obiettivi del DUP;

CONSIDERATO infine che la citata LR n.36/2015 proroga come segue i termini ultimi perentori originariamente previsti dalla modificata LR 40/2005:

- sottoscrizione delle Convenzioni obbligatorie per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria di cui all'art. 70bis entro max il 30 giugno 2015;
- scioglimento e regolazione delle modalità di subentro nei beni, nei rapporti e nella massa di attività e passività dei Consorzi SdS a cui non si intende dare continuità, entro max il 30 settembre 2015;
- estinzione dei disciolti Consorzi SdS (con implicata conclusione della gestione liquidatoria) entro max il 30 dicembre 2015;

VISTO il Regolamento del Consiglio Comunale approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 4 del 21/01/2003 e successive modifiche e integrazioni;

VISTI i pareri espressi ai sensi dell'art. 49 del D. Lgs. 267/2000 che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;

DELIBERA

1. Di approvare la Convenzione disciplinante i rapporti tra i Comuni associati della zona livornese e l'A.usl 6 per l'esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria della zona-distretto, come predisposta in funzione della successione nelle funzioni di integrazione socio-sanitaria del disciolto consorzio SdS ed allegata e parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione (sub.All.2 e 2.a);
2. Di dare atto che le risorse a carico dell'Amministrazione Comunale risultanti dal documento contabile parte integrante e sostanziale della Convenzione di cui al punto 1 del dispositivo (pari a tot. €7.732.040,46) sono previste nel Bilancio pluriennale 2015-2017 della stessa amministrazione e stanziati sui seguenti Missioni e Programmi, nonché, limitatamente alle risorse destinate a coprire i costi imputabili alle utenze, ai canoni di concessione e alle manutenzioni ordinarie imputabili alle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica, sui sotto-indicati Capitoli di Bilancio:
Missione 12 – Programma 02 “interventi per la Disabilità”,
Missione 12 – Programma 03 “interventi per gli anziani”,
U-Cap. 10433, U-Cap.10439 e 10421, U-Cap. 10358;
3. Di dare atto che le risorse di cui al punto 2 del dispositivo sono in parte impegnate e vincolate dai contratti pluriennali di appalto dei servizi domiciliari e residenziali zonali oggetto di Convenzione gestiti mediante il Comune capofila di Livorno ai sensi e per gli effetti della Convenzione medesima;
4. Di pubblicare la presente deliberazione all'albo pretorio telematico per la durata di 15 giorni, in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14 del Regolamento relativo alla disciplina dell'attività amministrativa, del procedimento e dell'accesso agli atti e ai documenti approvato con Deliberazione del C.C. n.14 del 25/02/1994 e del Disciplinare per la gestione dell'Albo pretorio on line approvato con Deliberazione G.C. n.10/2012.

15 OTTOBRE 2015

La Presidente invita i Componenti del C.C. a procedere alla votazione – palese elettronica – del sopra riportato schema di delibera.

La votazione offre il seguente risultato:

- Componenti assegnati n. 33
- Componenti presenti n. 24 (Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Bruciati, Cannito, Caruso, Cepparello, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Mazzacca, Meschinelli, Mileti, Raspanti, Rossi, Sarais e Valiani)
- Componenti votanti n. 24 (Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Bruciati, Cannito, Caruso, Cepparello, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Mazzacca, Meschinelli, Mileti, Raspanti, Rossi, Sarais e Valiani)
- Voti favorevoli n. 24 (Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Bruciati, Cannito, Caruso, Cepparello, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Mazzacca, Meschinelli, Mileti, Raspanti, Rossi, Sarais e Valiani)

E pertanto, con il risultato di cui sopra – accertato e proclamato dalla Presidente con l'assistenza degli scrutatori – la delibera relativa all'oggetto è approvata.

15 OTTOBRE 2015

La Presidente propone – ai sensi dell’art. 134 co. 4 D. Lgs. 267/2000 – la immediata esecuzione del presente provvedimento.

La votazione offre il seguente risultato:

- Componenti assegnati n. 33
- Componenti presenti n. 24 (Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Bruciati, Cannito, Caruso, Cepparello, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Mazzacca, Meschinelli, Mileti, Raspanti, Rossi, Sarais e Valiani)
- Componenti votanti n. 24 (Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Bruciati, Cannito, Caruso, Cepparello, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Mazzacca, Meschinelli, Mileti, Raspanti, Rossi, Sarais e Valiani).
- Voti favorevoli n. 24 (Barbieri, Bastone, Batini, Bini, Bruciati, Cannito, Caruso, Cepparello, De Filicaia, Esposito, Fuoti, Galigani, Galli, Grillotti, La Fauci, Marchetti, Martelli, Mazzacca, Meschinelli, Mileti, Raspanti, Rossi, Sarais e Valiani)

La proposta è accolta.

Allegato 1, parte integrante della Delibera di C.C. n. 295 del
15 OTTOBRE 2015

Oggetto: CONVENZIONE TRA I COMUNI ASSOCIATI DELLA ZONA LIVORNIGLE E
L'A.M.S.L.G. PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
IN AMBITO ZONALE - APPROVAZIONE.

PARERI EX ART. 49 D.LGS. 267/2000

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA

Per quanto attiene alla regolarità dell'atto:

- si esprime non si riscontrano aspetti correlati alla regolarità tecnica
 parere favorevole
- si esprime parere sfavorevole con la seguente motivazione

Il Dirigente/Funziionario delegato –
Responsabile del servizio
(timbro e firma)

Severino P...

Livorno, 17/07/2015

PARERE DI REGOLARITÀ CONTABILE

Per quanto attiene alla regolarità dell'atto:

- si esprime non si riscontrano aspetti correlati alla regolarità contabile
 parere favorevole
- si esprime parere sfavorevole con la seguente motivazione

Il Direttore di Ragioneria
(timbro e firma)

IL DIRIGENTE
SERVIZI FINANZIARI
SOCIETÀ' E PARTECIPAZIONI
Dott. Nicola Falleni

Livorno, 10/9/15



Convenzione per l'esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria del territorio della Zona-Distretto livornese

Tra

I Comuni associati del territorio della Zona livornese:
Comune Livorno,
Comune di Collesalvetti,
Comune di Capraia-Isola,

e

L'Azienda U.S.L. 6 di riferimento;

Premesso che

Negli ambiti territoriali in cui non siano operanti le Società della salute è indispensabile, nonché obbligatorio ai sensi della vigente legislazione regionale di settore, garantire la necessaria integrazione socio-sanitaria disciplinando mediante Convenzione tra i comuni della zona distretto, singoli o associati, e l'A.usl di riferimento, le modalità di esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria territoriale ;

i Comuni della zona livornese gestiscono in forma associata, mediante convenzione stipulata ai sensi del D.Lgs n.267/2000 ed in coerenza con le LL.RR. n. 68/2011 e n. 41/2005, le funzioni e attività di assistenza sociale territoriale di cui sono titolari;

Visti

Il D.lgs n.112/1998, con particolare riferimento al capo II "trasferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle Regioni e agli Enti locali;

il D.lgs n.267/2000, "Testo Unico delle Leggi sull'ordinamento degli Enti locali;

il D.lgs n.502/1992 "riordino della disciplina in materia sanitaria, come modificato e integrato dal D.lgs 229/1999;

Il DL n.78/2010 come convertito dalla L.122/2010, con particolare riferimento alle disposizioni concernenti l'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni;

il DL n.95/2012, come convertito con modifiche nella L.135/2012;

la LR n. 68/2011 "norme sul sistema delle Autonomie Locali";

la LR n. 40/2005 e ss.mm.ii."disciplina del Servizio Sanitario Regionale", come da ultimo modificata dalla LR n.44/2014;

la LR n.41/2005 disciplinante il sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale come da ultimo modificata dalla LR n.45/2014;

Il DPCM 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitaria", disciplinante le aree, le modalità di integrazione ed i criteri di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie;

Il DPCM 29/11/2001 "definizione dei livelli essenziali di assistenza", come da ultimo modificato ed integrato dal DPCM 23/04/2008 n.281, che al capo IV contiene ulteriori specifiche disposizioni inerenti i Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria;

La Convenzione disciplinante la gestione in forma associata delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni della Zona livornese, come stipulata ai sensi dell'art.30 del D.Lgs n.267/2000 (TUEL) ed in coerenza con la LR n. 68/2011.

tutto ciò premesso e considerato si conviene e si stipula quanto segue

Titolo – Disposizioni Generali

Art. 1 - Enti firmatari

1. Sono enti sottoscrittori della Convenzione per l'esercizio delle funzioni di assistenza socio-sanitaria della zona-distretto livornese:

- i Comuni associati dell'ambito territoriale zonale, Livorno, Collesalvetti e Capraia Isola;
- l'A.usl 6 di Livorno, d'ora in poi A.usl

Art.2 - Finalità

1. Gli enti firmatari sottoscrivono la presente Convenzione al fine di:
 - a. assicurare la piena integrazione organizzativa della rete d'offerta sociosanitaria del territorio della zona-distretto;
 - b. assicurare la gestione integrata ed unitaria delle relative attività sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e ad alta integrazione sanitaria, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti firmatari;
 - c. assicurare la presa in carico unitaria dei bisogni complessi e l'appropriatezza e la continuità dei relativi percorsi assistenziali;
 - d. promuovere l'omogeneità e l'equità d'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.
 - e. promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale dei servizi sociosanitari della zona distretto e la qualità delle relative prestazioni;
 - f. promuovere il controllo e il monitoraggio dei costi e la sostenibilità della spesa socio-sanitaria.
 - g. promuovere la rispondenza della programmazione sociosanitaria zonale ai bisogni di salute del territorio;
2. Gli enti firmatari perseguono le finalità di cui al comma 1 promuovendo il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e delle organizzazioni della cittadinanza attiva nell'individuazione dei bisogni di salute del territorio e nel processo di programmazione;

Art. 3 - Oggetto

1. La presente Convenzione ha ad oggetto la disciplina delle modalità di esercizio delle funzioni e attività di assistenza socio-sanitaria del territorio della Zona-distretto livornese di cui all'art. 4, con particolare riferimento alla definizione delle modalità di esercizio coordinato ed integrato delle seguenti funzioni:
 - a. Indirizzo e programmazione pluriennale ed annuale;
 - b. Organizzazione e gestione dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie;
 - c. Coordinamento operativo e interprofessionale dei percorsi assistenziali;
 - d. Controllo, monitoraggio e valutazione dei risultati;

Art. 4 - Ambito di applicazione

1. La presente Convenzione si applica alle attività sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui al D.lgs n.502 /1992 del territorio della zona distretto, come individuate dalla programmazione zonale in coerenza con la Programmazione regionale di settore.
2. Con specifico riferimento alle attività socio-sanitarie (sociali a rilevanza sanitaria e sanitarie a rilevanza sociale), la Declaratoria allegata e parte integrante e sostanziale della presente Convenzione (Sub. All.A) individua in dettaglio, distinti per ente gestore e tipologia d'offerta, i servizi e le attività zonali ed indica in corrispondenza di ciascuno, distinte per tipo di fonte, le risorse finanziarie destinate a coprirne i costi in fase di avvio, così come risultanti a consuntivo dell'ultimo esercizio.
3. la Declaratoria delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui al comma 2 rappresenta e delimita il nucleo costitutivo della programmazione socio-sanitaria zonale e della relativa dotazione complessiva (budget generale) in fase di avvio ed è estensibile ad ulteriori attività di integrazione socio-sanitaria in sede di aggiornamento annuale del Piano-Programma delle attività socio-sanitarie di cui all'art.7.

Art. 5 - Durata

1. La presente Convenzione ha durata *triennale* a far data dalla sottoscrizione ed è *prorogabile per un ulteriore biennio*, in modo da poter coincidere con il ciclo della programmazione pluriennale di settore, previa adozione di apposito Atto espresso da parte dei competenti organi degli enti firmatari.

Titolo II - Organo di governo comune

Art. 6 - Costituzione e funzionamento dell'organo di governo comune

1. L'organo comune per l'esercizio coordinato delle funzioni istituzionali di indirizzo, programmazione e controllo

delle attività socio-sanitarie oggetto di convenzione è la conferenza zonale dei Sindaci, coincidente con l'organo di governo della gestione associata delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni firmatari, integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato.

2. I componenti dell'organo di governo comune, d'ora in poi conferenza integrata, concorrono alle decisioni con le quote di partecipazione decisionale sotto-indicate:
 - a. il 66 per cento del totale è assegnato ai componenti della conferenza zonale dei sindaci ed è ripartito tra di loro proporzionalmente alla popolazione residente, in conformità a quanto previsto dal vigente atto associativo;
 - b. il 34 per cento del totale è assegnato al Direttore dell'azienda Usi.
3. Gli atti e le decisioni della Conferenza integrata sono validamente assunte con il voto favorevole della maggioranza dei componenti e la rappresentanza di almeno il 67% del totale delle quote di partecipazione decisionale.
4. Le decisioni e gli atti approvati della conferenza integrata sono trasmessi agli enti firmatari per gli adempimenti di competenza.
5. La Conferenza integrata è presieduta dal presidente della Conferenza zonale dei Sindaci.
6. Il Presidente della Conferenza integrata provvede alle convocazioni dei componenti almeno 3 volte l'anno, su istanza degli stessi o autonomamente e comunque, obbligatoriamente per l'approvazione degli atti di competenza della conferenza di cui al successivo art.6
7. In caso di assenza o di impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito dal Sindaco del Comune con il maggior numero di abitanti.
8. Il Presidente della Conferenza Integrata può invitare a partecipare alle sedute, senza diritto di voto, chiunque i componenti della Conferenza ritengano opportuno per chiarimenti o comunicazioni relative ai temi all'ordine del giorno.
9. Per l'esercizio delle proprie funzioni la Conferenza si avvale dell'assistenza tecnica e amministrativa dell'Ufficio di Piano di cui all'art.10
10. Per quanto non previsto dalla presente convenzione, il funzionamento della conferenza è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa.

Art. 7 - Funzioni ed Atti di competenza della Conferenza Integrata

1. Competono alla conferenza integrata gli Atti di indirizzo, programmazione e controllo inerenti all'attuazione degli interventi e allo svolgimento delle attività di integrazione socio-sanitaria oggetto della presente convenzione, ed in particolare:
 - a. La definizione delle strategie, degli obiettivi e delle priorità d'azione;
 - b. L'approvazione degli atti di programmazione pluriennali ed annuali e dei documenti economico-finanziari che li corredano, a preventivo e consuntivo, come individuati al successivo art.8;
 - c. L'approvazione di ogni altro atto che comporti nuovi od ulteriori impegni finanziari degli enti firmatari.
 - d. L'approvazione del regolamento interno di funzionamento di cui all'art.6 c.10;
 - e. L'approvazione del documento di organizzazione di cui all'art.13.
 - f. L'approvazione della proposta di regolamento disciplinante l'accesso ai servizi socio-sanitari oggetto della presente convenzione di cui all'art.15
 - g. la verifica il monitoraggio e la valutazione dei risultati delle azioni programmate e della relativa gestione annuale;
 - h. Gli atti di designazione dei componenti degli organismi e delle infrastrutture di partecipazione tecnica e della cittadinanza attiva previsti dalla presente Convenzione.
2. Compete inoltre alla Conferenza integrata:
 - a. promuovere la più alta integrazione ed il coordinamento con gli obiettivi della Programmazione sanitaria del SSR, locale e di area vasta, e con gli interventi della programmazione locale a titolarità dei comuni afferenti alle politiche di settore che incidono sullo stato di salute del territorio.

- b. Assicurare il raccordo con gli organismi partecipativi di cui all'art.11 e promuovere il coinvolgimento e le consultazioni della cittadinanza attiva sugli atti d'indirizzo e di programmazione inerenti l'offerta socio-sanitaria zonale.

Titolo III Sistema integrato di programmazione e processi partecipativi

Art.8 - Strumenti e Atti di programmazione integrata

1. Sono strumenti unitari di programmazione socio-sanitaria zonale ed Atti fondamentali della Conferenza integrata:
 - a. il Piano-Programma zonale delle attività di integrazione socio-sanitaria corredato dal Piano economico-finanziario della relativa gestione pluriennale ed annuale;
 - b. Il rendiconto della gestione annuale corredato dalla relativa relazione illustrativa;
 - c. La Proposta di articolazione zonale del PIS Aziendale.
2. Gli atti di Programmazione socio-sanitaria di cui al comma 1 sono predisposti dal direttore di Zona-Distretto con il supporto dell'Ufficio di Piano di cui all'art.10, il coinvolgimento attivo dei componenti l'ufficio di direzione di cui all'art. 13 comma 3 ed in coerenza con:
 - a. La programmazione Regionale di settore di cui al Piano Sociale e Sanitario integrato Regionale;
 - b. Gli obiettivi strategici della programmazione socio-sanitaria locale, come risultanti dal PIS aziendale e dai Documenti Unici di Programmazione dei Comuni firmatari (DUP);
 - c. Gli indirizzi della Conferenza integrata.
 - d. Il profilo di salute della comunità locale ed i fabbisogni del territorio zonale;
 - e. i vincoli derivanti dalla precedente gestione annuale, dai bilanci degli enti firmatari e dal documento aziendale di riclassificazione delle risorse per zona-distretto di cui all'art.120 c.5 della LR n.40/2005..
3. Il Piano-Programma zonale corredato dal relativo Piano-economico finanziario, di cui al comma 1 lett.a, costituisce aggiornamento annuale della programmazione attuativa del PAL aziendale per quanto attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria della Zona-distretto livornese ed è generativo del relativo budget zonale, definendo a tale scopo:
 - a. Gli obiettivi generali (pluriennali) delle attività di integrazione socio-sanitaria oggetto della presente Convenzione ed i relativi programmi operativi annuali;
 - b. le dotazioni economiche (risorse finanziarie umane e strumentali) dei suddetti Programmi operativi e le strutture assegnatarie e responsabili dei connessi obiettivi gestionali annuali.
 - c. i risultati attesi per l'annualità di riferimento ed i corrispondenti indicatori qualitativi e quantitativi;
4. Il Piano economico-finanziario di cui al comma 1 lett.a correda il Piano-programma ed è il documento previsionale del Budget specifico della zona distretto di cui all'art. 126 c.4 bis della LR n.40/2005 e delle relative fonti di finanziamento, determinando, sulla base del Rendiconto di cui al comma 5 e degli obiettivi e dotazioni economiche settoriali, la dotazione economico-finanziaria complessivamente disponibile per l'attuazione degli interventi di integrazione socio-sanitaria di competenza zonale.
5. Il Rendiconto della gestione annuale di cui al comma 1 lett.b dà conto, a consuntivo dell'esercizio precedente a quello in corso, dei costi, dei ricavi, del valore della produzione e dell'out-put (prestazioni erogate) dei servizi e delle attività programmate ed evidenzia i consumi ed risultati della gestione aggregando i suddetti dati contabili ed extra-contabili per tipologie omogenee d'offerta e mettendoli in relazione con gli obiettivi generali della programmazione socio-sanitaria zonale.
6. La proposta di articolazione zonale del PIS aziendale è trasmessa alla Conferenza aziendale dei Sindaci per gli adempimenti di competenza e contiene, coordina ed integra tra loro, conformemente a quanto previsto dall'art.21 c.2 della LR 40/2005:
 - a. gli obiettivi strategici ed attuativi pluriennali del Piano delle attività socio-sanitarie zonali di cui alla lettera a;
 - b. gli obiettivi strategici ed attuativi pluriennali del Piano di inclusione sociale dei Comuni

associati;

- c. Gli obiettivi strategici e attuativi riferibili alle cure primarie del territorio della zona-distretto livornese da recepirsi nel PAL e nei relativi programmi operativi annuali zonizzati ai sensi dell'art.22 comma 1 e comma 5 lett.a della LR n.40/2005.

7. Il Piano-Programma zonale è approvato di norma entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello dell'esercizio di riferimento ed è trasmesso a tutti gli enti firmatari per gli adempimenti connessi alla formazione dei rispettivi bilanci di previsione annuale.

Art.9 - Ciclo della programmazione socio-sanitaria annuale e risorse

1. Al fine di garantire le necessarie compatibilità economico-finanziarie ed il rispetto dei vincoli e degli equilibri di bilancio degli enti firmatari il processo di aggiornamento annuale della programmazione socio-sanitaria zonale è allineato con la tempistica del processo di formazione degli atti di programmazione e bilancio dei singoli enti firmatari e si sviluppa secondo le fasi e mediante gli adempimenti fondamentali di seguito indicati:
 - Entro il 30 aprile di ogni anno, in coincidenza con la chiusura dell'esercizio precedente a quello in corso la conferenza integrata approva il rendiconto della trascorsa gestione annuale in funzione della valutazione della performance e dello stato dell'offerta zonale, del monitoraggio dei consumi e della rilevazione degli scostamenti significativi;
 - Entro il 30 settembre, in coincidenza con l'avvio della fase ascendente del processo di budgeting aziendale e delle operazioni di ri-equilibrio di bilancio degli enti locali il direttore di zona-distretto avvalendosi dell'Ufficio di Piano di cui all'art.10 provvede alla predisposizione del pre-consuntivo della gestione del Piano-Programma relativo all'anno in corso in funzione dell'avvio del processo di programmazione-operativa e budgeting per l'esercizio successivo;
 - Entro il 15 novembre: in coincidenza con l'assestamento e la formazione dei bilanci di previsione degli enti locali e del budget generale e del bilancio economico dell'A.usl: la Conferenza Integrata approva il Piano Programma annuale delle attività di integrazione socio-sanitaria ed il relativo piano economico finanziario per l'esercizio successivo a quello in corso e lo trasmette agli enti firmatari in funzione della formazione dei rispettivi Bilanci di previsione e dei connessi atti di programmazione, con particolare riferimento a:
 - a. PEG;
 - b. Budget generale e specifico di cui all'art. 126 c.3 e c.4 bis della LR n.40/2005;
 - c. Piani annuali attuativi del PAL di cui all'art.22 comma 5 della LR.n.40/2005.
2. Ai fini della determinazione del concorso finanziario rispettivamente a carico dei Comuni associati e dell'Azienda A.usl gli atti di programmazione zonali, con particolare riferimento al rendiconto ed al piano economico Finanziario del Piano-programma annuale, contabilizzano separatamente ed evidenziano distintamente e i costi e il valore della produzione di parte sociale e sanitaria, nonché i costi coperti dal fondo per la non autosufficienza regionale. Il rendiconto evidenzia inoltre i consumi riferibili alle diverse tipologie d'offerta socio-sanitaria zonale disaggregati per singolo Comune in funzione del riparto tra gli stessi della quota di finanziamento di parte sociale secondo le modalità previste dal vigente atto associativo.
3. A seguito del recepimento negli atti di bilancio e programmazione degli enti firmatari, gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria zonale vincolano l'attività gestionale degli enti assegnatari delle risorse connesse al conseguimento dei medesimi obiettivi, come individuati ai sensi dell'art.12 della presente Convenzione.
4. Successivamente all'approvazione dei Bilanci annuali degli enti firmatari il Direttore di zona distretto provvede con le medesime modalità di cui all'art. 8 c.3 all'eventuale allineamento del budget operativo annuale con le destinazioni di bilancio degli stessi enti firmatari avviando la fase discendente del processo di budgeting.
5. La partecipazione al processo di programmazione operativa e budgeting ed ai connessi processi di verifica e valutazione dei risultati è assicurata mediante i "Gruppi integrati di responsabilità" di cui all'art.16 comma 3.
6. Gli enti firmatari assegnatari e gestori delle risorse del budget integrato zonale assicurano la contabilità separata delle risorse derivanti dal fondo per la non autosufficienza regionale e dei costi e flussi finanziari di parte sociale e sanitaria.

7. Il controllo sistematico dei costi e dei risultati assistenziali ed il monitoraggio continuo dell'andamento economico-finanziario della zona Distretto sono assicurati mediante l'Ufficio Unico di Piano di cui al successivo art.10 secondo le modalità dettagliatamente definite nell'apposita sezione del Documento di organizzazione di cui all'art. 13.

Art.10 – Ufficio unico di Piano

1. Al fine di promuovere la necessaria integrazione delle attività di assistenza tecnica alla Conferenza integrata e coadiuvare il Direttore di Zona-distretto nell'esercizio delle funzioni di programmazione unitaria degli interventi e attività socio-sanitarie che gli competono, gli enti firmatari costituiscono un apposito Ufficio comune di staff, d'ora in poi denominato Ufficio unico di Piano, con le seguenti funzioni:
- gestione delle attività di assistenza tecnica e amministrativa alla Conferenza integrata e, per quanto di competenza ai sensi dell'art.12 c.1 del vigente regolamento della Conferenza aziendale dei Sindaci, alla medesima Conferenza Aziendale;
 - gestione delle attività strumentali e di supporto ai processi di programmazione e budgeting di competenza della direzione di zona-distretto livornese con particolare riferimento a:
 - controllo e monitoraggio sistematico dei costi e dei risultati di gestione;
 - gestione delle attività di rendicontazione contabile ed extracontabile di competenza zonale;
 - gestione del sistema e dei flussi informativi zonal e soddisfacimento dei relativi debiti informativi verso la Regione e gli enti firmatari;
 - trattamento e monitoraggio sistematico dei dati di attività zonal e gestione delle relative banche-dati;
 - redazione degli Atti e dei documenti contabili e di programmazione economico-finanziaria soggetti all'approvazione della Conferenza integrata;
 - Gestione delle attività di supporto ai processi partecipativi della zona distretto di cui all'art.11
2. le modalità, i processi e gli strumenti di monitoraggio e controllo della programmazione zonale e della relativa gestione annuale sono disciplinati dal documento unico di organizzazione di cui all'art. 13 e sono definiti dall'Ufficio unico di Piano di concerto con il Direttore di Zona Distretto; in funzione del controllo dei costi dei servizi e delle attività di integrazione socio-sanitaria del territorio zonale e della ricomposizione dei relativi dati contabili ed extracontabili di attività in un quadro intellegibile, unitario e funzionale alla valutazione.
3. I componenti permanenti dell'Ufficio Unico di Piano sono designati e nominati dalla Conferenza integrata, su proposta congiunta del Direttore di Zona-distretto e del Responsabile unico dei servizi sociali dei comuni associati tra il personale degli enti firmatari provvisto di idoneo inquadramento e profilo professionale e specifica esperienza e competenza tecnica, con particolare riferimento alle seguenti e necessarie competenze tecniche specifiche :
- Programmazione e analisi di politiche sociali e sanitarie territoriali
 - Contabilità generale ed analitica, budgeting e controllo di gestione
 - sistemi informativi
 - Comunicazione e mediazione territoriale
 - Supporto amministrativo ad organi di governo
4. La composizione dell'Ufficio Unico di Piano è snella, garantisce un'adeguata e bilanciata rappresentanza degli enti firmatari ed assicura comunque almeno:
- la presenza paritetica di 2 componenti con comprovata esperienza di sistemi budgetari e di contabilità analitica provenienti dalle preposte strutture di Controllo di gestione dei Comuni associati e dell'A.usl,
 - la presenza di un componente con profilo amministrativo
 - la presenza di un componente con competenze informatiche e di gestione di sistemi informativi.
5. Nello svolgimento delle attività strumentali e di staff di cui al comma1 l'ufficio Unico di Piano risponde al Direttore di zona-distretto.
6. Il Responsabile del coordinamento dell'attività dell'ufficio unico di Piano di cui al comma 1 è individuato tra gli stessi componenti dell'ufficio di Piano ed è designato e nominato dalla Conferenza integrata su

proposta del Direttore di zona-distretto.

7. La nomina di cui ai comma 3 e 4 sono recepite dagli enti firmatari.

8. Gli enti firmatari si impegnano a fornire all'Ufficio unico di Piano le informazioni e i dati contabili e di attività necessari all'implementazione e allo svolgimento delle funzioni di cui al comma 1, nonché, in fase di avvio, i documenti contabili di riclassificazione delle risorse impiegate per le attività socio-sanitarie zonali oggetto di convenzione elaborati dalle competenti strutture gestionali dei Comuni associati e dell'A.usl.

Art.11 – Organismi e processi partecipativi

1. Gli enti firmatari, e per essi la Conferenza integrata, valorizzano la partecipazione ed assicurano la più ampia informazione, la consultazione ed il coinvolgimento di tutte le componenti della società civile e delle organizzazioni della cittadinanza attiva attraverso:

- la divulgazione e la comunicazione dei dati inerenti all'offerta di servizi del territorio zonale e allo stato di salute della Comunità territoriale ;
- lo svolgimento delle apposite "agorà della salute"; di cui all'art.64-ter c.7 della LR n.40/2005;
- il coinvolgimento attivo degli organismi partecipativi zonali di cui al comma 2 nel processo di programmazione locale delle politiche per la salute del territorio zonale.

2. La conferenza integrata istituisce il Comitato di partecipazione degli utenti della zona-distretto livornese accreditandone i membri così come designati dalle organizzazioni associative e della cittadinanza attiva di cui al comma 4.

3. Il comitato di partecipazione di cui al c.2 è organismo consultivo della Conferenza Integrata della zona-Distretto livornese e concorre alla definizione degli atti di programmazione zonale attraverso l'esercizio delle funzioni consultive e di proposta di cui all'art.64 ter comma 4 della LR n.40/2005, con particolare riferimento a:

- Adozione e inoltro del parere obbligatorio e non vincolante sulla proposta di articolazione zonale del PIS entro 30 giorni dal ricevimento;
- Predisposizione e inoltro di proposte e pareri sull'offerta di servizi della zona-distretto e sulla qualità, quantità e rispondenza ai bisogni del territorio delle relative prestazioni socio-sanitarie da valutarsi in sede di aggiornamento degli atti di programmazione annuale;
- Predisposizione e inoltro, in coincidenza con la chiusura dell'esercizio di riferimento, del Rapporto di valutazione annuale sull'attuazione locale del PIS e lo stato dei relativi servizi.

4. Il comitato di partecipazione della zona-distretto livornese è composto dai rappresentanti designati dalle fondazioni, istituzioni religiose e organizzazioni associative del terzo settore con funzioni statutarie di advocacy e tutela degli utenti iscritte agli albi delle associazioni dei Comuni firmatari e/o componenti le relative Consulte e, limitatamente alle organizzazioni che hanno sede sul territorio zonale, del Comitato di partecipazione Aziendale, purchè non erogatrici di prestazioni.

5. Il Comitato di partecipazione zonale si dota di un proprio regolamento di funzionamento interno e svolge le proprie funzioni nel rispetto dei principi di neutralità, terziarietà e imparzialità.

6. Gli enti firmatari mettono a disposizione del Comitato di partecipazione i locali necessari a promuoverne l'operatività individuando la sede delle relative attività negli idonei locali sede della consulta delle associazioni del Comune Capofila di Livorno, come già messi a disposizione a titolo gratuito dal medesimo Comune firmatario per le attività delle associazioni del territorio operanti nell'area "welfare" aderenti alla Consulta Comunale.

7. Al fine di promuovere l'impianto partecipativo del processo di programmazione e dei connessi processi di valutazione dei risultati la Conferenza integrata, su proposta della Direzione di zona-distretto, può organizzare i processi partecipativi attivando appositi "tavoli tematici di lavoro pubblico-privato" composti dai membri del Comitato di partecipazione zonale, dagli operatori pubblici e dalle imprese sociali non-profit accreditate erogatrici delle prestazioni oggetto di programmazione e riconducibili ad aree di intervento e obiettivi

di lavoro omogenei;

8. I tavoli tematici di partecipazione di cui al comma 5 rappresentano lo strumento destinato a promuovere, organizzare ed ancorare sistematicamente i processi partecipativi zonali al ciclo e alla tempistica delle diverse fasi del processo di formazione degli atti di programmazione socio-sanitaria della zona distretto. A tale scopo la condotta dei relativi lavori è assicurata dal Direttore di Zona-Distretto coadiuvato dai membri dell'Ufficio di direzione zonale ed avvalendosi del supporto strumentale e operativo dell'Ufficio di Piano.
9. *La Conferenza integrata adotta il metodo della concertazione come strumento privilegiato per il confronto con le parti sociali e ne promuove la partecipazione assicurando la preliminare consultazione delle associazioni di categoria e l'acquisizione del relativo parere preventivo in sede di approvazione della Proposta di articolazione zonale del PIS di cui al precedente articolo 8.*
10. Per quanto non previsto dalla presente Convenzione gli strumenti, i processi partecipativi e le modalità di interazione con il Comitato di partecipazione zonale sono disciplinati da apposito Regolamento approvato dalla Conferenza integrata e recepito dal Documento Unico di Organizzazione di cui all'art.13.

Titolo IV Gestione unitaria

Art.12 Responsabilità della gestione

1. La gestione unitaria delle attività di integrazione socio-sanitaria individuate dalla programmazione regionale di settore compete alla A.usl e per essa alla Direzione di Zona Distretto, che vi provvede mediante le preposte strutture organizzative aziendali e dei Comuni associati, come rappresentate nell'ufficio di direzione di cui all'art.14 e nel rispetto delle dotazioni, dei vincoli e degli obiettivi risultanti dagli atti di programmazione attuativa approvati dalla Conferenza integrata.
2. Le risorse del fondo per la non autosufficienza di cui agli art.2 e 3 della L.R. 66/2008 sono attribuite, coerentemente con l'art. 70 bis comma 4 della LR 40/2005, alla struttura amministrativa unica del Comune Capofila di Livorno responsabile della gestione associata delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni firmatari, che le gestisce unitariamente alle risorse zonali destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria per la n.a. e nel rispetto delle dotazioni, dei vincoli e degli obiettivi risultanti dagli atti di programmazione approvati dalla Conferenza integrata.
3. L'individuazione del soggetto assegnatario e responsabile della gestione operativa delle risorse del fondo per la non autosufficienza di cui agli art.2 e 3 della L.R. 66/2008 *nella struttura unica del comune capofila di Livorno di cui al C.2* può essere variata in sede di aggiornamento annuale della programmazione socio-sanitaria zonale mediante l'adozione di un apposito atto della Conferenza integrata.
4. Il soggetto responsabile della gestione operativa del fondo per la n.a. regionale assicura l'erogazione delle prestazioni economiche e dei servizi per la non autosufficienza di cui alla LR n.66/2008 come attivati sulla base dei Progetti di Assistenza Personalizzati (PAP) predisposti dalla preposta Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) zonale nel rispetto degli obiettivi di budget e delle dotazioni economiche risultanti dal Piano-Programma annuale delle attività socio-sanitarie della zona Distretto approvato dalla Conferenza Integrata.
5. Il soggetto responsabile della gestione operativa delle risorse del fondo per la non autosufficienza regionale è *responsabile dell'attivazione dei PAP entro i limiti delle risorse assegnate a budget, come risultanti dal Piano-programma annuale approvato dalla Conferenza integrata* ed è tenuto a predisporre e trasmettere all'Ufficio Unico di Piano la relativa rendicontazione contabile e di attività ai fini del trattamento dei dati, dell'alimentazione dei flussi e del soddisfacimento dei debiti informativi zonali.
6. Le modalità di accesso e l'organizzazione del processo di presa in carico dei cittadini non autosufficienti sono disciplinate dal Documento di organizzazione di cui all'art.13, che definisce tra l'altro le modalità di integrazione della dotazione organica dell'UVM zonale tenendo conto di tutte le strutture organizzative e Centri di Responsabilità, aziendali e dei comuni associati, coinvolti nel processo di presa in carico dei cittadini non autosufficienti.

Art. 13 Assetto organizzativo

1. In ambito di Zona- Distretto sono definiti gli assetti organizzativi necessari allo svolgimento delle attività previste dalla presente Convenzione mediante un apposito Documento di Organizzazione della Zona-Distretto. Tale documento, nel rispetto del Regolamento organizzativo degli Enti firmatari, disciplina gli assetti e le modalità di funzionamento delle Strutture Organizzative degli Enti stessi, che sono coinvolte, ai fini dell'esercizio dell'integrazione socio-sanitaria, nei processi di:
 - a) Programmazione
 - b) Organizzazione
 - c) Attuazione
 - d) Monitoraggio e controllo
2. Il documento di organizzazione, in particolare, definisce:
 - a) gli assetti delle strutture organizzative
 - ruoli e responsabilità
 - funzioni
 - obiettivi
 - risorse (strutturali, tecnologiche, umane)
 - organizzazione interna (organigramma, sedi, attività, prestazioni, accessibilità)
 - analisi dei processi
 - modalità di interazione
 - b) l'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano
 - ruoli e responsabilità
 - funzionigramma
 - processi di lavoro
 - modalità di interazione
 - sistema di analisi dei bisogni e di rilevazione e monitoraggio dei costi e dei risultati
 - c) le modalità di coordinamento interprofessionale e organizzativo in relazione ai percorsi assistenziali integrati
 - d) le modalità di coordinamento operativo tra le strutture organizzative della Azienda Sanitaria e quelle dei Comuni associati ai fini dell'integrazione gestionale in campo socio-sanitario
 - e) le modalità di strutturazione di un sistema di qualità (criteri di valutazione e indicatori) dei percorsi di integrazione socio-sanitaria della Zona
 - f) i flussi informativi e la raccolta dati
 - g) le modalità di comunicazione esterna e interna
3. Il documento di organizzazione di cui al comma 1 è elaborato in sede di Ufficio di direzione di Zona distretto, come integrato ai sensi dell'art. 14 della presente Convenzione con il supporto e la collaborazione dell'Ufficio di Piano ed è inoltrato dal Direttore di Zona Distretto alla Conferenza Integrata competente per l'approvazione entro novanta giorni dalla stipula della presente Convenzione.

Art. 14 - Integrazione gestionale

1. Al fine di assicurare l'integrazione gestionale in campo socio-sanitario, le Strutture organizzative dell'azienda sanitaria e dei Comuni definiscono le modalità di coordinamento finalizzate a realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata.
2. Il coordinamento operativo è assicurato dall'Ufficio di Direzione zonale che coadiuva il responsabile di zona nelle funzioni gestionali.
3. L'Ufficio di Direzione zonale è costituito secondo l'art 64, comma 6 della l.r. 40/2005 così come modificato dall'art.9, comma 6 della l.r. 44/2014 ed è integrato dal Responsabile unico dei Servizi Sociali dei Comuni associati.
4. L'Ufficio di Direzione zonale può prevedere l'attivazione di specifici gruppi di responsabilità distinti secondo le diverse aree amministrative e tecniche o funzionali, con lo scopo di associare le responsabilità gestionali delle Strutture organizzative degli Enti firmatari.

Titolo V - Integrazione dei processi assistenziali

Art. 15 – Regolamento unico dei criteri di accesso e compartecipazione degli utenti

1. Il sistema di accesso ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie del territorio della zona livornese è unico, omogeneo ed integrato.
2. Le modalità e i criteri di agevolazione e compartecipazione economica degli utenti al costo sociale delle prestazioni socio-sanitarie zonali (soglie e fasce di agevolazione) sono disciplinati dal Regolamento Unico dei Comuni associati in coerenza con gli specifici Atti di indirizzo Regionale ed in funzione della necessaria equità ed omogeneità dell'offerta assistenziale.
3. A far data dalla sottoscrizione della presente Convenzione, le proposte di modifica e aggiornamento del Regolamento Unico di cui al comma 2 riguardanti l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie che ne costituiscono l'oggetto sono approvate dalla conferenza integrata ed elaborate congiuntamente del direttore di zona distretto e dal responsabile unico dei servizi sociali membro dell'Ufficio di Direzione della stessa Zona-distretto nel rispetto degli equilibri di bilancio dei Comuni associati firmatari.
4. Allo scopo di assicurare pari opportunità di accesso alle prestazioni di assistenza socio-sanitaria zonali, le modalità ed i criteri di accesso, agevolazione e compartecipazione economica degli utenti sono definiti e parametrati tenendo conto della diversa capacità contributiva e di spesa degli utenti risultante dall'ISEE di cui al Dpcm n.159/2013 e successivi decreti attuativi.
5. Gli introiti derivanti dalla compartecipazione degli utenti al costo sociale delle prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 4 concorrono alla determinazione delle risorse finanziarie rese disponibili dai Comuni associati firmatari per il conseguimento delle finalità della presente convenzione.

Art. 16 – Coordinamento operativo interprofessionale

1. Al fine di assicurare l'integrazione interprofessionale in campo sociosanitario, le strutture operative dell'Azienda Sanitaria e dei Comuni associati definiscono le modalità di coordinamento interprofessionale finalizzate a realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata anche in relazione ai percorsi assistenziali specifici di ciascun settore assistenziale.
2. Sono definite aree tecnico-professionali omogenee in cui può operare personale appartenente ai diversi Enti. Le aree sono individuate nel documento di organizzazione e, al fine di garantirne l'operatività, l'uniformità degli interventi, la verifica e il monitoraggio, per ognuna di esse è individuato dal Responsabile di Zona-Distretto e dal Responsabile unico dei Servizi Sociali dei Comuni, un coordinatore. Nel documento di organizzazione sono esplicitati i criteri di individuazione dei coordinatori e le modalità di interazione tra le diverse aree.
3. Al fine di garantire l'integrazione tra le diverse strutture organizzative e figure professionali l'Ufficio di Direzione zonale individua specifici "Gruppi integrati di responsabilità" multi professionali composti da tutti i diversi centri di responsabilità dei Comuni associati e dell'A.usl operanti in aree tematiche afferenti ai distinti obiettivi di intervento della programmazione attuativa, con particolare riferimento a quelli relativi alle macro-aree di tutela risultanti dal D.lgs n.216/2010 in materia di determinazione dei costi e fabbisogni standard degli enti locali e alle corrispondenti aree di integrazione socio-sanitaria di cui al D.pcm del 14-2-2001 e successive modifiche e integrazioni in materia di prestazioni e LEA socio-sanitari. Per una maggiore operatività possono essere stipulati dalla Azienda Sanitaria e i Comuni protocolli con altri Enti per una partecipazione dei propri rappresentanti a tali gruppi.
4. I protocolli operativi di settore sono gli strumenti necessari per il coordinamento operativo e interprofessionale. I protocolli specificano e guidano i processi di integrazione nei diversi ambiti assistenziali, le modalità interprofessionali e organizzative dei percorsi assistenziali integrati, in particolare per quanto riguarda i processi di presa in carico dei bisogni complessi, in funzione della continuità assistenziale e dell'appropriatezza. Essi prevedono l'impegno congiunto e coordinato delle diverse professionalità operanti nelle Aziende Sanitarie e nei Comuni. I protocolli sono definiti in particolare nell'ambito dei gruppi multi professionali ed approvati dall'Ufficio di Direzione zonale previa condivisione nell'ambito dell'Ufficio di Direzione stesso.

5. L'esercizio delle funzioni di cui all'art 11, comma 2 della l.r. 41/2005 opera tramite il Servizio Sociale Unico come da Convenzione disciplinante la Gestione Associata delle funzioni e servizi di assistenza sociale dei Comuni firmatari.
6. Per le materie sociali il referente professionale unico è il Coordinatore sociale di Zona dei comuni associati di cui all'art 37 della l.r. 41/2005. Il Servizio Sociale Unico assicura la valutazione professionale del bisogno e la presa in carico dei cittadini utenti, mediante la predisposizione, il monitoraggio e la verifica del progetto individualizzato di assistenza.

Art 17. – Presidi sociosanitari zonali

1. I presidi territoriali della Zona-distretto e le strutture dei Comuni associati costituiscono le sedi in cui vengono svolte le attività interprofessionali e in cui vengono erogati i servizi socio-sanitari integrati.
2. Gli Operatori dei servizi sociali e socio-sanitari svolgono stabilmente e congiuntamente la propria attività presso i presidi territoriali identificati nel documento di organizzazione e sono tenuti al rispetto del relativo Regolamento del Presidio.
3. I locali, funzionali allo svolgimento delle attività previste, sono identificati dall'Ente possessore dell'edificio tenendo conto dei bisogni espressi dai responsabili delle strutture organizzative di appartenenza degli operatori. Eventuali lavori di adeguamento richiesti da un Ente per esigenze proprie sono a carico dello stesso, previa autorizzazione dell'Ente possessore.
4. L'Ente ospitante mette a disposizione gli arredi necessari per lo svolgimento delle attività così come sono a suo carico le utenze. Le dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento del lavoro quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, materiale informatico, cancelleria, automezzi, sono a carico dell'Ente di appartenenza degli Operatori.
5. Gli Enti firmatari convengono che dal punto di vista della sicurezza tutti gli obblighi di prevenzione e protezione sono a carico dell'Ente ospitante, fatto salvo l'obbligo a carico dell'Ente di appartenenza degli operatori relativamente ai rischi tipici della specifica attività, compresi quelli di informazione e formazione.

Titolo VI Disposizioni finali

Art.- 18 - Rapporti finanziari

1. Per il conseguimento delle finalità della presente Convenzione gli enti firmatari si impegnano a rendere disponibili, per quanto di rispettiva competenza, le risorse finanziarie sociali e sanitarie necessarie all'attuazione degli obiettivi condivisi, come determinate annualmente dagli atti di programmazione approvati dalla Conferenza integrata nel rispetto dei vincoli di bilancio dei medesimi enti firmatari.
2. In fase di prima applicazione della presente Convenzione la dotazione complessiva di risorse di cui al comma 1 è quella risultante dalla declaratoria delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui all'art. 4. della presente Convenzione e parte integrante e sostanziale della stessa.
3. La quota di finanziamento di parte sociale è posta indistintamente a carico dei Comuni associati ed è ripartita tra gli stessi secondo le modalità previste dal vigente atto associativo.

Art.- 19.. - Obbligo di informazione reciproca

1. Gli enti firmatari si impegnano a trasmettere tempestivamente ogni informazione o dato contabile e di attività inerente alle materie oggetto della presente Convenzione richiesto dalla conferenza Integrata nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Art. – 20 Recesso

1. I singoli enti firmatari hanno facoltà di recedere dalla presente convenzione previo preavviso comunicato con anticipo di almeno tre mesi a tutti gli Enti rappresentati nella Conferenza integrata nei seguenti casi:

- a. Gravi e reiterate inadempienze e inosservanze degli obblighi e degli impegni derivanti dalla presente Convenzione da parte di uno o più degli altri enti firmatari;
 - b. Modifiche della zonizzazione di cui alla LR n.40/2005;
 - c. Eventuale Incompatibilità con sopravvenute disposizione legislative in materia di esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni;
 - d. Qualora il Comune firmatario di Capraia-isola, receda dalla convenzione per l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni della zona livornese optando, prima della scadenza naturale della presente Convenzione, per l'esercizio associato della totalità delle proprie funzioni fondamentali mediante Unione di Comuni con ambito territoriale ottimale non coincidente con quello della stessa zona-distretto livornese.
2. In caso di recesso gli enti firmatari provvedono nei tre mesi successivi al pre-avviso a regolare le modalità di successione e subentro nei rapporti giuridici ed economico finanziari facenti capo all'ente recedente aggiornando la disciplina dei conseguenti rapporti finanziari;
 3. Nel caso di cui al comma 1 lett. d la definizione degli atti di regolazione di cui al comma 2 coinvolge la subentrante unione di Comuni, alla quale è estensibile la presente Convenzione in sede di rinnovo per il successivo quinquennio;
 4. L'atto di regolazione di cui al comma 2 è approvato dalla Conferenza integrata previa acquisizione del parere obbligatorio dei Consigli Comunali degli enti firmatari;

Art.- 21- Risoluzione Consensuale

1. La presente Convenzione si risolve consensualmente nel caso in cui gli enti firmatari ne rilevino l'incompatibilità con eventuali sopravvenute disposizioni legislative nazionali o regionali.
2. La risoluzione ha effetto a seguito della preventivo inoltro agli enti firmatari dell'Atto disciplinante gli effetti della risoluzione e le modalità di successione e subentro degli stessi nelle attività e passività e nei rapporti giuridici ed economico finanziari in essere debitamente approvata dalla Conferenza integrata.

Art.22 – Disposizioni transitorie

1. Per il pieno conseguimento delle finalità e la produzione degli effetti della presente convenzione i sotto-elencati adempimenti ed atti funzionali alla messa a regime sono realizzati con la tempistica ed entro le scadenze di seguito indicate:
 - a. Entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Convenzione: Costituzione dell'Ufficio Unico di Piano mediante la designazione e la nomina dei componenti di cui all'ar.10
 - b. Entro 90 giorni dalla sottoscrizione della Convenzione: definizione e approvazione del Documento unico di organizzazione di cui all'art.13
 - c. Entro 180 giorni dalla sottoscrizione: Costituzione e nomina dei componenti del Comitato di partecipazione di cui all'art. 11 mediante la preventiva Pubblicazione di un apposito avviso pubblico per la manifestazione di interesse delle organizzazioni in possesso dei necessari requisiti e la designazione dei relativi rappresentanti.
2. In caso di recesso di uno dei Comuni firmatari dalla Convenzione disciplinante l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale dei Comuni della zona livornese la presente Convenzione è estensibile alle Unioni di Comuni a cui gli stessi enti locali recedenti abbiano eventualmente aderito.

Art. 23 - Controversie

1. La risoluzione di eventuali controversie che dovessero insorgere tra gli enti firmatari a seguito di inadempienze o inosservanza degli impegni con la sottoscrizione della presente Convenzione è demandata al Foro competente, individuato nel Tribunale di Livorno.

Art. 24 - Spese di registrazione

1. La presente Convenzione è soggetta a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 c.2 del DPR 26/4/1986 n. 131. Le spese contrattuali e di registrazione sono poste a carico degli enti firmatari e ripartite tra gli stessi proporzionalmente alle quote decisionali di cui all'art.5 comma 2.

Art. 25 - Clausola finale

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente Convenzione si rinvia alla normativa in vigore.

Letto Approvato e sottoscritto

Comune associato di Capraia Isola

Comune associato di Collesalveti

Comune associato di Livorno

A.usl 6

CC. 2-A

Allegato A - Assistenza socio-sanitaria ai n.a. anziani e disabili della zona livornese. Servizi e risorse consumate - Pre-consuntivo 2014

servizi socio-sanitari per la n.a. x tipo di prestazioni	Tot. utenti assistiti con PAP 2014	Costi della produzione 2014		Risorse pre-consuntive 2014	Copertura finanziaria x tipo di fonte			Tot. Valore della produzione 2014
		Consumato x personale dip.	Consumato x beni e servizi		Risorse da bilanci Comunali	Fondo reg. N.A. x Zona (+ risorse proprie SdS)	Fondi reg. vincolati e/o correlati	
telesegu. anz. - teleassistenza x anziani fragili	533		"sociale puro" (nc socio-san.)					
erogazione contributi a sostegno della Vita Indipendente dei disabili	33		301.401,86	301.401,86		301.401,86		301.401,86
erogazione contributi/Voucher x assistenza familiare a n.a. over 64	256		378.650,00	378.650,00				378.650,00
erogazione contributi/Voucher x assistenza familiare a n.a. under 65	150		160.806,00	160.806,00				160.806,00
assistenza domiciliare ad anziani n.a. (bassa-media intensità)	369		1.280.513,59	1.280.513,59	47.159,10	1.243.354,49		1.280.513,59
assistenza domiciliare a disabili n.a. (bassa-media intensità)	74		476.702,76	476.702,76	15.783,47	460.919,29		476.702,76
assistenza domiciliare ad anziani n.a. con Alzheimer (alta intensità)	228		842.051,64	842.051,64			842.051,64	842.051,64
assistenza domiciliare a disabili n.a. (alta intensità)	2		68.060,00	68.060,00		61.000,00		68.060,00
TOT. LIVELLO DOMICILIARE	1112		3.518.185,95	3.518.185,95	62.942,57	2.304.729,78	842.051,64	3.518.185,95
integrazione rete in CD per disabili con H medio-grave	53		322.117,00	322.117,00				322.117,00
Assistenza a ciclo diurno per anziani fragili - (32 posti)	98	90.400,71	277.981,20	368.381,91				368.381,91
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per anziani n.a. - (8 p. mod.basse)	32		141.599,04	141.599,04	63.533,36			141.599,04
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per disabili n.a. under 65 - (35 p.)	89		726.330,65	726.330,65				726.330,65
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno in RSD accreditate	4		500.000,00	500.000,00				500.000,00
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per alzheimer (15 posti)	36		305.000,00	305.000,00				305.000,00
TOT. LIVELLO INTERMEDIO	302	90.400,71	2.273.027,99	2.363.428,60	1.327.493,74	63.533,36	972.491,50	2.363.428,60
Medic. Assistenza-Assistenza Leggera per anziani fragili	2	139.202,13	217.077,10	356.279,23				
Assistenza ai n.a. in RSA pubbliche (312 posti) e private - mod. base	445		12.214.196,15	12.214.196,15	5.815.784,08	14.456,00	6.383.956,07	12.214.196,15
Assistenza in RSA private accreditate - mod.2 - stati vegetativi	6		232.671,80	232.671,80	87.571,80			232.671,80
Assistenza ai n.a. in RSA pubbliche (14 posti) e private - mod.3 - Alzheimer	27		599.593,80	599.593,80	249.371,50			599.593,80
Assistenza in Comunità Alloggio Proteitte x disabili accreditate	34		707.757,17	707.757,17	188.966,77	94.475,20		707.757,17
Assistenza in Residenze Sanitarie x disabili (RSD)	40		3.700.000,00	3.700.000,00				3.700.000,00
TOT. LIVELLO RESIDENZIALE	552		13.754.208,9	17.454.208,92	6.341.694,16	108.931,20	10.545.260,57	17.454.208,92
TOTALE ASSISTENZA AI N.A. ZONA LIVORNESE	1.898	90.400,71	19.545.423	23.835.823,37	17.732.040,46	2.477.943,34	12.559.803,71	23.835.823,37

Anna Lorenzini

Simone Pizzarello

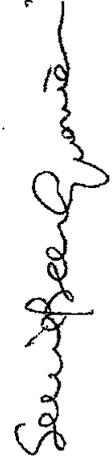
NOTA: Il presente prospetto riassuntivo evidenzia i servizi e le prestazioni socio-sanitarie erogati in favore di disabili e anziani n.a. della zona livornese, i relativi costi diretti e le corrispondenti fonti di finanziamento, così come risultanti dalla contabilità analitica a pre-consuntivo 2014. Questo ed i successivi prospetti danno conto dei soli costi diretti dei servizi, al netto dei ribalamenti dei costi imputabili alle attività amministrative generali e tecniche di supporto. Parimenti, non sono rilevati nel prospetto i costi imputabili al personale dipendente dagli enti gestori proposto alle attività di regolazione dell'accesso, valutazione multidimensionale e presa in carico nell'ambito dei competenti gruppi multidisciplinari (UVM, UVMD/GOM). I successivi prospetti danno conto dei servizi erogati e delle risorse consumate per ente gestore (A.usl 6 o Comune capofila) evidenziandone le modalità di gestione (diretta o indiretta, mediante erogatori privati) ed i conseguenti vincoli di spesa.

Assistenza socio-sanitaria per la n.a. di anziani e disabili - gestione mediante Comune Capofilia della forma associata

servizi socio-sanitari per la n.a. x tipo di prestazioni	Tot utenti assistiti con PAP 2014	Costi della produzione 2014		Risorse consumate Pre-consumativo 2014	Copertura finanziaria x tipo di fonte			Quota sanitarie aggiuntive su Fondo reg. no	Tot. Valore della produzione 2014	Ente gestore e modalità di gestione
		Consumato x personale dip.	Consumato x beni e servizi		Risorse da Bilanci Comunali (Comune-utente)	Fondo reg. N.A. x Zona (+ risorse proprie SdS)	Fondi reg. vincolati e/o correlati			
le bonveglanze-le-assistenze per anziani fragili			"Nella cura" (no socio-san.)						Comune capofilia gest. indiretta	
erogazione contributi a sostegno della Vita indipendente dei disabili	33	301.401,86	301.401,86	301.401,86		301.401,86		301.401,86	Comune capofilia gest. diretta	
erogazione contributi Voucher x assistenza familiare a n.a. over 64	236	378.650,00	378.650,00	378.650,00		378.650,00		378.650,00	Comune capofilia gest. diretta	
erogazione contributi Voucher x assistenza familiare a n.a. under 65	150	160.806,00	160.806,00	160.806,00		160.806,00		160.806,00	Comune capofilia gest. diretta	
assistenza domiciliare ad anziani n.a. (bassa-media intensità)	369	1.290.513,59	1.290.513,59	1.290.513,59		1.290.513,59		1.290.513,59	Comune capofilia gest. diretta	
assistenza domiciliare a disabili n.a. (bassa-media intensità)	74	476.702,76	476.702,76	476.702,76		476.702,76		476.702,76	Comune capofilia gest. diretta	
TOT. LIVELLO DOMICILIARE	832	2.508.074,21	2.508.074,21	2.508.074,21		2.508.074,21		2.508.074,21		
integrazione retta in CD per disabili con handicap medio-grave	53	322.117,00	322.117,00	322.117,00		322.117,00		322.117,00	Comune capofilia gest. indiretta	
Assistenza a ciclo diurno per anziani fragili - (32 posti)	98	90.400,71	277.981,20	368.381,91		368.381,91		368.381,91	Comune capofilia gest. indiretta	
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per anziani n.a. - (8 p. mod.basse)	32		141.599,04	141.599,04		78.065,68		141.599,04	Comune capofilia gest. diretta	
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per disabili n.a. under 65 - (35 p.)	39		714.846,31	714.846,31		395.539,31		714.846,31	Comune capofilia gest. diretta	
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per Alzheimer (15 posti)	36		305.000,00	305.000,00		163.250,15		305.000,00	Comune capofilia gest. diretta	
TOT. LIVELLO INTERMEDIO	198	90.400,71	1.761.543,55	1.851.944,26		83.889,36		1.851.944,26		
Medico Residenza Assistenza Leggere per anziani fragili		139.202,18	217.977,10	357.179,28					Comune capofilia gest. indiretta	
Assistenza al n.a. in RSA pubbliche - mod. base (312 posti)			11.516.158,49	11.516.158,49		5.882.948,58		11.516.158,49	Comune capofilia gest. diretta	
Assistenza al n.a. in RSA pubbliche - mod. 3 (14 posti)	453		599.583,80	599.583,80		249.871,50		599.583,80	Comune capofilia gest. diretta	
Integrazione retta di ricovero in RSA accreditate - mod.basse + mod.2	25		234.863,30	234.863,30		220.407,30		234.863,30	Comune capofilia gest. indiretta	
Integrazione della retta di ricovero in CAP x disabili accreditate	34		207.054,77	207.054,77		188.966,77		207.054,77	Comune capofilia gest. indiretta	
TOT. LIVELLO RESIDENZIALE	512		12.557.960,41	12.557.960,36		6.241.694,15		12.557.960,36		
TOTALE ASSISTENZA (AI N.A. ZONA LIVORNESE)	1.592	90.400,71	16.927.279,11	17.017.678,83		7.732.040,77		17.017.678,83		

NOTA: Nel prospetto riassuntivo dei dati contabili e di attività risultanti a pre-consumativo 2014 sono evidenziati unicamente i costi diretti di produzione dei servizi e delle prestazioni di assistenza socio-sanitaria considerate, al netto dei ribalamenti dei costi imputabili alle attività amministrative generali e tecniche di supporto. Parimenti, non sono rilevati nel prospetto i costi imputabili al personale dipendente dall'ente gestore preposto alle attività di regolazione dell'accesso, valutazione multidimensionale e presa in carico nell'ambito dei competenti gruppi multidisciplinari (UVM, UVD, ex GOM-GOIF).

Occorre inoltre segnalare che, limitatamente ai servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale gestiti indirettamente mediante soggetti privati accreditati, i costi di parte sociale sono rilevati al netto della quota-parte a carico dell'utenza, che in questo caso non transita dal Bilancio del gestore Comune capofilia. In caso di gestione indiretta non si tratta pertanto del costo pieno del servizio erogato, ma unicamente della quota-parte a carico del Bilancio dell'ente pubblico gestore (integrazione della retta di ricovero dovuta dal Comune nell'esercizio della sua funzione sussidiaria). Tuttavia è evidente che la quota di compartecipazione dell'utenza alla copertura dei costi delle prestazioni erogate, benché computata solo parzialmente nel prospetto, concorre a tutti gli effetti alla determinazione della dotazione socio-sanitaria complessiva del territorio della Zona-Distretto.


 Enrico Malafra

 Sergio Giamberini

Assistenza socio-sanitaria per la n.a. di anziani e disabili - gestione mediante A.usl 6

servizi socio-sanitari per la n.a. x tipo di prestazioni	Costi (con provvigioni 2014)		Riscossa contrib. 2014	Copertura finanziaria x tipo di fonte		Quota sanitarie appaltate su Fondo reg. na	Ente gestore
	Consumato x personale dip.	Consumato x beni e servizi + quota sanitarie		Fondo reg. N.A. x Zona (+ risorse proprie SdS)	Fondi reg. vincolati o/o correlati		
erogazione contributi a sostegno della Vita Incipiente dei disabili							
Proiezione contributi/Voucher x assistenza familiare a n.a. over 64							
erogazione contributi/Voucher x assistenza familiare a n.a. under 65							
assistenza domiciliare ad anziani n.a. (bassa-media intensità)							
assistenza domiciliare a disabili n.a. (bassa-media intensità)	2	68.060,00	68.060,00	61.000,00	7.060,00		ASL 6
assistenza domiciliare a disabili n.a. (alta intensità)	228	842.051,64	842.051,64				ASL 6
assistenza domiciliare Alzheimer (alta intensità)							
TOTALE CURE DOMICILIARE	230	910.111,64	910.111,64	61.000,00	7.060,00	842.051,64	ASL 6
Assistenza a ciclo diurno per anziani fragili							
Assistenza socio-abilitativa a ciclo diurno per disabili							
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per anziani n.a. - mod. base							
Assistenza riabilitativa a ciclo diurno per disabili (RSD)	4	500.000,00	500.000,00			500.000,00	ASL 6
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per anziani con Alzheimer	36	141.749,85	141.749,85			141.749,85	ASL 6
Assistenza socio-riabilitativa a ciclo diurno per disabili under 65	39	330.741,65	330.741,65			330.741,65	ASL 6
TOTALE LIVELLI INTERMEDIO	79	972.491,50	972.491,50	0,00	0,00	972.491,50	
Modulo Assistenza Assistita Leggera							
Assistenza ai n.a. in RSA pubbliche - mod. base (312 posti)	426	6.015.516,00	6.015.516,00			6.015.516,00	ASL 6
Assistenza ai n.a. in RSA pubbliche - mod. 3 - Alzheimer (14 posti)	27	350.212,30	350.212,30			350.212,30	ASL 6
Integrazione della retta di ricovero in RSA accreditate							
Ricoveri in RSA accreditate - mod. base	19	368.440,07	368.440,07			368.440,07	ASL 6
Ricoveri in RSA accreditate - mod.2 (stadi vegetativi)	6	145.100,00	145.100,00			145.100,00	ASL 6
Ricoveri in CAP x disabili accreditate	23	500.702,40	500.702,40	76.387,20		424.315,20	ASL 6
Ricoveri in Residenza Sanitaria per Disabili	40	3.700.000,00	3.700.000,00			3.700.000,00	ASL 6
TOTALE LIVELLO RESIDENZIALE	547	11.079.970,77	11.079.970,77	76.387,20	0,00	10.545.260,57	ASL 6
TOTALE SANAZIONE ASSISTITA	677	12.982.572,31	12.982.572,31	137.387,20	7.060,00	12.599.985,11	

NOTA: Nel prospetto riassuntivo dei costi correnti e di attività risultanti a pre-consuntivo 2014 sono indicati unicamente i costi diretti dei servizi e delle prestazioni assistenziali indicate, al netto dei rimborsamenti dei costi derivanti dalle attività amministrative generali e tecniche di supporto. Periferici, non sono indicati nel prospetto i costi imputabili al personale dipendente dell'ente gestore presso gli uffici di regolazione dell'accesso, valutazione multidimensionale e prosig in carico nell'ambito dei competenti gruppi multidisciplinari (UMM, UVIDEOM-GOF)

24/3/2015

Defanto

2

Letto, approvato e sottoscritto

La Presidente
Cepparello

Il Segretario Generale
Ascione

CERTIFICATO PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata affissa in data odierna all'Albo on line del Comune presente nella rete civica per rimanervi in pubblicazione per quindici giorni consecutivi.

Livorno, 20 OTT. 2015

L'incaricato alla pubblicazione
La Resp. Uff. Archivio e Protocollo
Lorena Marconi

LA PRESENTE DELIBERAZIONE

- E' eseguibile trascorso il decimo giorno dalla sua pubblicazione, senza reclami, all'albo pretorio ai sensi dell'art. 134, comma 3 del D.Lgs 267/2000
- E' eseguibile dal momento della sua adozione ai sensi dell'art. 134, 4° comma D.Lgs 267/2000

Livorno, 20 OTT. 2015

Per copia conforme

Livorno,

p. IL SEGRETARIO GENERALE

COPIE PER	
ALBO	
ATTI	