

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

Azienda USL Toscana centro

DELIBERA N. 3 DEL 24/10/2025

Oggetto: Approvazione dell'Accordo per la gestione diretta e unitaria tra l'Azienda USL Toscana Centro e le SdS, previsto dall'art. 71 bis L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii.

SdS / Zona	Presidente	quote	presenti	assenti
SDS Firenze	Nicola Paulesu	23%	x	
SDS Mugello	Leonardo Romagnoli	4%	x	
SDS Nord Ovest	Camilla Sanquerin	13%	x	
SDS Pratese	Davide Lo Castro	16%	x	
SDS Pistoiese	Anna Maria Ida Celesti	11%	x	
SDS Sud Est	Francesco Pignotti	11%		x
SDS Valdinievole	Simona De Caro	7%	x	
SDS Empolese Valdarno Valdelsa	Francesca Gianni	15%		x
Articolazione Territoriale Valdarno Inferiore	Simone Giglioli	-		x

Verificata la legittima costituzione della Conferenza Aziendale dei Sindaci dell'Azienda sanitaria Toscana Centro, effettuata in data 24 Ottobre 2025 ai sensi dell'art. 12 della LR 40/2005 ss.mm.ii.;

Visto:

- il D.Lgs. 502/92 ss.mm.ii. *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- la L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. *“Disciplina del servizio sanitario regionale”*;

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

Azienda USL Toscana centro

Considerata la Delibera della Conferenza Aziendale dei Sindaci dell'Azienda Usl Toscana Centro n. 1 del 24/01/2019 con la quale veniva approvato il relativo Regolamento di funzionamento;

Richiamata la propria deliberazione n. 1 del 16/01/2025 con la quale questa Conferenza ha eletto tra i propri membri la Vicepresidente della Conferenza stessa nella persona di Anna Maria Ida Celesti, Presidente del Consorzio SdS Pistoiese;

Tenuto conto che la Conferenza Aziendale dei Sindaci, in ossequio a quanto previsto dall'art.5 comma 2 del Regolamento di funzionamento, è stata convocata dalla la Vicepresidenza della Conferenza stessa nella persona di Anna Maria Ida Celesti, Presidente del Consorzio SdS Pistoiese

Visti:

- la legge n. 241/1990, e ss.mm.ii., che all'art. 15 prevede la possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- il decreto legislativo n. 502/1992, e ss.mm.ii., (*"Riordino della disciplina in materia sanitaria"*), in particolare l'art. 3 relativo all'organizzazione delle unità sanitarie locali e del distretto e in cui si definiscono le prestazioni sociosanitarie;
- la legge n. 328/2000 (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*), che delinea, in una logica di sussidiarietà orizzontale, un sistema di governance tra soggetti istituzionali con competenze diverse (Comuni, Regioni e Stato) volto a ottimizzare l'efficienza delle risorse e la frammentarietà degli interventi;
- la legge costituzionale n. 3/2001 (*"Riforma del Titolo V della Costituzione"*), che ridefinisce le competenze legislative e in particolare l'art. 117 della Costituzione;
- la legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii. (*"Disciplina del Servizio Sanitario Regionale"*), che individua nelle Società della Salute il luogo in cui si realizza l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con le attività assistenziali di competenza comunale e nel Piano Integrato di Salute lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie;
- la legge regionale n. 41/2005, e ss.mm.ii. (*"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"*), che individua i soggetti istituzionali che contribuiscono all'erogazione delle prestazioni del sistema integrato e definisce le modalità di accesso unitarie ai servizi stessi;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 243/2011 (*"Approvazione disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Modifica alla DGRT n. 1265 del 28 dicembre 2009"*);
- la legge regionale n. 84/2015 (*"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005"*), che conferma le funzioni della Zona-Distretto quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, precisando che l'integrazione sociosanitaria è assicurata dalla Società della Salute, laddove costituita ed esistente, e che la Zona-Distretto o la Società della Salute costituiscono il livello unitario di organizzazione delle funzioni direzionali, interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate e prevedendo in particolare che la Zona-Distretto e la Società della Salute esercitino le seguenti funzioni di programmazione e di gestione inerenti rispettivamente alle proprie competenze di cui agli artt. 64 e 71-bis della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii.:
 - a) definizione dei bisogni di salute della popolazione afferente, conseguente allocazione delle risorse e monitoraggio dei risultati operativi;
 - b) organizzazione della presa in carico e dei percorsi assistenziali delle cronicità, delle fragilità e delle complessità;
 - c) organizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e dell'integrazione sociosanitaria;
 - d) organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate;
 - e) concorso alla programmazione e alla definizione degli obiettivi di budget, sia a livello territoriale, che ospedaliero nell'ambito della direzione aziendale in area vasta;

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

Azienda USL Toscana centro

- l'art. 64.1, comma 2, della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., stabilisce inoltre che presso ciascuna Zona-Distretto o Società della Salute, rispettivamente il Responsabile di Zona o il Direttore della Società della Salute:

- a) garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'Azienda USL e gli enti locali e svolge le attività di programmazione sanitaria e di integrazione sociosanitaria in diretta relazione con la Conferenza Zonale dei Sindaci;
- b) coordina le attività amministrative e tecniche di Zona;
- c) gestisce il budget di Zona, definisce e negozia i rispettivi budget con i Dipartimenti territoriali e con le Unità Funzionali di Zona;
- d) si raccorda con il Direttore del Presidio Ospedaliero di Zona, al fine di garantire, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e sociosanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità;
- e) svolge attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali;
- f) garantisce e promuove la partecipazione dei cittadini.

- il DPCM 12 gennaio 2017 (*"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*) e il successivo decreto del Ministero della Salute 25 novembre 2024 che definisce le tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, aggiornando i relativi nomenclatori tariffari;

- la legge regionale n. 11/2017 (*"Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005"*), la quale espressamente prevede all'art. 22 l'istituzione dal 1° gennaio 2018 delle zone distretto di nuova istituzione e disciplina le modalità di esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria;

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 1314/2022, che fornisce indicazioni relative all'individuazione di strumenti e azioni di supporto per l'implementazione della gestione diretta, tra cui aspetti inerenti alla dimensione organizzativa e del personale, al fine di armonizzare, in coerenza con la disciplina vigente, l'applicazione del modello della Società della Salute sul territorio regionale;

- le *"Linee di Indirizzo per la Contrattazione Collettiva del SSN (Sistema Sanitario Nazionale)"* del 21 febbraio 2024;

- la Convenzione con le quali si sono formalmente costituita le Società della Salute;

Considerato che:

- il comma 2 dell'art. 71 bis della legge regionale n. 40/2005, come modificato dall'art. 7, comma 2, della legge regionale n. 11/2017, stabilisce che *"La società della salute è ente di diritto pubblico, costituita in forma di consorzio e dotata di personalità giuridica e di autonomia organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso la quale la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. La società della salute svolge la propria attività mediante assegnazione diretta delle risorse"*;

- i commi 3 bis e 3 ter dell'art. 71 bis della legge regionale n. 40/2005, come modificato dall'art. 7, comma 2, della legge regionale n. 11/2017, di seguito integralmente riportati, prevedono l'attivazione della modalità di gestione diretta da parte delle Società della Salute e la previsione che il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) ne debba specificare *"i contenuti minimi, i tempi e le modalità"*:

"comma 3 bis: la società della salute esercita direttamente tramite le proprie articolazioni organizzative, le funzioni di cui al comma 3, lettere a), b) ed e);

comma 3 ter: il piano sanitario e sociale integrato regionale individua, fatta eccezione per le zone-distretto formate da un solo comune, con riferimento alle funzioni di cui al comma 3 lettere c) e d) i contenuti minimi ed i tempi e le modalità con cui la società della salute assicura la gestione diretta.

a) con riferimento ai livelli essenziali di assistenza per le attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e le altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;

b) con riferimento al nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali per i livelli essenziali delle prestazioni sociali;"

- il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020, approvato con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 73/2019, al capitolo denominato *"Il ruolo della Zona Distretto e il suo assetto"*, al paragrafo *"La Società della Salute e la convenzione sociosanitaria"*, fatta eccezione per le Zone

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

Azienda USL Toscana centro

Distretto formate da un solo Comune, indica i contenuti minimi, tempi e le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta, prevedendo quanto segue:

- l'ambito di applicazione delle funzioni C e D, indicando tutte le attività rientranti in queste categorie e in particolare:
 1. nei contenuti minimi riferiti alla funzione C sono ricomprese oltre alle materie di ambito della Salute Mentale, Dipendenze e Consultorio, le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili, nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata;
 2. nei contenuti minimi riferiti alla funzione D sono ricompresi: l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale.
- i tempi con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni suddette, individuando due date: il 30 giugno 2020, data entro la quale le Società della Salute hanno trasmesso alla Giunta Regionale la documentazione attestante il passaggio alla gestione diretta e unitaria e il 1° gennaio 2021, data entro la quale ha realizzato la gestione diretta;
- le modalità con cui assicurare la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinate:
 1. la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti alle materie oggetto della gestione diretta individuate dal PSSIR 2018-2020. La gestione diretta delle Società della Salute richiede personale adeguato alla nuova modalità di gestione. Pertanto, nella deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 sono definiti i criteri di base per l'individuazione del personale nelle Società della Salute;
 2. la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative, avvalendosi delle opportune figure professionali e delle necessarie risorse finanziarie, nonché tramite specifici accordi di avvalimento stipulati con uno o più degli enti aderenti, all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti alle materie oggetto della gestione diretta individuate dal PSSIR 2018-2020. Gli accordi di avvalimento sono esplicitamente funzionali in modo esclusivo agli assetti organizzativi della Società della Salute; devono trovare opportune e specifiche declinazioni operative in relazione al ciclo complessivo di produzione ed erogazione oggetto della gestione diretta da parte della Società della Salute e possono riferirsi unicamente a: avvalimenti per servizi inerenti i processi di tipo amministrativo, per servizi inerenti i processi di tipo contabile e di controllo gestionale e per processi di tipo tecnico;
 3. le modalità di attuazione della gestione diretta possono prevedere, nella fase di avvio, per i percorsi di tipo residenziale e semiresidenziale di Anziani e Disabili, nonché relativamente alle attività amministrative e professionali, l'utilizzo dello strumento dell'assegnazione di budget, anziché il trasferimento diretto di risorse e personale. Il budget, in coerenza con le attività oggetto di programmazione operativa annuale del territorio e al fine di garantirne un corretto e puntuale utilizzo, dovrà essere condiviso con la Società della Salute entro un tempo congruo e per importi certi e appropriati rispetto ai bisogni territoriali, ove non sia prevista da atti regionali una ripartizione economica sui diversi percorsi. Resta inteso che il governo del percorso nonché la responsabilità dei relativi risultati raggiunti sulla base del budget, della programmazione operativa zonale e degli indicatori di risultato e di processo stabiliti, resta in carico alla Società della Salute;
 4. le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta tengono conto di quanto previsto ai commi 5 e 6 dell'art. 71 bis, ovvero la possibilità per la Società della Salute di avvalersi di Enti già costituiti prima del 1° gennaio 2008, sulla base di un contratto di servizio per l'erogazione delle attività di cura e assistenza di competenza,

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

Azienda USL Toscana centro

comprese le prestazioni sociosanitarie già attivate alla stessa data in servizi residenziali e semiresidenziali.

- Il PSSIR 2024-2026 è stato approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 67 del 30 luglio 2025

Viste, infine, la deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 (“Governance delle Reti territoriali”) e la deliberazione del Direttore Generale n. 1748/2019 con la quale l’Azienda Usl Toscana Centro ha approvato la “Governance Territoriale dell’Azienda Toscana Centro – Applicazione in via sperimentale della DGRT n. 269/2019”;

Ritenuto pertanto, in attuazione delle disposizioni normative e regolamentari della Regione Toscana in materia di gestione diretta da parte delle Società della Salute, di aggiornare con il presente Accordo gli elementi di dettaglio relativi ai rapporti tra le Società della Salute e l’Azienda Usl Toscana Centro per la gestione unitaria e diretta, già approvati con la delibera 2/2021 del 28/05/2021 della Conferenza Aziendale dei Sindaci della Azienda USL Toscana Centro.

Considerato che

- lo schema di accordo allegato costituisce una cornice comune, condivisa tra Azienda Usl Toscana Centro e SdS e rappresenta un riconoscimento importante delle Società della Salute e della centralità dell’integrazione sociosanitaria nel territorio della Toscana Centro;
- lo schema di accordo allegato viene opportunamente personalizzato da parte delle singole SdS, al fine di valorizzare le specificità territoriali di ogni singola zona;
- l’applicazione dell’Accordo potrà prevedere la revisione di termini e contenuti, anche in base alle indicazioni regionali in materia.

Visto il documento che si allega alla presente deliberazione sotto la voce di **Allegato A**, quale parte integrante e sostanziale avente per oggetto “*ACCORDO TRA L’AZIENDA USL TOSCANA CENTRO E LA SOCIETA’ DELLA SALUTE “.....” PER LA GESTIONE DIRETTA E UNITARIA EX ART. 71 BIS DELLA LEGGE REGIONALE N. 40/2005, E SS.MM.II.*”;

Dato atto che la definizione dei contenuti del suddetto accordo ha coinvolto i Dipartimenti aziendali principalmente interessati (Direzione Generale, Direzione Servizi Sociali, Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio, Ufficio di Piano Aziendale) e i Direttori delle otto SdS della Toscana Centro.

Ritenuto opportuno approvare il documento di cui trattasi;

Con votazione palese all’unanimità dei presenti

DELIBERA

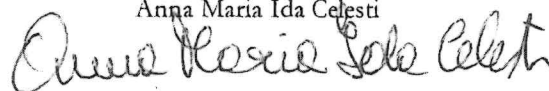
Per le motivazioni espresse in narrativa, che si intendono integralmente richiamate

1. approvare il documento avente per oggetto “*ACCORDO TRA L’AZIENDA USL TOSCANA CENTRO E LA SOCIETA’ DELLA SALUTE “.....” PER LA GESTIONE DIRETTA E UNITARIA EX ART. 71 BIS DELLA LEGGE REGIONALE N. 40/2005, E SS.MM.II.*”, che si unisce al presente atto sotto la voce di **Allegato A** per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente provvedimento ai componenti della Conferenza stessa;

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI
Azienda USL Toscana centro

3. di trasmettere il presente provvedimento alla segreteria del Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana centro;
4. di trasmettere il presente provvedimento al Presidente del Collegio Sindacale dell'Azienda USL Toscana centro.

La Vice Presidente
Anna Maria Ida Celesti



**ACCORDO TRA L'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO E LA SOCIETA'
DELLA SALUTE "....." PER LA GESTIONE DIRETTA E UNITARIA
EX ART. 71 BIS DELLA LEGGE REGIONALE N. 40/2005, E SS.MM.II.**

tra

La **Società** della **Salute**
....., C.F./P.IVA
..... con sede legale a....., nella
persona di....., in qualità

e

L'Azienda USL Toscana Centro, con sede legale in Firenze – Piazza Santa Maria Nuova n. 1, C.F. 06593810481 nella persona di Valerio Mari domiciliato per la carica presso la sede dell'Azienda, il quale interviene esclusivamente in nome, per conto e nell'interesse della medesima Azienda, in virtù dei poteri conferiti con il decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 169/2023;

* * *

PREMESSA

Visti:

- la legge n. 241/1990, e ss.mm.ii., che all'art. 15 prevede la possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- il decreto legislativo n. 502/1992, e ss.mm.ii., (*"Riordino della disciplina in materia sanitaria"*), in particolare l'art. 3 relativo all'organizzazione delle unità sanitarie locali e del distretto e in cui si definiscono le prestazioni sociosanitarie;
- la legge n. 328/2000 (*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*), che delinea, in una logica di sussidiarietà orizzontale, un sistema di governance tra soggetti istituzionali con competenze diverse (Comuni, Regioni e Stato) volto a ottimizzare l'efficienza delle risorse e la frammentarietà degli interventi;
- la legge costituzionale n. 3/2001 (*"Riforma del Titolo V della Costituzione"*), che ridefinisce le competenze legislative e in particolare l'art. 117 della Costituzione;
- la legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii. (*"Disciplina del Servizio Sanitario Regionale"*), che individua nelle Società della Salute il luogo in cui si realizza l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con le attività assistenziali di competenza comunale e nel Piano Integrato di Salute lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie;
- la legge regionale n. 41/2005, e ss.mm.ii. (*"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"*), che individua i soggetti istituzionali che

- contribuiscono all'erogazione delle prestazioni del sistema integrato e definisce le modalità di accesso unitarie ai servizi stessi;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 243/2011 (*"Approvazione disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Modifica alla DGRT n. 1265 del 28 dicembre 2009"*);
 - la legge regionale n. 84/2015 (*"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005"*), che conferma le funzioni della Zona-Distretto quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, precisando che l'integrazione sociosanitaria è assicurata dalla Società della Salute, laddove costituita ed esistente, e che la Zona-Distretto o la Società della Salute costituiscono il livello unitario di organizzazione delle funzioni direzionali, interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate e prevedendo in particolare che la Zona-Distretto e la Società della Salute esercitino le seguenti funzioni di programmazione e di gestione inerenti rispettivamente alle proprie competenze di cui agli artt. 64 e 71-bis della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii.:
 - a) definizione dei bisogni di salute della popolazione afferente, conseguente allocazione delle risorse e monitoraggio dei risultati operativi;
 - b) organizzazione della presa in carico e dei percorsi assistenziali delle cronicità, delle fragilità e delle complessità;
 - c) organizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e dell'integrazione sociosanitaria;
 - d) organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate;
 - e) concorso alla programmazione e alla definizione degli obiettivi di budget, sia a livello territoriale, che ospedaliero nell'ambito della direzione aziendale in area vasta;
 - l'art. 64.1, comma 2, della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., stabilisce inoltre che presso ciascuna Zona-Distretto o Società della Salute, rispettivamente il Responsabile di Zona o il Direttore della Società della Salute:
 - a) garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'Azienda USL e gli enti locali e svolge le attività di programmazione sanitaria e di integrazione sociosanitaria in diretta relazione con la Conferenza Zonale dei Sindaci (lett. a);
 - b) coordina le attività amministrative e tecniche di Zona (lett. b);
 - c) gestisce il budget di Zona, definisce e negozia i rispettivi budget con i Dipartimenti territoriali e con le Unità Funzionali di Zona (lett. c);
 - d) si raccorda con il Direttore del Presidio Ospedaliero di Zona, al fine di garantire, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e sociosanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità (lett. d);
 - e) svolge attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali (lett. e);
 - f) garantisce e promuove la partecipazione dei cittadini (lett. f).

- il DPCM 12 gennaio 2017 (*"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*) e il successivo decreto del Ministero della Salute 25 novembre 2024 che definisce le tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, aggiornando i relativi nomenclatori tariffari;
- la legge regionale n. 11/2017 (*"Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005"*), la quale espressamente prevede all'art. 22 l'istituzione dal 1° gennaio 2018 delle zone distretto di nuova istituzione e disciplina le modalità di esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 1314/2022, che fornisce indicazioni relative all'individuazione di strumenti e azioni di supporto per l'implementazione della gestione diretta, tra cui aspetti inerenti alla dimensione organizzativa e del personale, al fine di armonizzare, in coerenza con la disciplina vigente, l'applicazione del modello della Società della Salute sul territorio regionale;
- le *"Linee di Indirizzo per la Contrattazione Collettiva del SSN (Sistema Sanitario Nazionale)"* del 21 febbraio 2024;
- la Convenzione (rep. del) con la quale si è formalmente costituita la Società della Salute
- l'Atto Costitutivo e lo Statuto della Società della Salute;

Considerato che:

- il comma 2 dell'art. 71 bis della legge regionale n. 40/2005, come modificato dall'art. 7, comma 2, della legge regionale n. 11/2017, stabilisce che *"La società della salute è ente di diritto pubblico, costituita in forma di consorzio e dotata di personalità giuridica e di autonomia organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso la quale la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. La società della salute svolge la propria attività mediante assegnazione diretta delle risorse"*;
- i commi 3 bis e 3 ter dell'art. 71 bis della legge regionale n. 40/2005, come modificato dall'art. 7, comma 2, della legge regionale n. 11/2017, di seguito integralmente riportati, prevedono l'attivazione della modalità di gestione diretta da parte delle Società della Salute e la previsione che il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) ne debba specificare *"i contenuti minimi, i tempi e le modalità"*:
 - *"comma 3 bis: la società della salute esercita direttamente tramite le proprie articolazioni organizzative, le funzioni di cui al comma 3, lettere a), b) ed e);*
 - *comma 3 ter: il piano sanitario e sociale integrato regionale individua, fatta eccezione per le zone-distretto formate da un solo comune, con riferimento alle funzioni di cui al comma 3 lettere c) e d) i contenuti minimi ed i tempi e le modalità con cui la società della salute assicura la gestione diretta:*
 - a) *con riferimento ai livelli essenziali di assistenza per le attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e le altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;*

- b) *con riferimento al nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali per i livelli essenziali delle prestazioni sociali;*”
- il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020, approvato con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 73/2019, al capitolo denominato *“Il ruolo della Zona Distretto e il suo assetto”*, al paragrafo *“La Società della Salute e la convenzione sociosanitaria”*, fatta eccezione per le Zone Distretto formate da un solo Comune, indica i contenuti minimi, tempi e le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta, prevedendo quanto segue:
 - l’ambito di applicazione delle funzioni C e D, indicando tutte le attività rientranti in queste categorie e in particolare:
 - nei contenuti minimi riferiti alla funzione C sono ricomprese oltre alle materie di ambito della Salute Mentale, Dipendenze e Consultorio, le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili, nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata;
 - nei contenuti minimi riferiti alla funzione D sono ricompresi: l’intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale.
 - i tempi con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni suddette, individuando due date: il 30 giugno 2020, data entro la quale le Società della Salute hanno trasmesso alla Giunta Regionale la documentazione attestante il passaggio alla gestione diretta e unitaria e il 1° gennaio 2021, data entro la quale ha realizzato la gestione diretta;
 - le modalità con cui assicurare la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinate:
 - la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative all’intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti alle materie oggetto della gestione diretta individuate dal PSSIR 2018-2020. La gestione diretta delle Società della salute richiede personale adeguato alla nuova modalità di gestione. Pertanto, nella deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 sono definiti i criteri di base per l’individuazione del personale nelle Società della Salute;
 - la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative, avvalendosi delle opportune figure professionali e delle necessarie risorse finanziarie, nonché tramite specifici accordi di avvalimento stipulati con uno o più degli enti aderenti, all’intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti alle materie oggetto della gestione diretta individuate dal PSSIR 2018-2020. Gli accordi di avvalimento sono esplicitamente funzionali in modo esclusivo agli assetti organizzativi della Società della Salute; devono trovare opportune e specifiche declinazioni operative in relazione al ciclo complessivo di produzione ed erogazione oggetto della gestione diretta da parte della Società della Salute e possono riferirsi unicamente a: avvalimenti per servizi inerenti i processi di tipo

amministrativo, per servizi inerenti i processi di tipo contabile e di controllo gestionale e per processi di tipo tecnico;

- le modalità di attuazione della gestione diretta possono prevedere, nella fase di avvio, per i percorsi di tipo residenziale e semiresidenziale di Anziani e Disabili, nonché relativamente alle attività amministrative e professionali, l'utilizzo dello strumento dell'assegnazione di budget, anziché il trasferimento diretto di risorse e personale. Il budget, in coerenza con le attività oggetto di programmazione operativa annuale del territorio e al fine di garantirne un corretto e puntuale utilizzo, dovrà essere condiviso con la Società della Salute entro un tempo congruo e per importi certi e appropriati rispetto ai bisogni territoriali, ove non sia prevista da atti regionali una ripartizione economica sui diversi percorsi. Resta inteso che il governo del percorso nonché la responsabilità dei relativi risultati raggiunti sulla base del budget, della programmazione operativa zonale e degli indicatori di risultato e di processo stabiliti, resta in carico alla Società della Salute;
- le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta tengono conto di quanto previsto ai commi 5 e 6 dell'art. 71 bis, ovvero la possibilità per la Società della Salute di avvalersi di Enti già costituiti prima del 1° gennaio 2008, sulla base di un contratto di servizio per l'erogazione delle attività di cura e assistenza di competenza, comprese le prestazioni sociosanitarie già attivate alla stessa data in servizi residenziali e semiresidenziali.

Viste, infine, la deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 (*"Governance delle Reti territoriali"*) e la deliberazione del Direttore Generale n. 1748/2019 con la quale l'Azienda Usl Toscana Centro ha approvato la *"Governance Territoriale dell'Azienda Toscana Centro – Applicazione in via sperimentale della DGRT n. 269/2019"*;

Ritenuto pertanto, in attuazione delle disposizioni normative e regolamentari della Regione Toscana in materia di gestione diretta da parte delle Società della Salute, di disciplinare con il presente Accordo gli elementi di dettaglio relativi ai rapporti tra le Società della Salute e l'Azienda Usl Toscana Centro per la gestione unitaria e diretta.

LE PARTI STIPULANO E CONVENGONO QUANTO SEGUE

Art. 1 - Finalità

1. Il presente Accordo tra la Società della Salute (di seguito "SdS") e l'Azienda Usl Toscana Centro (di seguito "ASL TC") regola aspetti di natura tecnico amministrativa, finanziaria e di assegnazione delle risorse umane nell'ambito della gestione diretta, da parte della SdS, ai sensi dell'art. 71 bis, commi 3 bis e 3 ter, della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii..
2. Alla gestione diretta la SdS provvede tramite le proprie strutture organizzative che realizzano l'intero ciclo dell'organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi, oppure

tramite specifici accordi di avvalimento, anche a titolo oneroso, per specifici servizi inerenti i processi amministrativi e/o contabili.

3. La SdS opera in modo coordinato e in collaborazione con i Dipartimenti dell'ASL TC, in un'ottica matriciale per l'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e Sociali (PDTAS), come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 e dalla deliberazione del Direttore Generale n. 1748/2019.

Art. 2 – Oggetto

1. Le materie oggetto della gestione diretta da parte della SdS, sulla base di quanto stabilito dall'art. 71 bis, comma 3, lettere c) e d), della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., e dal PSSIR 2018-2020, sono indicate nella tabella seguente con riferimenti ai seguenti ambiti:

- lett c): organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ex art. 3, comma 3, del decreto delegato;
- lett d): organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale.

	CONTENUTO MINIMO PREVISTO DAL PSSIR	ALTRE MATERIE" PREVISTE DAL PSSIR
Lett c)	Attività sociosanitarie e sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili, nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata.	Attività sanitarie a rilevanza sociale, dei settori Materno-Infantile, Salute Mentale e Dipendenze patologiche di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare, nonché quelle inerenti prestazioni per il sostegno psicologico e socioeducativo, quelle inerenti prestazioni di mediazione interculturale e quelle inerenti prestazioni per il sostegno lavorativo.
Lett d)	Intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal Nomenclatore regionale.	Attività di assistenza sociale riferite alle azioni relative al sistema CAS, SAI e ADI.

[Ogni SdS personalizza la descrizione delle materie oggetto di gestione unitaria e diretta, nel rispetto delle previsioni normative vigenti]

2. La SdS provvede alla gestione delle risorse e all'organizzazione della rete dei servizi, nell'ambito delle norme di riferimento, sia nazionali, che regionali, con l'obiettivo di fornire una risposta a tutti i cittadini che richiedono servizi socioassistenziali e sociosanitari, nei limiti delle risorse derivanti dai trasferimenti degli enti consorziati, della Regione Toscana o di altra provenienza.

3. La SdS eroga i servizi e gli interventi di cui alla presente convenzione secondo il Regolamento che disciplina l'accesso unico ai servizi e alle prestazioni per tutti i cittadini residenti e dimoranti sul territorio di competenza.

4. La SdS fornisce i servizi per gli enti consorziati nei limiti delle risorse disponibili a bilancio e pertanto, al fine di dare continuità all'erogazione dei servizi, gli enti associati dovranno garantire la corretta e puntuale assegnazione e liquidazione delle risorse.

Art. 3 - Modalità di finanziamento della SdS per le attività a gestione diretta

1. Per la gestione delle attività/servizi di cui all'art. 2, la SdS si avvarrà delle seguenti fonti di finanziamento:

- a) le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- b) le risorse dei bilanci comunali attraverso le quali i Comuni consorziati finanziano le attività socioassistenziali e le attività sociali a rilevanza sanitaria;
- c) le risorse del Fondo Sanitario Regionale attraverso le quali l'ASL TC finanzia le attività sanitarie a rilevanza sociale e l'alta integrazione sociosanitaria;
- d) le risorse dei fondi strutturali e dei progetti regionali aventi vincolo di destinazione alla SdS e a questa trasferiti dall'ASL TC;
- e) le risorse di fonte comunitaria, nazionale, regionale o provenienti da privati, specificatamente assegnate alla SdS;
- f) accensione di prestiti;
- g) altri proventi ed erogazioni disposte a qualsiasi titolo;
- h) vendita di servizi ad altri soggetti pubblici;
- i) quote di compartecipazione ai servizi da parte degli utenti;
- j) prestazioni a nome e per conto terzi;
- k) rendite patrimoniali.

2. I finanziamenti dei Comuni consorziati vengono stabiliti annualmente, secondo criteri individuati dagli stessi, indicando gli oneri di ogni natura a carico di ciascun di essi, riferiti al finanziamento dei servizi di assistenza sociale come classificati attualmente dal Sistema di classificazione dei servizi, interventi e prestazioni sociali della Regione Toscana (deliberazione della Giunta Regionale n. 1185/2024) e delle attività sociali a rilevanza sanitaria di cui all'art. 3 septies, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, relative ai settori della non autosufficienza e della disabilità, nonché agli altri settori definiti dal PSSIR 2018-2020. Al fine di determinare il finanziamento destinato alle SdS, i Comuni consorziati quantificano, secondo i criteri individuati, le risorse destinate alle attività di assistenza sociale definite dal Nomenclatore regionale sopra richiamato e le risorse destinate all'assistenza delle persone non autosufficienti o con disabilità. Tali risorse devono comprendere anche le quote sociali relative alle attività residenziali e semiresidenziali, le risorse relative a qualsiasi forma di assistenza domiciliare, le valorizzazioni complete del personale che afferisce a tali settori e ogni altra componente dei bilanci comunali, annuali e pluriennali, relativa ai settori definiti dall'art. 71 bis, comma 3, lettere c) e d), della legge regionale n. 40/2005.

3. I finanziamenti dell'ASL TC vengono stabiliti annualmente in riferimento alle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e alle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'art. 3 septies, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, relative ai settori della non autosufficienza e della disabilità, nonché degli altri settori definiti dal PSSIR 2018-2020. Al fine di determinare il finanziamento destinato alle SdS, l'ASL TC quantifica le risorse destinate alle attività per le persone non autosufficienti o con disabilità. Tali risorse devono comprendere anche le quote sanitarie relative alle attività residenziali e semiresidenziali, le risorse relative a qualsiasi forma di assistenza domiciliare, le valorizzazioni complete del personale che afferisce a tali settori e ogni altra componente del bilancio aziendale relativa ai settori definiti dall'art. 71 bis, comma 3, lettera c), della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii..

Art. 4 - Modalità di attuazione della gestione diretta

1. Il PSSIR 2018-2020 stabilisce che nella fase di avvio le modalità di attuazione della gestione diretta possano prevedere l'utilizzo dello strumento dell'assegnazione di budget, anziché il trasferimento diretto di risorse e personale, per i percorsi di tipo residenziale e semiresidenziale, per persone anziane non autosufficienti o con disabilità, nonché relativamente alle attività amministrative e professionali.

2. La SdS opta per la gestione diretta dal_con la seguente modalità:

[Ogni SdS dovrà scegliere un'opzione tra le quattro sotto rappresentate, quindi la convenzione ne contemplerà solo una]

- a) modalità di assegnazione del budget;
- b) modalità di trasferimento diretto di risorse e personale;
- c) modalità di trasferimento diretto di risorse;
- d) modalità mista: trasferimento diretto delle seguenti risorse (...) e assegnazione di budget per le seguenti risorse (...).

Art. 5 - Trasferimento diretto di risorse

[Articolo utile per le opzioni B C e D dell'articolo precedente. Se una SdS opterà per lo strumento di assegnazione del budget "puro", questo articolo non sarà presente nella convenzione]

1. L'ammontare delle risorse trasferite alla SdS dai bilanci dell'ASL TC per le attività di cui all'articolo precedente sarà individuato come segue:

- entro il 30 giugno di ciascun anno l'ASL TC delibera l'ammontare delle risorse da trasferire alla SdS e il massimo dettaglio della ripartizione delle stesse per tipologia di spesa e area di intervento;
- a seguito della deliberazione di cui sopra, l'ASL TC comunica alla SdS gli estremi del provvedimento di approvazione e le somme effettivamente iscritte in bilancio ai fini della necessaria azione di riconciliazione con il bilancio di previsione della SdS. Tale documento, che la SdS deve adottare nei termini di legge, sarà redatto sulla base dell'ultimo consuntivo disponibile, fatte salve le eventuali correzioni da apportare dovute a fatti o decisioni successive e note, tali da modificarne sostanzialmente il contenuto.

2. Qualora non diversamente previsto dalle modalità disciplinate dagli atti regionali di assegnazione delle risorse dagli enti consorziati, l'effettivo trasferimento delle risorse alla SdS avverrà in quattro tranches quadrimestrali così suddivise:

- a) una prima tranche - pari al 20% - al 31 gennaio di ogni anno, calcolata sul pre-consuntivo dell'anno precedente;
- b) una seconda tranche - pari al 20% - al 30 aprile di ogni anno, calcolata sul pre-consuntivo dell'anno precedente;
- c) una terza tranche - pari al 30% - al 31 luglio di ogni anno, calcolata sull'ammontare delle risorse deliberate per l'anno in corso, inclusi i conguagli con le quote precedentemente calcolate e liquidate sul pre-consuntivo dell'anno precedente;
- d) una quarta tranche - pari al 30% - al 31 ottobre di ogni anno, salvo conguagli riferiti sempre a budget autorizzati preventivamente.

3. Nel caso in cui le risorse assegnate e deliberate dall'ASL TC non fossero sufficienti a coprire eventuali maggiori fabbisogni individuati dalla SdS, quest'ultima dovrà fare espressa e formale richiesta di extra-budget alla Direzione Aziendale e acquisire la relativa autorizzazione dalla competente Direzione Amministrativa.

4. Per ciascuna delle quattro tranche quadrimestrali e per eventuali extra-budget il trasferimento delle risorse avverrà secondo la seguente procedura:

- emissione di ordine da parte dell'ASL TC nei confronti della SdS (l'ordine farà riferimento all'atto aziendale di pre-consuntivo - prima e seconda tranche - o alla deliberazione aziendale di quantificazione annuale delle risorse da trasferire - terza e quarta tranche);
- produzione da parte della SdS di corrispondente nota di debito, sottoscritta dal Direttore della SdS, la quale dovrà espressamente richiamare l'ordine aziendale e avrà un importo pari a quello dell'ordine richiamato;
- registrazione e liquidazione della nota di debito da parte dell'ASL TC nei confronti della SdS.

Art. 6 - Assegnazione di budget per la gestione diretta da parte della SdS

1. Secondo quanto previsto dal PSSIR 2018-2020, il budget della gestione diretta della SdS, per le materie richiamate all'art. 2 dovrà essere condiviso con la SdS entro il mese di marzo di ciascun anno e per importi certi e appropriati rispetto ai bisogni territoriali, ove non sia prevista da atti regionali una ripartizione economica sui diversi percorsi.

2. L'assegnazione di budget comporta la governance esclusiva da parte della SdS attraverso la gestione economica del budget delle risorse iscritte a bilancio dell'ASL TC.

3. Per la gestione delle suddette attività/servizi il Direttore della SdS assume la titolarità del budget delle Strutture funzionali territorialmente afferenti alla Zona-Distretto e firma la relativa scheda di budget.

4. Le schede di budget vengono sottoscritte contemporaneamente dal Direttore della SdS e dai Direttori delle Strutture funzionali aziendali interessate. La relativa responsabilità economica associata a tali schede ricadrà sul Direttore della SdS, quale equilibrio economico delle risorse complessivamente assegnate alla Zona-Distretto, e sui Direttori delle Strutture funzionali aziendali per le risorse ricadenti nello specifico settore funzionale di appartenenza. Tale ripartizione dovrà essere coerente con le eventuali manovre di spostamento delle risorse tra i settori di cui il Direttore di Zona può avere necessità nel corso della gestione. Si rimanda in tal senso al Regolamento di Budget dell'ASL TC e alle sue eventuali successive modifiche e/o integrazioni.

5. All'assegnazione del budget per la gestione diretta delle materie indicate all'art. 2 si affianca il budget di Zona-Distretto, con riferimento alle materie che non rientrano nella gestione diretta della SdS e che restano di titolarità aziendale e della Zona-Distretto, secondo le modalità previste dal Regolamento di Budget dell'ASL TC e dalle sue eventuali successive modifiche e/o integrazioni.

Art.7 - Modello e standard organizzativi della SdS

1. In relazione ai riferimenti normativi vigenti e alle esigenze di funzionamento, il presente articolo definisce il modello organizzativo e gli standard operativi di riferimento per le SdS

dell'ASL TC. L'obiettivo è garantire una struttura organizzativa coerente con la normativa e idonea a supportare la governance integrata tra articolazioni aziendali e strutture zonali.

2. Ai sensi dell'art. 64.2, commi 2, 3 e 4, della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., il Direttore di Zona, corrispondente a quello della SdS, per le funzioni gestionali è coadiuvato da un Ufficio di Direzione Zonale, composto, come di seguito riportato, da:

- a) i Responsabili delle Unità Funzionali afferenti ai settori previsti dall'art. 66, comma 4, della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii.;
- b) un Coordinatore per l'assistenza infermieristica e un Coordinatore per l'assistenza riabilitativa professionale, individuati dal Direttore di Zona su proposta dei rispettivi Direttori di Dipartimento;
- c) i Coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- d) il Coordinatore sociale di cui all'art. 37 della legge regionale n. 41/2005, e ss.mm.ii..

3. Alla composizione del predetto Ufficio, è invitato anche il Direttore del Presidio Ospedaliero di Zona.

4. Il Direttore di Zona designa inoltre, un Coordinatore Sanitario e un Coordinatore Sociosanitario, i quali supportano l'esercizio delle funzioni di competenza e compongono l'Ufficio di Direzione Zonale.

5. L'Ufficio di Direzione Zonale costituisce l'organo gestionale strategico deputato al governo, alla programmazione e all'organizzazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari della Zona. La matrice organizzativa tra la linea professionale dei Dipartimenti e la linea gestionale territoriale si realizza tramite tale Ufficio, come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 e dall'art. 1, comma 3, del presente Accordo.

6. Attraverso il consolidamento dell'Accordo quadro tra l'ASL TC e la SdS previsto dall'art. 71-bis della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., si intende valorizzare e rendere maggiormente efficiente l'Ufficio di Direzione Zonale quale sede unitaria per il coordinamento delle Unità Funzionali zonali dei Dipartimenti. Tale struttura risponde ai principi di governance integrata, garantendo aderenza territoriale, sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e coordinamento operativo tra le Zone Distretto/SdS e le aree dipartimentali aziendali di ambito territoriale, anche al fine di definire criteri standardizzati e univoci su personale e budget.

7. L'Ufficio di Direzione Zonale agisce a supporto del Direttore della SdS e in raccordo con gli Uffici di Piano Aziendale e Zonale per la programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale (PIS e POA) in un'ottica di pianificazione e monitoraggio congiunto, come stabilito anche dalla deliberazione del Direttore Generale dell'ASL TC n. 536/2024.

8. La programmazione zonale, a cura dell'Ufficio di Piano Zonale in collaborazione con il Direttore della SdS e l'Ufficio di Direzione Zonale, tiene conto delle specificità territoriali (risorse, bisogni, progettualità) e assicura l'impiego mirato dei fondi dedicati.

9. L'Ufficio di Direzione Zonale, in cui operano le Unità Funzionali zonali dipartimentali, rappresenta la sede per la negoziazione del budget aziendale e per l'allineamento degli obiettivi territoriali con le strategie aziendali, in raccordo con il Direttore della SdS e i Dipartimenti aziendali, oltre che con la Direzione aziendale.

10. Il Direttore della SdS è altresì supportato dai Coordinatori Sanitario, Sociosanitario e Sociale. Al fine di promuovere l'integrazione operativa si prevede, preferibilmente, che le funzioni di Coordinamento Sociosanitario e Sociale coincidano con l'Unità Funzionale del Servizio Sociale

individuata nel Dipartimento di Servizio Sociale. Tale Unità Funzionale svolge funzioni gestionali sul personale assistente sociale assegnato funzionalmente alla Zona-Distretto e garantisce il raccordo con gli Incarichi di Funzione dipartimentali relativamente ai PDTAS di cui all'art. 1, comma 3, del presente Accordo, rafforzando la matrice organizzativa e l'armonizzazione interterritoriale delle prassi e delle procedure professionali.

11. Le funzioni fondamentali della SdS possono prevedere strutture dedicate a:

- gestione contabile, controllo di gestione e bilancio;
- affari generali e gestione del personale;
- Ufficio di Piano.

12. Tali strutture sono previste nell'organizzazione della SdS con personale e figure apicali a geometria variabile, in coerenza con eventuali accordi di avvalimento vigenti e con quanto indicato all'art. 7 del presente Accordo.

Art. 8 – Risorse Umane

1. Per l'esercizio delle proprie funzioni la SdS si avvale di personale proprio e/o messo a disposizione dagli enti consorziati.

Assegnazione funzionale

L'ASL TC mette a disposizione il proprio personale alla SdS mediante lo strumento dell'assegnazione funzionale, secondo quanto previsto dal "*Protocollo Aziendale per l'assegnazione funzionale del personale*" siglato con le RSU e le OO.SS. firmatarie del CCNL Comparto Sanità in data 6 marzo 2017, e dalla deliberazione del Direttore Generale n. 1748/2019.

Per il dipendente, l'assegnazione funzionale comporta il mantenimento del rapporto giuridico di lavoro con l'ASL TC, in riferimento allo status giuridico inteso come assegnazione, classificazione, inquadramento economico e sistema di valutazione e percorsi di carriera, nonché l'assegnazione giuridica.

Il servizio svolto in assegnazione funzionale viene considerato a tutti gli effetti come servizio prestato presso l'Ente di provenienza. Al personale assegnato funzionalmente viene garantito il trattamento economico e normativo previsto dal CCNL Comparto Sanità e dalla contrattazione integrativa dell'ASL TC.

L'ASL TC procede alla rilevazione della presenza in servizio e dell'orario di lavoro, compresa la gestione delle ferie, dei permessi retribuiti, delle ore di diritto allo studio, nonché degli altri istituti contrattuali, attraverso le articolazioni operative afferenti al Dipartimento di appartenenza, d'intesa con il Direttore della SdS o suo delegato.

I Dipartimenti, attraverso le proprie articolazioni interne e in collaborazione con il Direttore della SdS provvedono all'organizzazione delle attività del personale afferente alla verifica e alla valutazione dei risultati ottenuti al fine di garantire la qualità delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. L'attività di cui sopra è integrata nel modello organizzativo a matrice attraverso l'Ufficio di Direzione Zonale.

L'ASL TC individua il personale assegnato funzionalmente alla SdS tra quello che svolge, sul territorio di riferimento della stessa, le attività e le funzioni di competenza della gestione diretta da parte della SdS, tenuto conto della disponibilità dei dipendenti, come meglio precisato di seguito.

Con riferimento alla valorizzazione e al rimborso del personale aziendale assegnato funzionalmente, si applicano i criteri stabiliti all'art. 10 del presente Accordo, differenziati sulla base dell'attività svolta e della titolarità della funzione perseguita in base ai LEA (DPCM 12 gennaio 2017).

L'assegnazione funzionale del personale si realizza attraverso una deliberazione del Direttore Generale dell'ASL TC con validità triennale e possibilità di aggiornamento in caso di necessità.

La deliberazione del Direttore Generale sarà adottata secondo i seguenti criteri:

- standard numerici in base alla popolazione e alle materie di gestione diretta da parte della SdS, comprensivi degli incarichi dipartimentali trasversali per personale amministrativo e assistente sociale;
- individuazione del personale già operante sul territorio di riferimento della SdS;
- individuazione del personale, con priorità per coloro che svolgono attività e funzioni di competenza della gestione diretta della SdS;
- disponibilità dei dipendenti a essere assegnati funzionalmente;
- allegato con elenco numerico per ogni SdS, sia per il personale amministrativo, che per quello assistente sociale.

Ciascuna assegnazione funzionale sarà formalizzata mediante apposita lettera di incarico secondo lo schema tipo, **allegato A** al presente accordo.

Incarichi di funzione e incarichi dirigenziali

La SdS approva un proprio Regolamento di organizzazione e un organigramma secondo linee omogenee di attività e nel rispetto di quanto previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1314/2022.

Il Regolamento di organizzazione è definito in maniera omogenea in tutte le SdS, secondo le linee individuate negli standard organizzativi e disciplina gli incarichi di funzione relativamente alle attività di natura sociosanitaria e alle attività di funzionamento, come meglio precisato al successivo art. 10.

Gli incarichi di funzione vengono attribuiti a seguito di apposito Avviso di selezione a cura della SdS e sono riservati al personale dipendente della SdS o assegnato alla SdS, secondo i diversi istituti definiti dagli enti consorziati.

Per gli incarichi dirigenziali conferibili dalla SdS occorre fare riferimento a quanto previsto dal CCNL vigente.

Formazione

In tema di formazione continua al personale in assegnazione funzionale si applica il Piano di Formazione Aziendale.

In considerazione della funzionalità e dell'integrazione delle attività tra ambiti dell'ASL TC e della SdS, visto l'obiettivo di armonizzare i percorsi professionali, è consentito l'accesso al Piano di Formazione Aziendale anche al personale della SdS, secondo un piano condiviso all'inizio di ogni anno tra i Dipartimenti interessati e la SOC Formazione.

Fondi contrattuali

La ripartizione del costo degli incarichi di funzione avverrà in base ai criteri stabiliti all'art. 10 del

presente Accordo, differenziati sulla base dell'attività svolta (costi di funzionamento/costi di produzione).

Laddove risulti vincitore dei suddetti incarichi di funzione un dipendente aziendale in assegnazione funzionale, l'ASL TC provvederà alla liquidazione delle spettanze stipendiali attraverso il cedolino e anticipo sui relativi fondi contrattuali a ciò dedicati, salvo rimborso da parte della SdS attraverso le spese di funzionamento per la produzione.

Laddove risulti invece vincitore un dipendente della SdS, sarà utilizzato il fondo della stessa per l'erogazione dello stipendio e l'eventuale rimborso dell'indennità di incarico di funzione avverrà secondo i criteri stabiliti all'art. 10 del presente Accordo, differenziati sulla base dell'attività svolta e della titolarità della funzione perseguita in base ai LEA (DPCM 12 gennaio 2017).

Art. 9 – Avvalimento per servizi di supporto tecnico e amministrativo

1. Ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 243/2011 "*(Approvazione disposizioni operative per il funzionamento della Società della Salute in Toscana)*" per lo svolgimento delle attività di supporto alle funzioni istituzionali attribuite la SdS può avvalersi delle strutture organizzative e del personale già operante nei rispettivi enti di appartenenza, attraverso specifici accordi di avvalimento, anche al fine di evitare duplicazioni tra le proprie strutture organizzative, definendo le modalità di svolgimento delle attività di supporto tecnico e amministrativo per le funzioni attribuite alla SdS stessa.

2. In ottemperanza a tale previsione, la SdS può avvalersi delle strutture organizzative dell'ASL TC per servizi inerenti i processi di tipo amministrativo, contabile e di controllo gestionale, nonché di tipo tecnico, come di seguito elencato:

- attività di supporto per la contabilità generale e analitica;
- attività di supporto per il controllo di gestione;
- acquisizione di beni e servizi;
- gestione del personale;
- formazione del personale;
- sorveglianza sanitaria (su valutazione del competente ufficio aziendale);
- svolgimento dell'attività amministrativa per la produzione dei servizi di natura socioassistenziale;
- svolgimento dell'attività amministrativa per la produzione di servizi;
- altre attività da concordare.

3. Salvo per i contratti già in uso, i quali richiederanno comunque di avviare un processo di omogeneizzazione, le materie oggetto di avvalimento saranno definite e regolate a mezzo del contratto di cui deliberazione della Giunta Regionale n. 1314/2022 ("*Schema tipo di accordo ex art 15 L-241/1990 per l'avvalimento da parte delle SdS di unità organizzative di uno o più enti aderenti al consorzio*") (**Allegato B**) che sarà siglato successivamente al presente Accordo, oggetto di specifica remunerazione. A tal fine saranno elaborati appositi criteri comuni per la valorizzazione dei suddetti accordi sul territorio dell'ASL TC. La disciplina inerente le modalità e le relative tempistiche per lo svolgimento delle singole attività e dei servizi in avvalimento, come elencate al comma 2 del presente articolo, sarà indicata nella scheda di attività contenuta nel "Piano Operativo" di cui all'**Allegato B.1**) quale parte integrante e sostanziale dello schema-tipo di accordo. Il suddetto Piano Operativo e la scheda di attività potranno essere oggetto di

aggiornamento annuale secondo le modalità indicate all'art. 2, comma 3, dello schema-tipo di accordo).

4. Per lo svolgimento delle attività di cui all'art. 101 della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., la SdS può sviluppare specifici accordi sia con ESTAR, ai sensi dell'art. 100 della stessa legge regionale, sia con Enti individuati quali Stazioni Uniche Appaltanti (SUA).

Art. 10 – Criteri per la suddivisione dei costi di funzionamento e di gestione fra gli enti consorziati

1. I costi di funzionamento della SdS, con riferimento alle funzioni di governo, programmazione e controllo di cui all'art. 71 bis, comma 3, lett. a), b) ed e), della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., in base a quanto previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 243/2011, sono a carico della SdS e vengono sostenuti in base alle quote consortili stabilite nello Statuto e nella Convenzione costitutiva.

2. Tali costi comprendono le spese necessarie a garantire il funzionamento delle strutture organizzative e possono essere sostenuti sia direttamente, sia attraverso accordi di avvalimento con gli enti consorziati per le seguenti attività:

- a) amministrative e di supporto: supporto al lavoro degli organi della SdS, convocazioni, verbalizzazioni, procedure, atti deliberativi della SdS, gestione della corrispondenza e rapporti istituzionali, attività di segreteria, protocollo, archiviazione, gestione della privacy, sicurezza, comunicazione, gestione trasparenza/anticorruzione, gestione immobili e investimenti, gestione personale, ufficio legale, attività giuridica, gestione del sito web della SdS, gestione dei rapporti con l'utenza e dei rapporti con gli URP degli enti consorziati;
- b) svolgimento di compiti di programmazione: Ufficio di Piano, Profilo di Salute, Profilo dei Servizi, redazione di PIS e POA, supporto ai tavoli di programmazione, supporto ad attività/tavoli di coprogrammazione e coprogettazione, supporto agli organismi di partecipazione (Consulta del Terzo settore e Comitato di partecipazione), Agorà della Salute, gestione di rilevazioni per Ministeri, Regione Toscana, Istat e vari debiti informativi, atti relativi alle relazioni sindacali, concertazione, ecc.;
- c) attività contabili e di controllo: gestione della contabilità generale e analitica, predisposizione dei relativi atti amministrativi, gestione dei finanziamenti e rendicontazione dei progetti zionali, regionali e strutturali, monitoraggio dei costi a carico della SdS, gestione dei rapporti con Tesoreria, Collegio Sindacale e consulente fiscale, gestione dei rapporti contabili e finanziari con gli enti consorziati, redazione del bilancio della SdS.

3. Di seguito la tabella dei costi di funzionamento, ripartiti secondo le quote consortili degli enti consorziati:

Costi diretti e indiretti del personale (assegnato, comandato, distaccato o interinale) che svolge le seguenti attività	Costo degli incarichi e consulenze relative alle seguenti attività	Spese varie e generali
Ufficio di Piano (programmazione, Comitato di partecipazione, Consulta del Terzo settore, gestione di progetti europei)	Compenso dei componenti del Collegio Sindacale	Costi per software gestionali
Ufficio Ragioneria	Rimborso spese dei revisori	Servizio tesoreria

Ufficio Personale	Nucleo di Valutazione e OIV	Commissioni bancarie
Ufficio Affari Generali (anticorruzione, trasparenza e privacy)	Spese per sorveglianza sanitaria (visite del medico competente)	Altri interessi passivi
Ufficio Controllo di Gestione	Incarico su procedure connesse al rispetto del decreto legislativo n. 81/2008 (DVR/DUVRI)	Cancelleria e hardware
Ufficio Segreteria e attività di Supporto alla Direzione	Supporto all'attività contabile e fiscale	Noleggio/acquisto auto e assicurazione
	Ufficio stampa, pubblicità legale e gestione del sito web	Manutenzioni e riparazioni auto
	Costo Stazione Unica Appaltante (SUA) + incentivi	Carburante
	Consulenza e spese per gare	Telefonia mobile
	Assistenza informatica	Oneri mensa
	Incarico di DPO e transizione digitale e altro	Immobili e strumenti
	Consulenza legale relativa a tematiche istituzionali (no produzione)	Rimborso missioni
		Formazione del personale
		Accantonamento per fondo rischi

4. Gli standard di supporto amministrativo per il funzionamento sono determinati in base ai livelli previsti dalla normativa regionale (art. 64 della legge regionale n. 40/2005, e ss.mm.ii., e deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019) e integrati con un sistema di ponderazione basato sulle seguenti tre variabili principali con relative pesature:

- popolazione residente totale: peso 40%;
- numero di Comuni afferenti alla SdS: peso 20%;
- volume finanziario gestito: peso 40%.

5. A ogni variabile viene attribuito un punteggio in base alla quota percentuale detenuta dalla SdS, rispetto al totale dell'ASL TC. La somma ponderata di tali punteggi determina il valore complessivo, sulla base del quale le SdS vengono classificate in 4 fasce:

Fascia	Punteggio totale	Coefficiente aggiuntivo (unità di personale)
1	5 - 10	+0,5
2	11 - 15	+1
3	16 - 20	+1,5
4	> 20	+2

6. Il coefficiente aggiuntivo rappresenta il numero minimo di unità di personale amministrativo da aggiungere agli standard previsti per legge, tenuto conto della complessità organizzativa e gestionale della SdS.

A) STAFF/FUNZIONAMENTO	SSR	SDS	EE.LL.	SdS Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Prato	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV
1.UFFICIO DI PIANO*		100%		1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
2.SEGRETERIA E SUPPORTO ALLA DIREZIONE		100%		1	1	1	1	1	1	1	1
3.BILANCIO SDS		100%		1	1	1	1	1	1	1	1
4.PERSONALE		100%		0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
5.CONTROLLO DI GESTIONE		100%		0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
6.ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI		100%		0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
<i>Coefficiente Aggiuntivo secondo Criteri</i>				1,00	2,00	1,00	0,50	1,00	0,50	1,00	1,50
TOTALE FABBISOGNO				5,50	6,50	5,50	5,00	5,50	5,00	5,50	6,00

* Una persona si intende fornita a ogni SdS tramite il Gruppo Ufficio di Piano Aziendale

7. Per le funzioni 4, 5 e 6 non definite dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 269/2019 è stato considerato come standard minimo il 50% del parametro normativo.

8. Sono escluse dal computo delle spese di funzionamento le attività amministrative di supporto all'erogazione di servizi sociosanitari e socioassistenziali per conto degli enti associati, da ricondurre nell'ambito dei costi gestionali (costo di produzione dei servizi erogati ai cittadini). In particolare, nell'ambito delle spese di funzionamento l'ASL TC non può in alcun modo rimborsare costi che attengono alla gestione socioassistenziale.

9. Con riferimento al compenso del Direttore della SdS, la deliberazione della Giunta Regionale n. 243/2011 stabilisce che, in caso di gestione diretta, l'ASL TC sostenga il 50% del suo costo complessivo per le funzioni che esercita come Responsabile della Zona. Il 25% è sostenuto dai Comuni per le funzioni che il Direttore della SdS esercita come responsabile dei servizi sociali. Il restante 25% rimane a carico degli enti consorziati.

10. I costi necessari per l'organizzazione e la gestione delle attività della SdS (per le prestazioni erogate ai cittadini e per il personale tecnico amministrativo funzionale all'erogazione del servizio) sono suddivisi in base alla natura dell'attività e a quanto stabilito dalla normativa di settore:

- costi relativi alla organizzazione e alla gestione delle attività socioassistenziali di cui alla lett. d): costituisce la funzione fondamentale degli enti locali a totale carico dei Comuni;
- costi relativi all'organizzazione e alla gestione delle attività sociosanitarie: vista la nota commistione tra attività sociosanitarie a rilevanza sociale di cui alla lett c) (di competenza dell'ASL TC) e attività sociali a rilevanza sanitaria di cui alla lett d) (di competenza degli Enti locali), si adottano le percentuali convenzionali riportate nella tabella riepilogativa, elaborate sulla base alle previsioni del DPCM 12 gennaio 2017.

CRITERI DI SUDDIVISIONE DEI COSTI <i>(personale o accordi di avvalimento)</i>	ASL TC	Comuni
Compenso del Direttore della SdS	- SdS Firenze: ASL TC 50% - Comuni 25% - SdS 25% - Altre SdS: ASL TC 62,25% - Comuni 37,75% (ASL TC 58,33% – Comuni 41,67%)	
Costi di funzionamento della SdS	In base alle quote consortili:	
Funzioni amministrative e di supporto		
	SdS Firenze (ASL TC 49% - Comune 51%)	

Programmazione	• Altre SdS (ASL TC 33,33% - Comuni 66,66%)
Attività contabili e di controllo	
Collegio dei revisori	
OIV (qualora presente)	
Immobili e costi strumentali della sede	
• Organizzazione e gestione delle attività assistenziali	
Attività socioassistenziale di cui alla lett. d)	• Comuni 100%
• Organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie	
Non autosufficienza	• ASL TC 50% – Comuni 50%
Disabilità	• ASL TC 50% – Comuni 50%
Cronicità	• ASL TC 100%
Salute Mentale Adulti	• 100% ASL TC [tranne i servizi residenziali a bassa intensità riabilitativa ASL TC 40% - Comuni 60%]
Salute Mentale Infanzia e Adolescenza	• ASL TC 100%
Dipendenze	• ASL TC 100%
Materno Infantile	• ASL TC 100%
Cure palliative	• ASL TC 100%

Art. 11 – Criteri Individuati per il fabbisogno di personale tecnico-amministrativo delle SdS

1. Nell'ambito del presente Accordo si determina la metodologia per la determinazione degli obiettivi di servizio di area amministrativa per lo sviluppo della gestione diretta.
2. La determinazione del fabbisogno di personale tecnico-amministrativo nelle SdS si fonda su una metodologia integrata che unisce riferimenti normativi e tecnici, criteri quantitativi e indicatori legati al contesto territoriale e organizzativo. Il modello non si limita al rapporto diretto tra carico di lavoro e unità di personale, ma tiene conto della crescente complessità dei compiti amministrativi, della multidisciplinarietà degli interventi e della natura consortile degli enti coinvolti.
3. Di seguito gli standard amministrativi per l'attività di produzione sociosanitaria (percorsi "non autosufficienza e disabilità") suddivisa fra le seguenti macro-attività:
 - accesso, valutazione, progetto personalizzato (COT/UVM/UVMD);
 - assistenza domiciliare, inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali, contributi economici.
4. Per le attività di accesso, valutazione e definizione del progetto personalizzato il criterio è quello di un'unità di personale amministrativo ogni 60.000 abitanti, oltre alle figure previste da deliberazione della Giunta Regionale n. 1508/2022 per le Centrali Operative Territoriali (COT).
5. Per le attività di assistenza domiciliare, inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali e contributi economici, il fabbisogno viene determinato tramite l'applicazione combinata di tre criteri, ciascuno con un peso proporzionale:
 - 1/11.000 abitanti per la popolazione residente → peso 40%;
 - numero di anziani assistiti: 1/500 → peso 30%;
 - numero di persone con disabilità in carico: 1/250 → peso 30%.

6. I valori derivanti da ciascun criterio vengono moltiplicati per il rispettivo peso e sommati per ogni SdS, generando il numero minimo stimato di unità di personale amministrativo richieste per gli ambiti "non autosufficienza e disabilità". L'approccio descritto tiene conto della popolazione, della pressione assistenziale e del carico sociale.

2) PERCORSI DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA		SdS Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Prato	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV
ACCESSO, VALUTAZIONE, PROGETTO PERSONALIZZATO	criterio: 1 ogni 60.000 residenti (base Mugello) + figure previste da 1508 per COT	5,0	9,0	5,5	3,1	6,3	4,0	4,8	6,0
ASSISTENZA DOMICILIARE, CONTRIBUTI, TRASPORTO, INSERIMENTI IN STRUTTURA, CALCOLO COMPARTICIPAZIONE, INSERIMENTI LAVORATIVI, PROGETTI, GARE APPALTO, CONVENZIONI	Popolazione residente 1/11.000 (peso 40%)	6,6	13,2	7,6	2,3	9,5	4,3	6,2	8,8
	Numero anziani assistiti (anno 2024)	5.055	11.880	5.061	1.947	7.314	3.633	4.470	6.585
	Numero anziani assistiti (anno 2024) (1/500) Peso 30%	3,0	7,1	3,0	1,2	4,4	2,2	2,7	4,0
	Numero persone con disabilità in carico (anno 2022)	1.579	2.428	2.315	629	1.721	1.001	1.644	2.606
	Numero persone con disabilità in carico (anno 2022) 1/250 Peso 30%	1,9	2,9	2,8	0,8	2,1	1,2	2,0	3,1
TOTALE NON AUTO / DISABILITA'		16,5	32,3	18,8	7,3	22,2	11,7	15,7	21,9

7. Il livello standard di personale amministrativo sopra definito è al 50% dell'ASL TC e al 50% degli Enti Locali. Nel caso di gestione indiretta da parte della SdS dei servizi sociosanitari di competenza dell'ASL TC, i livelli standard di cui sopra tengono conto del ruolo e delle funzioni trasversali svolte dal Dipartimento competente.

8. Considerata la possibilità per la SdS di prevedere la gestione diretta dei percorsi di "salute mentale e dipendenze", al fine di definire gli standard amministrativi occorre fare riferimento al documento "Standard per i percorsi di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze" di AGENAS (Protocollo n. 2022/0005733 del 10 giugno 2022), che definisce i criteri organizzativi e strutturali minimi per garantire un'assistenza uniforme e di qualità nei suddetti percorsi su tutto il territorio nazionale.

9. I criteri per il calcolo del fabbisogno minimo sono diversi per i due percorsi e tengono conto del ruolo e delle funzioni trasversali svolte dal Dipartimento competente:

- per la Salute Mentale Adulti (SMA) e Salute Mentale Infanzia Adolescenza (SMIA) vengono considerate 0,2 unità di personale ogni 10.000 abitanti (da 0 a 64 anni d'età);
- per le Dipendenze vengono invece considerate 0,5 unità di personale ogni 100.000 abitanti. A regime sarà prevista un'unità di personale, parametro preso a riferimento anche per le altre attività sociosanitarie (Prevenzione/Salute e Benessere, AFA, Mamma Segreta, Reti Territoriali e Giustizia Riparativa, Codice Rosa).

10. Tale standard potrà essere raggiunto secondo una progressione temporale correlata alla sostenibilità, prevedendo appositi momenti di verifica del rispetto della programmazione, di concerto con la Direzione dell'ASL TC e l'Assemblea dei Soci della SdS. Lo standard è individuato come obiettivo a tendere e sarà commisurato alla sostenibilità individuata dagli enti consorziati in coerenza alla programmazione e ai limiti di spesa.

11. Per eventuali approfondimenti sul tema si rimanda al documento "Sintesi criteri individuati per il fabbisogno del personale amministrativo delle SdS" (Allegato C).

Art. 12 – Criteri Individuati per il fabbisogno di personale assistente sociale delle SdS

1. Nell'ambito del presente Accordo si determina la metodologia per la determinazione degli obiettivi di servizio di area di servizio sociale professionale per lo sviluppo della gestione diretta.
2. Lo standard previsto per il servizio sociale, corrispondente a un assistente sociale ogni 6.500 abitanti, è il risultato di un'approfondita analisi basata sulla misurazione dei carichi di lavoro temporizzati, riferiti alle prestazioni effettuate e registrate dagli operatori dei percorsi sociosanitari del Dipartimento di Servizio Sociale in un arco temporale definito.
3. Il percorso effettuato ha seguito il seguente processo di lavoro:
 - a) definizione dello standard pari a un assistente sociale ogni 6.500 abitanti per Zona. Tale standard è relativo alle materie di natura sociosanitaria e a elevata integrazione, mentre non sono ricomprese quelle socioassistenziali, il cui standard è definito quale LEPS a livello nazionale del "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali";
 - b) le materie relative allo standard individuato sono: continuità assistenziale, attività consultoriali, presa in carico e valutazione nelle aree della disabilità, della non autosufficienza, delle dipendenze e della salute mentale;
 - c) analisi dei dati attraverso i sistemi informativi in uso (SINSS e HTH);
 - d) armonizzazione tra standard di personale e carichi di lavoro.
4. I valori percentuali così ottenuti per Zona e per percorsi sociosanitari hanno determinato il valore medio di ogni singolo percorso di natura sociosanitaria e ad alta integrazione.
5. Lo standard di un assistente sociale ogni 6.500 abitanti si intende comprensivo delle attività di competenza del Dipartimento del Servizio Sociale nel suo complesso e di tutte le attività trasversali e dipartimentali.
6. Il valore medio in percentuale diventa il rapporto con cui si determina la quantità di assistenti sociali (secondo lo standard definito in premessa) da assegnare al singolo percorso.
7. Nella tabella seguente è evidenziata, rispetto allo standard individuato, la suddivisione del personale assistente sociale sugli specifici percorsi sociosanitari.

PERCORSO	VALORE MEDIO	FIRENZE	F.NA NORD OVEST	F.NA SUD EST	MUGELLO	PRATESE	PISTOIESE	VDN	EVV
		52,0	29,8	26	9	37,2	24,5	17	34,5
ACOT	14,9%	7,8	4,5	3,9	1,3	5,6	3,7	2,5	5,1
CONSULTORIO	1,5%	0,8	0,5	0,4	0,1	0,6	0,4	0,3	0,5
DISABILITA'	18,5%	9,6	5,5	4,8	1,7	6,9	4,5	3,1	6,4
COMM.L.104/92	3,6%	1,9	1,1	0,9	0,3	1,4	0,9	0,6	1,3
NON AUTOSUFF.	27,6%	14,4	8,2	7,2	2,5	10,3	6,8	4,7	9,5
UVM	4,1%	2,1	1,2	1,1	0,4	1,5	1,0	0,7	1,4
UVMD	2,4%	1,2	0,7	0,6	0,2	0,9	0,6	0,4	0,8
DIPENDENZE	14,8%	7,7	4,4	3,8	1,3	5,5	3,6	2,5	5,1
SMA	12,5%	6,5	3,7	3,2	1,1	4,6	3,1	2,1	4,3

8. Con la definizione di tale standard sono fissati i principi per un'equa distribuzione del personale assistente sociale nei percorsi sociosanitari, assicurando un'allocazione proporzionata alle effettive necessità delle diverse aree. L'analisi approfondita del carico di lavoro e l'introduzione di uno standard basato sulla popolazione residente hanno permesso di sviluppare un modello di distribuzione che ottimizza le risorse e incrementa l'efficienza del servizio. La metodologia adottata può essere verificata attraverso un monitoraggio periodico e adeguato ai percorsi di competenza aziendale.
9. Per eventuali approfondimenti sul tema, si rimanda al documento *"Ripartizione del personale assistente sociale nei percorsi socio-sanitari"* (Allegato D).

Art. 13- Rendicontazione e flussi informativi

1. La SdS trasmette periodicamente agli enti consorziati (almeno ogni trimestre) una relazione sull'attività svolta, corredata da uno specifico rendiconto sui servizi erogati ai cittadini in termini di prestazioni e flussi finanziari, e garantisce la realizzazione di incontri periodici di monitoraggio della spesa, anche al fine di consentire l'adozione di idonee misure correttive. La struttura della relazione periodica e la tipologia dei dati che andranno a comporre il documento di rendicontazione dovrà essere coerente con il documento che l'ASL TC delibera entro il 30 giugno di ogni anno per la definizione delle risorse.
2. Annualmente, a seguito dell'approvazione del Bilancio consuntivo, la SdS presenterà all'ASL TC uno specifico rendiconto degli interventi e dei servizi effettuati, nonché la valorizzazione economica della spesa sostenuta, allo scopo di restituire gli esiti della gestione e delle politiche adottate.
3. La SdS si impegna ad attuare, in coerenza con l'organizzazione a matrice dei Dipartimenti aziendali, tutte le misure che consentono la tracciabilità dei flussi informativi richiesti e a mettere in atto tutte le azioni finalizzate a garantire la correttezza, la completezza e la coerenza dei flussi di cui al NSG D22Z, NSG D33Z e di altri flussi che saranno determinati dalla Regione Toscana, nonché si impegna a fornire all'ASL TC le informazioni e i dati necessari alla compilazione dei modelli regionali e ministeriali (es. LEA).
4. Ai fini della predisposizione del conto consuntivo, entro la fine del primo trimestre dell'anno successivo la SdS deve comunicare all'ASL TC i costi di funzionamento per la corretta imputazione della spesa degli enti consorziati.

Art. 14 – Durata

1. Il presente Accordo ha validità triennale dalla data di sottoscrizione, salvo possibilità di rinnovo per ulteriori due anni su richiesta scritta di una delle Parti.
2. Il presente Accordo cessa di produrre i suoi effetti in caso di scioglimento anticipato della SdS.

Art.15 - Protezione dei dati personali

1. Con riferimento alle disposizioni previste dal Regolamento UE 2016/679 (*"General Data Protection Regulation - GDPR"*) e dal decreto legislativo n. 196/2003, e ss.mm.ii. (*"Codice in materia della protezione dei dati personali"*), le parti (SdS, ASL TC e Comuni consorziati) si danno reciprocamente atto che i dati personali forniti obbligatoriamente per la stipula del presente Accordo saranno oggetto di trattamento informatico e/o cartaceo e potranno essere utilizzati

esclusivamente per gli adempimenti degli obblighi convenzionali, la gestione degli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali, per i rapporti con le pubbliche amministrazioni e le autorità e per tutti gli adempimenti derivanti da leggi e/o regolamenti nazionali e comunitari.

2. Ai fini del presente Accordo, la SdS viene individuata, ai sensi dell'art. 4, punto n. 7, del GDPR, quale Titolare del Trattamento dei dati personali relativamente alla gestione diretta dell'intero complesso di funzioni sociosanitarie e socioassistenziali, come previsto dal precedente art. 2.

3. Secondo quanto previsto dagli artt. 8 e 9 del presente Accordo, la SdS, in qualità di Titolare del Trattamento dei dati personali, provvederà a nominare gli enti consorziati per i singoli servizi di supporto resi, quali Responsabili del trattamento, così come disposto dall'art. 4, punti n. 8 e n. 28, del GDPR.

[Ogni SdS aggiunge il riferimento alla convenzione tra ASL TC e SdS sulla contitolarità del trattamento]

Art. 16 - Responsabili dell'Accordo

1. Sono individuati quali Responsabili del presente Accordo: per l'ASL TC, il Direttore Generale o un suo delegato, per la SdS, il Direttore della SdS.

Art 17- Oneri contrattuali

1. Il presente atto sarà soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del DPR n. 131/1986, e ss.mm.ii..

2. Ai sensi del DPR n. 642/1972, il presente contratto risulta esente da imposta di bollo.

Art.18 - Foro competente

1. Per ogni controversia le parti convengono che sia competente il Foro di

Art. 19 – Norma finale

1. Per quanto non espressamente disposto dal presente Accordo, le parti faranno riferimento alle normative regionali in materia.

2. Eventuali integrazioni alle attività di cui all'art. 2 del presente Accordo che si potranno realizzare, comporteranno la modifica del presente atto.

Allegati:

All. A – Nota di Assegnazione Funzionale.

All. B e B.1 – *“Schema tipo di accordo ex art. 15 della legge n. 241/1990 per l'avvalimento da parte delle SdS di unità organizzative di uno o più enti aderenti al consorzio” e relativo “Piano Operativo”.*

All. C - *“Sintesi criteri individuati per il fabbisogno del personale amministrativo delle SdS”.*

All. D - *“Ripartizione del personale assistente sociale nei percorsi socio-sanitari”.*



Luogo, lì _____

Prot. _____

Al _____

Al Dipartimento competente

Al Dipartimento Risorse umane

Oggetto: Assegnazione Funzionale alla SdS _____

Si comunica con la presente che la SV _____ con decorrenza dal _____ viene assegnata funzionalmente alla Società della Salute _____ per lo svolgimento delle seguenti attività:

Si ricorda che la Sua assegnazione giuridica rimane presso la _____ in capo alla quale permangono tutte le funzioni datoriali (ferie, permessi, valutazioni) e che pertanto la SV sarà soggetta alle regolamentazioni dell'Azienda.

Firma del Dipendente

Firma del Direttore di SOS/SOC

Firma del Direttore SdS

Allegato B

**Schema-tipo di accordo ex art. 15 L. 241/1990 per
l'avvalimento da parte della SdS di unità organizzative di
uno o più enti aderenti al consorzio**

Indice generale

NOTA DI COMPILAZIONE.....	3
ART. 1 – FINALITÀ E PRINCIPI.....	5
ART. 2 – OGGETTO.....	6
ART. 3 – COMUNICAZIONE TRA LE PARTI.....	6
ART. 4 – ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO.....	7
ART. 5 – RAPPORTI ECONOMICI.....	7
ART. 6 – DURATA DELLA CONVENZIONE.....	8
ART. 7 – DOVERE DI COLLABORAZIONE E RISOLUZIONE DELLE CRITICITÀ.....	8
ART. 8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E NOMINA RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO - DPA.....	8
ART. 9 – RECESSO DALL'ACCORDO.....	13
ART. 10 – SCIOGLIMENTO CONSENSUALE DELL'ACCORDO.....	13
ART. 11 – RESPONSABILITÀ E CONTROVERSIE.....	13
ART. 12 – NORME FINALI E DI RINVIO.....	14

Appendice A) Piano Operativo

NOTA DI COMPILAZIONE

Con riferimento alle attività di carattere “strumentale” di tipo amministrativo, contabile, di controllo gestionale e tecnico assumono rilevanza gli accordi di avvalimento che le Società della Salute (SdS) possono stipulare con gli enti consorziati e le convenzioni che possono stipulare con ESTAR, in virtù del principio di non duplicazione delle strutture organizzative tra la Società della Salute e gli Enti consorziati (art. 71 *quindecies*, comma 3 L.R. 40/2005).

Per “avvalimento” si intende la relazione attributiva in forza della quale un soggetto utilizza le capacità organizzative e tecniche insediate in altro apparato organizzativo, pur conservando la titolarità e l’esercizio della funzione.

Pertanto, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020 gli accordi di avvalimento sono esplicitamente funzionali in modo esclusivo agli assetti organizzativi della SdS e devono trovare opportune e specifiche declinazioni operative in relazione alla gestione diretta da parte della SdS e possono riferirsi unicamente a:

- avvalimento per servizi inerenti i processi di tipo amministrativo,
- per servizi inerenti i processi di tipo contabile e di controllo gestionale,
- per processi di tipo tecnico.

Il presente documento intende fornire alle SdS i seguenti strumenti utili alla conclusione di eventuali accordi di avvalimento:

1. Schema-tipo di accordo ex art. 15 L. 241/1990 per l’avvalimento da parte della SdS di unità organizzative di uno o più enti aderenti al consorzio;
2. Modello di piano operativo da allegare all’accordo di avvalimento.

SCHEMA-TIPO DI ACCORDO

TRA

la SOCIETÀ DELLA SALUTE _____ (di qui innanzi SdS), partita IVA/CF _____ rappresentata da _____, in esecuzione della deliberazione della Giunta Esecutiva n. ____ del _____;

E

L'ENTE CONSORZIATO

Comune di _____ (di qui innanzi Comune) / Unione dei Comuni di _____ (di qui innanzi Unione)/
AZIENDA USL _____ (di qui innanzi AUSL), partita IVA/CF _____ rappresentato da _____ in
esecuzione della deliberazione della Giunta comunale n. ____ del _____ / della Giunta dell'Unione / del
Direttore Generale _____;

L'anno duemila..., il giorno ... del mese di ... nella sede dell'Amministrazione..., sita in ... via ...

Premesso che

- l'art. 15 della Legge 7 agosto 1990, n. 241 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune e che per tali accordi si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni previste dall'art. 11, commi 2 e 3 della medesima legge;
- in forza di detta previsione normativa, l'accordo tra le amministrazioni interessate può considerarsi lo strumento più adatto a garantire una forma di coordinamento per il soddisfacimento del pubblico interesse idonea a comporre, in un quadro unitario, gli interessi pubblici di cui ciascuna amministrazione è portatrice;
- con Deliberazione n. 567 del 31 maggio 2017, l'ANAC ha precisato che le disposizioni del D.Lgs. n. 50/2016 non trovano applicazione agli accordi conclusi tra soggetti pubblici, essendo soddisfatte le condizioni e i presupposti indicati dall'articolo 5 del citato decreto, atteso che la cooperazione è finalizzata alla realizzazione di interessi pubblici effettivamente comuni alle parti, con una reale divisione di compiti e responsabilità, in assenza di remunerazione ad eccezione di movimenti finanziari configurabili solo come ristoro delle spese sostenute e senza interferire con gli interessi salvaguardati dalla disciplina in tema di contratti pubblici;

- l'art. 71 bis della L.R. 40/2005 prevede, nell'ambito delle specifiche finalità proprie della costituzione del consorzio SdS, lo scopo di consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati;
- l'art. 71 *quindicies*, comma 6, L.R. 40/2005 prevede che, per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 71 *bis*, comma 3, L.R. 40/2005 nell'ottica del massimo risparmio ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di evitare duplicazioni, le SdS prioritariamente, ove reperibili, si avvalgono delle risorse umane e strumentali messe a disposizione dagli enti consorziati;
- il sistema a rete del Servizio Sanitario Regionale e il principio di leale collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni trovano una forma di attuazione concreta nell'istituto giuridico dell'avvalimento, attraverso il quale un ente pubblico si avvale per lo svolgimento di determinate funzioni e/o attività di un altro ente, utilizzando personale, strutture e beni strumentali di quest'ultimo;
- l'avvalimento è uno strumento utile nelle fasi iniziali dello sviluppo di una nuova organizzazione, fintantoché questa non raggiunge una dimensione sufficiente per gestire autonomamente, in modo efficace ed efficiente, tali funzioni e/o attività;
- è opportuno utilizzare, per la regolazione dei rapporti tra le parti interessate, lo strumento dell'accordo di collaborazione di cui all'art. 15 della L. 241/90, tenuto conto che si tratta di disciplinare un'attività di interesse comune tra l'ente consortile e uno degli enti consorziati;
- con deliberazione _____ (indicare organo competente) n. ____ del _____, la SdS ha approvato il presente schema di accordo;
- con deliberazione _____ (indicare organo competente) n. ____ del _____, il Comune/l'Unione/la Ausl ha approvato il presente schema di accordo;

TUTTO CIÒ PREMESSO SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – FINALITÀ E PRINCIPI

1. Attraverso l'istituto dell'avvalimento, la SdS utilizza capacità organizzative e tecniche, disponibili negli apparati organizzativi degli enti consorziati, per lo svolgimento di attività e servizi di propria competenza, conservando la titolarità della funzione all'esercizio della quale tali servizi sono strumentali; la responsabilità per il loro regolare svolgimento è in capo all'ente del quale ci si avvale, nei termini previsti dall'art. 8.
2. Scopo del presente accordo è disciplinare le modalità con cui la SdS si avvale delle unità organizzative della AUSL____/del Comune _____/dell'Unione _____ per la gestione di attività di tipo amministrativo, contabile, di controllo gestionale e tecnico, con i contenuti previsti dai successivi articoli, dal piano operativo allegato e

dall'ordinamento vigente in materia, che si realizza attraverso la collaborazione tra la SdS, titolare dell'attività, e il Comune/ l'Unione/ la AUSL, che svolge le prestazioni necessarie alla sua gestione operativa tramite le proprie strutture.

3. La gestione operativa dell'attività da parte dell'ente di cui la SdS si avvale deve tendere in ogni caso a garantire economicità, efficienza, efficacia e rispondenza al pubblico interesse dell'azione amministrativa, secondo principi di professionalità e responsabilità.
4. I rapporti tra gli Enti sottoscrittori regolati dal presente accordo e dal piano operativo allegato si ispirano ai principi di reciprocità e di leale collaborazione.

ART. 2 – OGGETTO

1. Il Comune/l'Unione/la AUSL _____ assicura lo svolgimento delle seguenti attività di tipo amministrativo, contabile, di controllo gestionale e tecnico, strumentali al concreto esercizio delle funzioni della SdS:
 1. ...
 2. ...
2. La disciplina di dettaglio delle modalità e delle tempistiche per lo svolgimento delle singole attività e servizi è indicata nelle schede di attività contenute nel Piano operativo allegato e parte integrante e sostanziale al presente accordo.
3. Il Piano operativo e le singole schede di attività possono essere oggetto di aggiornamento annuale attraverso Deliberazione dell'Assemblea dei soci della SdS, su proposta e con voto favorevole dell'ente avvalso, senza necessità di modifica del presente accordo.
4. Trattandosi di attività e prestazioni necessarie al buon funzionamento della SdS, la Deliberazione deve essere adottata entro il mese di settembre di ciascun anno, in modo che, nel caso in cui sorgano impedimenti alla prosecuzione del rapporto, vi sia il tempo sufficiente per approntare soluzioni alternative.
5. Qualora taluna delle attività/servizi di queste funzioni, in parte o in toto, venga a seguito di accordo delle parti trasferita all'Estar, si procederà alla modifica del Piano operativo secondo le modalità di cui al comma 3, rinviando per la relativa disciplina a specifica convenzione con Estar.
6. Con riferimento a ciascun ambito di attività rimangono nella competenza della SdS tutte le eventuali ulteriori attività non contemplate nel medesimo piano operativo.

ART. 3 – COMUNICAZIONE TRA LE PARTI

1. Le comunicazioni scritte tra i referenti ed i responsabili dei rispettivi enti funzionali all'ordinato svolgimento delle attività/servizi avverranno tramite posta elettronica ordinaria agli indirizzi di riferimento indicati all'interno del Piano operativo.
2. Le comunicazioni formali cui occorra attribuire data certa saranno effettuate a mezzo PEC agli indirizzi di riferimento indicati all'interno del Piano operativo.

ART. 4 – ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

1. Il Comune ____/l'Unione/la AUSL garantisce lo svolgimento delle attività/servizi specificati nell'allegato piano operativo tramite le unità organizzative individuate nel medesimo piano operativo nel quale sono indicate la sede operativa e l'unità organizzativa di appartenenza nell'ambito dell'ente avvalso. In caso di modifiche al proprio assetto organizzativo il Comune ____/l'Unione/la AUSL provvede a comunicare tempestivamente le modifiche e gli aggiornamenti alla SdS, con le modalità di cui all'art. 3 del presente accordo e a proporre la modifica al Piano operativo secondo quanto previsto dall'art. 2 del presente accordo.
2. Tra il personale operante nella suindicata unità organizzativa e la SdS non si instaura alcun rapporto gerarchico, né di dipendenza funzionale, trattandosi di una relazione esclusivamente tra enti ed uffici.
3. Il personale dedicato alle attività/servizi oggetto di avvalimento ha diritto di frequentare i corsi e gli incontri formativi e informativi eventualmente necessari al regolare svolgimento dei servizi e delle attività per i quali si fa ricorso all'avvalimento.
4. La SdS individua e comunica a mezzo PEC al Comune/Unione/AUSL uno o più referenti tecnici per le funzioni operative di cui al presente accordo, allo scopo di mantenere un collegamento costante tra il responsabile dell'unità organizzativa di cui la SdS si avvale e la SdS stessa, in ordine all'espletamento regolare dei compiti previsti e alla qualità delle prestazioni rese.
5. I referenti tecnici della SdS, nello specifico, collaborano alla gestione assicurando:
 - la comunicazione e/o trasmissione di tutti i dati, informazioni e documenti richiesti, necessari per l'erogazione delle prestazioni previste da parte dell'ente avvalso;
 - ove necessario, la disponibilità di aggiornate istruzioni operative per il regolare ed efficace svolgimento del servizio;
 - altre attività complementari comunque finalizzate al regolare espletamento delle attività previste.
6. Il resoconto sull'attuazione di quanto programmato viene reso annualmente dal Comune/Unione/AUSL entro 90 giorni dalla chiusura dell'esercizio di riferimento, sulla base di uno schema di report adottato dalla Giunta Esecutiva della SdS.

ART. 5 – RAPPORTI ECONOMICI

1. Il costo sostenuto (ove sussistente) dal Comune/Unione/AUSL per lo svolgimento della funzione/attività, è determinato e dettagliato nel Piano operativo allegato e può essere aggiornato secondo le modalità previste per l'aggiornamento del Piano operativo secondo l'art. 2 del presente accordo. Il suddetto costo concerne esclusivamente il rimborso dei soli costi diretti derivanti dallo svolgimento delle funzioni/attività.
2. Il costo è ripartito tra tutti gli enti consorziati, incluso l'ente avvalso, in base a parametri e criteri stabiliti con apposita deliberazione dell'Assemblea dei soci preliminare all'adozione del Piano Operativo. Eventuali costi

sostenuti specificamente e nell'interesse di uno o più enti consorziati, sono addebitati esclusivamente a tali enti.

ART. 6 – DURATA DELLA CONVENZIONE

1. La presente convenzione ha una durata di 3 anni a partire da _____ e potrà essere rinnovata per un uguale periodo per espressa volontà dei contraenti.
2. È escluso il recesso per i primi 12 mesi a partire dalla data in cui l'accordo diviene operativo e il rinnovo tacito del presente accordo.

ART. 7 – DOVERE DI COLLABORAZIONE E RISOLUZIONE DELLE CRITICITÀ

1. Le Unità organizzative del Comune/Unione/AUSL individuati nel piano operativo e gli uffici della SdS sono tenuti a darsi reciproca comunicazione sugli eventi e sulle situazioni critiche o impreviste che possono ostacolare il normale svolgimento delle attività, al fine di individuare congiuntamente la soluzione adeguata a risolvere ciascuna anomalia o criticità.
2. Nel caso in cui le soluzioni individuate prevedano lo svolgimento di ulteriori attività necessarie a far fronte alle anomalie e alle criticità che comportino modifiche alle attività e ai termini previsti dal Piano operativo, le stesse dovranno essere tempestivamente recepite nell'ambito del Piano operativo secondo le modalità di cui all'art. 2, comma 3 del presente accordo.
3. Al fine di prevenire le anomalie e le criticità, la SdS è tenuta:
 1. a fornire alle Unità organizzative interessate degli Enti avvalsi le informazioni e i dati, anche di carattere amministrativo-contabile, richiesti per lo svolgimento delle attività, nei termini e con le modalità definite nel Piano operativo, assumendosi la piena responsabilità sulla correttezza, tempestività e completezza delle informazioni e dei dati forniti;
 2. a garantire la collaborazione richiesta per l'adozione degli atti che le Unità organizzative degli Enti avvalsi interessati assumono in nome e per conto della SdS;
 3. a espletare tutte le ulteriori attività di propria competenza che risultino necessarie per il regolare svolgimento delle attività delle Unità organizzative interessate degli Enti avvalsi.

ART. 8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E NOMINA RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO - DPA

1. Qualora, per lo svolgimento delle attività previste all'interno del Piano operativo, si rendesse necessario trattare dati personali, le parti si impegnano a svolgere le attività oggetto di convenzione nel rispetto della normativa in tema di protezione dei dati personali vigente.
2. La SdS, in qualità di titolare del trattamento, nomina il Comune/Unione/AUSL Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE n. 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche (nel seguito anche "Regolamento UE"), con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, per tutta la durata della convenzione. A tal fine il Responsabile è autorizzato a trattare i dati personali

necessari per l'esecuzione delle attività oggetto della presente convenzione e si impegna ad effettuare, per conto del Titolare, le sole operazioni di trattamento necessarie per fornire i servizi dettagliati nella presente convenzione, nei limiti delle finalità ivi specificate, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e delle istruzioni nel seguito fornite.

3. I trattamenti affidati dal Titolare al Responsabile riguardano:
 - a) la natura e la finalità del trattamento: *(aggiungere descrizione)*;
 - b) la base giuridica del trattamento: *(aggiungere descrizione)*;
 - c) le operazioni di trattamento: *(aggiungere descrizione)*;
 - d) la tipologia di dati trattati: *(aggiungere descrizione)*;
 - e) le categorie di interessati: *(aggiungere descrizione)*;
 - f) la durata del trattamento.
4. Il Responsabile presenta garanzie sufficienti in termini di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse per l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate volte ad assicurare che il trattamento sia conforme alle prescrizioni della normativa in tema di trattamento dei dati personali.
5. Il tipo di dati personali trattati in ragione delle attività oggetto della convenzione, nonché le categorie di interessati, sono quelli individuati in apposite schede di censimento per i trattamenti, rintracciabili nel "Registro dei trattamenti" del Responsabile.
6. Nell'esercizio delle proprie funzioni, il Responsabile si impegna a:
 - a) rispettare la normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali, ivi comprese le norme che saranno emanate nel corso della durata della convenzione;
 - b) trattare i dati personali per le sole finalità specificate e nei limiti dell'esecuzione delle prestazioni e dei servizi oggetto della presente convenzione;
 - c) trattare i dati conformemente alle istruzioni impartite dal Titolare e di seguito indicate, che il Responsabile si impegna a far osservare anche alle persone da questi autorizzate ad effettuare il trattamento dei dati personali oggetto della presente convenzione, d'ora in poi "persone autorizzate"; nel caso in cui ritenga che un'istruzione costituisca una violazione del Regolamento UE sulla protezione dei dati o delle altre disposizioni di legge relative alla protezione dei dati personali, il Responsabile deve informare immediatamente il Titolare;
 - d) garantire la riservatezza dei dati personali trattati nell'ambito della presente convenzione e verificare che le persone autorizzate a trattare i dati personali in virtù della stessa:
 1. si impegnino a rispettare la riservatezza o siano sottoposti ad un obbligo legale appropriato di segretezza;
 2. ricevano la formazione necessaria in materia di protezione dei dati personali;
 3. trattino i dati personali osservando le istruzioni impartite dal Titolare per il trattamento dei dati personali al Responsabile del trattamento;

- e) adottare politiche interne e attuare misure che soddisfino i principi della protezione dei dati personali fin dalla progettazione di tali misure (privacy by design), nonché adottare misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire che i dati personali siano trattati, in ossequio al principio di necessità ovvero che siano trattati solamente per le finalità previste e per il periodo strettamente necessario al raggiungimento delle stesse (privacy by default);
 - f) valutare i rischi inerenti il trattamento dei dati personali e adottare tutte le misure tecniche ed organizzative che soddisfino i requisiti del Regolamento UE anche al fine di assicurare un adeguato livello di sicurezza dei trattamenti, in modo tale da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, modifica, divulgazione non autorizzata, nonché di accesso non autorizzato, anche accidentale o illegale, o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta;
 - g) su eventuale richiesta del Titolare, assistere quest'ultimo nello svolgimento della valutazione d'impatto sulla protezione dei dati, conformemente all'articolo 35 del Regolamento UE e nella eventuale consultazione del Garante per la protezione dei dati personale, prevista dall'articolo 36 del medesimo Regolamento UE;
 - h) ai sensi dell'art. 30 del Regolamento UE, tenere un Registro delle attività di trattamento effettuate sotto la propria responsabilità e cooperare con il Titolare e con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, mettendo il predetto Registro a disposizione del Titolare e dell'Autorità, laddove ne venga fatta richiesta ai sensi dell'art. 30 comma 4 del Regolamento UE;
 - i) assistere il Titolare del trattamento nel garantire il rispetto degli obblighi di cui agli artt. da 31 a 36 del Regolamento UE.
7. Tenuto conto della natura, dell'oggetto, del contesto e delle finalità del trattamento, il Responsabile del trattamento deve mettere in atto misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio e per garantire il rispetto degli obblighi di cui all'art. 32 del Regolamento UE. Tali misure comprendono tra le altre, se del caso:
- a) la pseudonimizzazione e la cifratura dei dati personali;
 - b) la capacità di assicurare, su base permanente, la riservatezza, l'integrità, la disponibilità e la resilienza dei sistemi e dei servizi che trattano i dati personali;
 - c) la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati in caso di incidente fisico o tecnico;
 - d) una procedura per testare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento.
- (da aggiungere e compilare qualora ritenuto necessario)*
- In particolare, il responsabile del trattamento si impegna ad adottare le seguenti misure di sicurezza:
- inserire misure*
- inserire misure (etc.)*

8. Il Responsabile si impegna a trattare i dati nel territorio dell'Unione Europea, salvo diversa indicazione del titolare del trattamento.
9. Il Titolare autorizza in via generale il Responsabile del trattamento a ricorrere ad un altro Responsabile del trattamento (di seguito, "sub-Responsabile del trattamento") per gestire attività di trattamento specifiche, informandone il Titolare del trattamento di ogni nomina e/o sostituzione dei sub-Responsabili. Nella comunicazione andranno specificate le attività di trattamento delegate, i dati identificativi del sub-Responsabile del trattamento e i dati del contratto di esternalizzazione. A tal fine il Responsabile si impegna a informare il Titolare entro 30 giorni mediante comunicazione scritta quali sono i sub-Responsabili attualmente operanti, specificando le attività di trattamento delegate, i dati identificativi del sub-Responsabile del trattamento e i dati del contratto di esternalizzazione.
10. Nel caso in cui per le prestazioni della convenzione che comportano il trattamento di dati personali il Responsabile ricorra a subappaltatori o subcontraenti è obbligato a nominare tali operatori a loro volta sub-Responsabili del trattamento sulla base della modalità sopra indicata e comunicare l'avvenuta nomina al Titolare. Il sub-Responsabile del trattamento deve rispettare obblighi analoghi a quelli forniti dal Titolare al Responsabile Iniziale del trattamento, riportati in uno specifico contratto o atto di nomina. Spetta al Responsabile del trattamento assicurare che il sub-Responsabile del trattamento presenti garanzie sufficienti in termini di conoscenza specialistica, affidabilità e risorse, per l'adozione di misure tecniche ed organizzative appropriate di modo che il trattamento risponda ai principi e alle esigenze del Regolamento UE.
11. Il Responsabile deve assistere il Titolare al fine di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti degli interessati ai sensi degli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE; qualora gli interessati esercitino tale diritto presso il Responsabile, quest'ultimo è tenuto ad inoltrare tempestivamente, e comunque nel più breve tempo possibile, le istanze al Titolare, supportando quest'ultimo al fine di fornire adeguato riscontro agli interessati nei termini prescritti.
12. Il Responsabile informa tempestivamente e, in ogni caso senza ingiustificato ritardo dall'avvenuta conoscenza, il Titolare di ogni violazione di dati personali (cd. data breach); tale notifica è accompagnata da ogni documentazione utile, ai sensi degli artt. 33 e 34 del Regolamento UE, per permettere al Titolare del trattamento, ove ritenuto necessario, di notificare questa violazione all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, entro il termine di 72 ore da quanto il Titolare ne viene a conoscenza; nel caso in cui il Titolare debba fornire informazioni aggiuntive all'Autorità di controllo, il Responsabile supporterà il Titolare nella misura in cui le informazioni richieste e/o necessarie per l'Autorità di controllo siano esclusivamente in possesso del Responsabile e/o di suoi sub-Responsabili.
13. Il Responsabile deve avvisare tempestivamente e senza ingiustificato ritardo il Titolare in caso di ispezioni, di richiesta di informazioni e di documentazione da parte dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali; inoltre, deve assistere il Titolare nel caso di richieste formulate dall'Autorità Garante in merito al trattamento dei dati personali effettuate in ragione della presente convenzione.

14. Il Responsabile deve mettere a disposizione del Titolare tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui al Regolamento UE, oltre a contribuire e consentire al Titolare - anche tramite soggetti terzi da medesimo autorizzati, dandogli piena collaborazione - verifiche periodiche o circa l'adeguatezza e l'efficacia delle misure di sicurezza adottate ed il pieno e scrupoloso rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati personali.
15. Il Responsabile deve comunicare al Titolare il nome ed i dati del proprio "Responsabile della protezione dei dati", qualora, in ragione dell'attività svolta, ne abbia designato uno conformemente all'articolo 37 del Regolamento UE; il Responsabile della protezione dei dati personali del Responsabile collabora e si tiene in costante contatto con il Responsabile della protezione dei dati del Titolare.
16. Il Responsabile si impegna ad attuare quanto previsto dal provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 27 novembre 2008 e s.m.i. recante "Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratori di sistema".
17. In via generale, il Responsabile del trattamento si impegna ad operare adottando tutte le misure tecniche e organizzative, le attività di formazione, informazione e aggiornamento ragionevolmente necessarie per garantire che i Dati Personali trattati in esecuzione della presente convenzione, siano precisi, corretti e aggiornati nel corso della durata del trattamento - anche qualora il trattamento consista nella mera custodia o attività di controllo dei dati - eseguito dal Responsabile, o da un sub-Responsabile.
18. Sarà obbligo del Titolare del trattamento vigilare durante tutta la durata del trattamento, sul rispetto degli obblighi previsti dalle presenti istruzioni e dal Regolamento UE sulla protezione dei dati da parte del Responsabile del trattamento, nonché a supervisionare l'attività di trattamento dei dati personali. A tal fine il Responsabile è tenuto a presentare annualmente, o ogni qualvolta sia ritenuto necessario, una relazione sui trattamenti effettuati. Resta salva la possibilità per il Titolare di poter in ogni momento effettuare audit, ispezioni e verifiche periodiche sull'attività posta in essere dal Responsabile.
19. Al termine delle operazioni di trattamento affidate, nonché all'atto della cessazione per qualsiasi causa del trattamento da parte del Responsabile, questi, a discrezione del Titolare e su richiesta di quest'ultimo, sarà tenuto a:
 - a) restituire al Titolare i dati personali oggetto del trattamento entro un termine ragionevole e al più tardi entro un mese, oppure
 - b) provvedere alla loro integrale distruzione entro un termine ragionevole e al più tardi entro un mese salvo i casi in cui la conservazione dei dati sia richiesta da norme di legge od altri fini (contabili, fiscali, ecc).
20. Durante l'esecuzione della convenzione, nell'eventualità di qualsivoglia modifica della normativa in materia di Trattamento dei Dati Personali che generi nuovi requisiti (ivi incluse nuove misure di natura fisica, logica, tecnica, organizzativa, in materia di sicurezza o trattamento dei dati personali), il Responsabile del

trattamento si impegna a collaborare - nei limiti delle proprie competenze tecniche, organizzative e delle proprie risorse - con il Titolare affinché siano sviluppate, adottate e implementate misure correttive di adeguamento ai nuovi requisiti.

21. Il Titolare si riserva, inoltre, ove ne ravvisasse la necessità, la facoltà di integrare e adeguare, tempo per tempo, le istruzioni indicate nella presente nomina, anche per conformarsi ad eventuali aggiornamenti normativi.
22. Di ogni modifica verrà data comunicazione al Responsabile a mezzo posta elettronica certificata. Trascorso il termine di trenta giorni, le variazioni si riterranno accettate dal Responsabile.

ART. 9 – RECESSO DALL'ACCORDO

1. Il Comune/Unione/AUSL e la SdS possono recedere dal presente accordo, con atto motivato, non prima della decorrenza di 12 mesi a partire dalla data in cui l'accordo diviene operativo.
2. L'eventuale recesso deve essere deliberato in forma definitiva entro il mese di settembre ed ha effetto a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo.
3. In caso di recesso, la SdS riassume la gestione dei servizi conferiti al Comune/Unione/Ausl con il presente accordo. Il Comune/Unione/Ausl è obbligato a portare a conclusione tutti i procedimenti ancora in corso alla data del recesso, mentre la SdS subentrerà nei rapporti giuridici attivi e passivi in essere alla stessa data.
4. Gli enti rimangono reciprocamente vincolati per le obbligazioni che, al momento in cui il recesso è efficace, non risultino adempiute, fatti salvi diversi accordi tra le parti.

ART. 10 – SCIoglimento CONSENSUALE DELL'ACCORDO

1. La presente convenzione può essere oggetto di scioglimento consensuale, in particolare a seguito di modifiche sostanziali alla normativa di settore o in relazione a nuove modalità condivise di gestione del servizio/attività. Si applicano, in tale fattispecie, le stesse disposizioni di cui all'articolo precedente, senza alcuna limitazione temporale circa il termine per l'assunzione formale della decisione relativa.

ART. 11 – RESPONSABILITÀ E CONTROVERSIE

1. Il Comune/Unione/AUSL è responsabile di eventuali danni arrecati a terzi ed al personale SdS in dipendenza dall'attività svolta ai sensi della presente convenzione e quindi si impegna a mantenere la SdS indenne contro eventuali azioni legali e richieste risarcitorie avanzate da terzi danneggiati in rapporto alle attività svolte e ad esso/a imputabili.
2. Le controversie tra i contraenti per i servizi e le attività di cui al presente accordo, sia relativi ad atti che a comportamenti amministrativi, saranno esaminate preliminarmente e obbligatoriamente nell'ambito dell'Assemblea dei soci della SdS.

3. Per le controversie emerse in sede politica, si costituisce un comitato tecnico super partes che valuti preliminarmente sotto un profilo di sostenibilità giuridica le problematiche tecnico-amministrative e le eventuali soluzioni; se non risolvibili sarà competente il Foro di _____

ART. 12 – NORME FINALI E DI RINVIO

1. Per quanto non previsto dal presente accordo, si applicano i regolamenti vigenti e applicabili dell'ente di cui la SdS si avvale, nonché le specifiche disposizioni statali e regionali, in quanto applicabili.
2. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo in applicazione del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642.

L'atto si compone di n. pagine e viene sottoscritto digitalmente dai contraenti.

Società della Salute _____

Comune/Unione/AUSL _____

Appendice A)

PIANO OPERATIVO PER L'AVVALIMENTO DA PARTE DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DI UNITÀ ORGANIZZATIVE DI UN ENTE CONSORZIATO

allegato all'accordo di avvalimento

PREMESSA

Attraverso l'istituto dall'avvalimento, la Società della Salute (SdS) _____ utilizza capacità organizzative e tecniche, disponibili negli apparati organizzativi dell'Ente consorziato _____, per lo svolgimento di funzioni e servizi attribuiti, conservandone la titolarità.

Il presente Piano Operativo, allegato all'accordo per l'avvalimento sottoscritto tra la SdS _____ e l'Ente _____ del quale costituisce parte integrante e sostanziale, disciplina le modalità specifiche e le tempistiche per l'esecuzione delle attività amministrative, servizi generali e di supporto per le quali la SdS si avvale del supporto tecnico professionale ed operativo delle strutture dell'Ente _____.

Le schede di attività contenute nel presente Piano Operativo riportano la puntuale descrizione di ciascuna delle attività/servizi per i quali la SdS _____ si avvale delle unità organizzative dell'Ente _____

Per ogni attività oggetto dell'accordo di avvalimento compilare una scheda di attività
secondo gli esempi di schema e di tabella descrittiva di seguito riportati.

SCHEDA DI ATTIVITÀ N. 1 – SERVIZIO/ATTIVITÀ DI _____

UNITÀ ORGANIZZATIVA DEDICATA

Indicare la denominazione dell'unità organizzativa dedicata allo svolgimento dell'attività di cui ci si avvale

RESPONSABILE DELL'UNITÀ ORGANIZZATIVA

Indicare il nominativo del responsabile dell'unità organizzativa

Indirizzo e-mail:

Indirizzo PEC:

SCHEDA DI ATTIVITÀ N. 1 – SERVIZIO/ATTIVITÀ DI _____

TABELLA descrittiva delle fasi di attività

#	Attività/servizi da compiere	Descrizione delle modalità e fasi di esecuzione	Tempistiche di predisposizione/realizzazione	Output da realizzare	Strumenti/supporti utilizzati
1 ...					
2 ...					
3 ...					

Diagramma di processo dell'attività / Flow Chart (eventuale)

SINTESI CRITERI INDIVIDUATI PER FABBISOGNO PERSONALE AMMINISTRATIVO DELLE SDS

La determinazione del fabbisogno di personale amministrativo nelle Società della Salute della Toscana si fonda su una metodologia integrata, che unisce riferimenti normativi e tecnici, criteri quantitativi e indicatori legati al contesto territoriale e organizzativo. Il modello non si limita al rapporto diretto carico di lavoro/unità di personale, ma tiene conto della crescente complessità dei compiti amministrativi, della multidisciplinarietà degli interventi e della natura consortile degli enti coinvolti.

Riferimenti normativi e organizzativi:

- L.R. 40/2005, art. 64 e 64.2
- DGRT 243/2011 e DGRT 296/2019
- Documenti aziendali e regionali dei gruppi di lavoro precedente

Ambiti funzionali amministrativi considerati: Ai fini della presente analisi, le funzioni amministrative delle SdS analizzate sono:

- 1. STAFF/FUNZIONAMENTO
- 2. PERCORSI DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA
- 3. PERCORSI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE E ALTRE ATTIVITA'
- 4. GESTIONE DI FINANZIAMENTI "EXTRA"

1. STAFF E FUNZIONAMENTO

Per le funzioni amministrative prive di standard normativi specifici (Bilancio, Personale, Controllo di gestione e Acquisti), il fabbisogno minimo di personale viene determinato utilizzando tre variabili, ciascuna con un peso assegnato:

- **Popolazione residente** (peso 40%)
- **Numero di Comuni aderenti alla SdS** (peso 20%)
- **Volume finanziario gestito** (peso 40%)

Metodo di calcolo

1. Ogni variabile viene espressa come **percentuale** rispetto al totale della AUSL.
2. A ogni percentuale si associa un punteggio **ponderato**, che rappresenta la quota della variabile su un totale teorico di 100.
3. La **somma dei tre punteggi** restituisce il valore complessivo per ogni SdS, determinando un **valore complessivo**, sulla base del quale alle SdS vengono aggiunte, alle unità previste dalla normativa, unità di personale da 0,5 a 2, a seconda della fascia individuata:

Fascia	Valore complessivo	Unità di personale
1	5 - 10	+0,5
2	11 - 15	+1
3	16 - 20	+1,5
4	> 20	+2

Questo metodo consente di calibrare la dotazione di personale in funzione della **complessità reale della SdS**, misurata attraverso tre indicatori fondamentali. È uno strumento utile per garantire equità, proporzionalità e trasparenza nella definizione degli organici minimi amministrativi.

2. PERCORSI DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA

Distinzione tra:

- A. Accesso, valutazione, progetto personalizzato (COT/UVM/UVI)**
- B. Assistenza domiciliare, inserimenti, contributi, ecc.**

Per le attività di A) *Accesso, valutazione, progetto personalizzato* il criterio è quello di **1 amm.vo ogni 60.000 residenti (considerando come base la popolazione della SdS più piccola) + figure previste da DGRT 1508 per COT.**

Per le attività del punto B), il fabbisogno viene determinato tramite l'applicazione combinata di tre criteri, ciascuno con un peso proporzionale:

- **1/11.000 abitanti per Popolazione residente** → peso **40%**
- **Numero di anziani assistiti: 1/500** → peso **30%**
- **Numero di persone con disabilità in carico: 1/250** → peso **30%**

I valori derivanti da ciascun criterio vengono moltiplicati per il rispettivo peso e sommati per ogni SdS, generando così il numero stimato di **unità minima di personale amministrativo** richieste per l'ambito "Non autosufficienza e disabilità". Questo approccio tiene conto della densità demografica, della pressione assistenziale e del carico sociale.

3. PERCORSI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE E ALTRO

Rispetto a questi percorsi si fa riferimento al documento "**Standard per i percorsi di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze**" di AGENAS - Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022. Il documento definisce i **criteri organizzativi e strutturali minimi** per garantire un'assistenza uniforme e di qualità nei percorsi di **salute mentale e dipendenze patologiche** su tutto il territorio nazionale.

I criteri per il calcolo del fabbisogno minimo sono diversi per i due percorsi:

- A. per la Salute mentale adulti e infanzia adolescenza vengono considerati 0,2 unità di personale ogni 10.000 abitanti da 0 a 64 anni d'età:
- B. per le Dipendenze invece vengono considerati 0,5 unità di personale ogni 100.000 abitanti (tutta la popolazione) (a regime viene prevista 1 unità di personale).

Questo secondo parametro è stato preso a riferimento anche per le altre attività sociosanitarie (Prevenzione/Salute e Benessere, Afa, Mamma Segreta, Reti Territoriali e Giustizia Riparativa, Codice Rosa).

4. GESTIONE DEI FINANZIAMENTI "EXTRA"

L'esperienza gestionale maturata nelle realtà consortili partecipate dall'ASL TC ha evidenziato l'esigenza di **quantificare il fabbisogno di personale necessario per la gestione e la rendicontazione dei Finanziamenti "Extra"**. Si tratta di contributi esterni al Mappafondo regionale, finalizzati alla realizzazione di progetti specifici, eccedenti le ordinarie linee di produzione. In assenza di riferimenti normativi specifici, il punto di partenza per la definizione dei criteri di calcolo è rappresentato dal **Regolamento aziendale per la gestione dei Contributi Finalizzati** (DDG 1412/2024), e in particolare dall'art. 4, che prevede una trattenuta del 3,5% a copertura dei costi generali.

Stimando che il **60% dei costi generali sia riferibile al costo del personale**, è stato costruito un modello di ponderazione fondato su tre variabili principali:

- **Numero di contributi gestiti (Quantità)** – peso **30%**

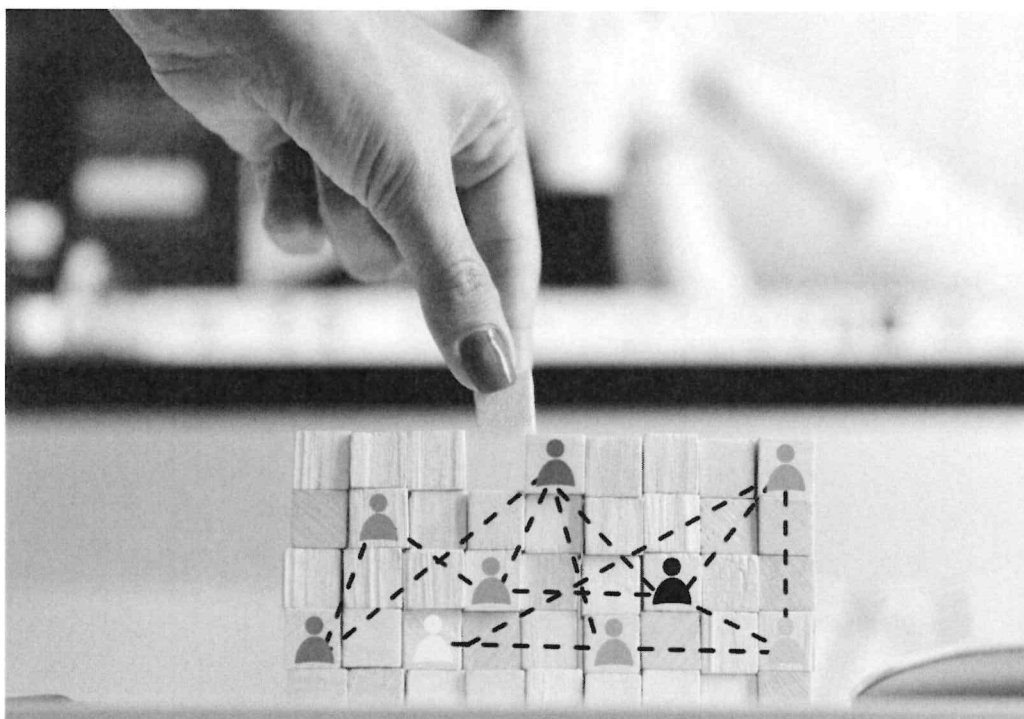
- **Numero di soggetti coinvolti** (Complessità) – peso 30%
- **Valore complessivo dei finanziamenti gestiti** (Valore) – peso 40%

L'applicazione di tale modello consente di **quantificare in modo oggettivo il fabbisogno aggiuntivo di personale**. In particolare, il fabbisogno di **1 unità aggiuntiva a 36 ore settimanali** è giustificato qualora ricorrano congiuntamente i seguenti requisiti minimi:

- **Valore complessivo dei finanziamenti gestiti fino a €3.000.000/anno**
- **Numero di progetti compreso tra 3 e 5**
- **Almeno 2 soggetti coinvolti nella gestione**

Tale configurazione corrisponde a un punteggio ponderato totale di almeno **1,00**, che rappresenta la **soglia minima per l'attivazione del fabbisogno di un'unità aggiuntiva**.

CRITERI DI RIPARTIZIONE DEL PERSONALE ASSISTENTE SOCIALE NEI PERCORSI SOCIO-SANITARI



DIPARTIMENTO DI SERVIZIO SOCIALE AUSL TC

Aprile 2024

GLI OBIETTIVI

1. misurare quanto pesa in percentuale ogni percorso sociosanitario – carico di lavoro
2. definire lo standard di personale per ogni zona distretto su base della popolazione residente (vedi tabelle)
3. definizione della suddivisione del personale da standard su ciascun percorso sociosanitario (numero AS – percorso)
4. definizione della suddivisione del personale da standard su ciascun percorso sociosanitario, considerando in proporzione della popolazione residente anche il personale afferente a funzioni trasversali dipartimentali (numero AS – percorso)

IL PERCORSO

1. Definizione dello standard: lo standard pari a 1 AS ogni 6.500 abitanti residenti per zona/distretto è stato condiviso tra la Direzione AUSL Toscana Centro e le Società della Salute. Tale standard è relativo alle materie di natura sociosanitaria e ad elevata integrazione, non ricomprese tra quelle sociali il cui standard è definito quale LEPS a livello nazionale¹.
2. Le materie relative allo standard individuato sono: la continuità assistenziale, le attività consultoriali, la presa in carico e la valutazione in disabilità e non autosufficienza, le dipendenze e la salute mentale (si vedano tabelle di seguito).
3. Analisi dati attraverso i sistemi informativi (SI) SINSS e HTH (non altri usati in determinate zone e seconda dei percorsi)
4. Integrazione tra lo standard di personale ed i carichi di lavoro

LA MODALITA'

1- SCELTA DELLE ZONE/DISTRETTO CAMPIONE: **Zona Fiorentina Nordovest e Zona Pistoiese**. Si ritiene che le tre zone elencate siano rappresentative, in quanto presentano caratteristiche diverse presenti nel panorama:

- a) **Zona Pistoiese**: il sistema informativo viene alimentato da tutto il personale impegnato nei percorsi di natura sociosanitaria ed a elevata integrazione, sia per la presa in carico che per la valutazione, ad eccezione del percorso Salute Mentale per il quale esiste altro SI (non oggetto di questa analisi);
- b) **Zona Fiorentina Nord Ovest**: il SI viene alimentato da tutto il personale afferente alla zona, a prescindere dal datore di lavoro e dal percorso di competenza; i dati inseriti nel SI rappresentano la quasi totalità delle prestazioni e degli interventi, anche in relazione alla salute mentale.

2- ANALISI DEL CARICO DI LAVORO:

Nelle Tabelle 1,2 e 3 possiamo osservare le estrazioni specifiche per Zona e per percorso dai SI SINSS e HTH, con le analisi delle prestazioni “per persona” e “per tempo per singola persona” in ogni specifico percorso.

Nella Tabella 4 osserviamo ponderazione del numero delle prestazioni in relazione al tempo (prestazione per persona*tempo per persona) divise per zona e per percorso sociosanitario, rapportata al totale della popolazione residente in ciascuna delle tre zone e su base percentuale (totale 100).

3- ARMONIZZAZIONE:

I valori percentuali così ottenuti per zona e per percorsi sociosanitari delle zone individuate sono stati usati per la definizione del valore medio per tutta la Azienda USL Toscana Centro per ogni singolo percorso di natura sociosanitaria e ad alta integrazione:

Questo report utilizza i dati estratti dalla Cartella Aster SINSS di GPI e da HTH (ADS Finmatica, per le sole Dipendenze) riferiti al periodo **01.01.2023–31.12.2023** per gli Assistenti Sociali di 3 delle ZONE/SdS dell’Azienda USL Toscana Centro.

Si ringrazia per la consulenza la UFC Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Toscana Centro

¹ Per gli assistenti sociali del socio-assistenziale (quota comuni), secondo il comma 797 della L.178/2021 (Legge di bilancio) per il raggiungimento del livello essenziale delle prestazioni (LEPS) si definisce pari a 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti in ciascun ambito territoriale sociale (ATS) del territorio nazionale.

Come si leggono le Tabelle 1 e 2:

PERCORSO	N. prestazioni profess.li	Tempo in minuti	N. interventi /servizi attivati	Tempo in minuti	Tot. Prestazioni +Servizi attivati	Tempo Totale	Persone nel periodo	Prestazioni per persona	Tempo per persona in minuti
----------	---------------------------	-----------------	---------------------------------	-----------------	------------------------------------	--------------	---------------------	-------------------------	-----------------------------

- **PERCORSO di riferimento**
- **Nr. Prestazioni Profess.li:** Nr. PRESTAZIONI PROFESSIONALI RILEVATO DAL S.I. UTILIZZATO NEL PERIODO CONSIDERATO
- **Tempo in min.:** SOMMA DEL MINUTAGGIO CORRISPONDENTE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE
- **Nr. servizi attivati:** Nr. INTERVENTI/SERVIZI ESTERNI ATTIVATI/EROGATI NEL PERIODO
- **Tempo in min.:** SOMMA DEL MINUTAGGIO CORRISPONDENTE AI SERVIZI ATTIVATI
- **Tot. Prestazioni + servizi attivati:** NUMERO TOTALE DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI E SERVIZI ATTIVATI
- **Tempo totale:** SOMMA DEL TEMPO UTILIZZATO
- **Persone nel periodo:** Nr. PERSONE SU CUI SONO STATE EFFETTUATE PRESTAZIONI (PROF.LI E INTERVENTI ESTERNI)
- **Prestazioni per Persona:** Nr. PRESTAZIONI EFFETTUATE IN MEDIA SULLA SINGOLA PERSONA PER SPECIFICO PERCORSO
- **Tempo per Persona:** TEMPO UTILIZZATO IN MEDIA SULLA SINGOLA PERSONA DI QUELLO SPECIFICO PERCORSO

ZONA/SDS F.NA NORD OVEST									
PERCORSO	N. prestazioni profess.li	Tempo in minuti	N. interventi /servizi attivati	Tempo in minuti	Tot. Prestazioni +Servizi attivati	Tempo Totale	Persone nel periodo	Prestazioni per persona	Tempo per persona in minuti
CONT.THT	10.188	535.800	291	4.365	10.479	540.165	2.144	4,9	252,34
CONSULT/ COD.ROSA	531	31.880	16	240	547	32.120	178	3,1	180,45
DISABILITA'	9.368	476.770	1.535	23.025	10.903	499.795	1.530	7,1	327
COMM.L.104/92	2.549	101.960	0	0	2.549	101.960	2.197	1,2	46,41
NON AUTOSUFF.	11.911	615.300	1.687	25.305	13.598	640.605	2.083	6,5	307,54
UVM	1.710	83.770	8	120	1.718	83.890	1.083	1,6	77,46
UVM D	840	35.040	12	180	853	35.220	295	2,8	119,38
DIPENDENZE	7.933	334.210	34	510	7.967	334.720	532	15,0	629,17
SMA	9.383	502.650	319	4.785	9.702	507.435	1.007	9,6	504,30

Tabella 1 – REPORT ZONA/SDS F.NA NORD OVEST

ZONA/ SDS PISTOIESE									
PERCORSO	N. prestazioni profess.li	Tempo in minuti	N. interventi /servizi attivati	Tempo in minuti	Tot. Prestazioni +Servizi attivati	Tempo Totale	Persone nel periodo	Prestazioni per persona	Tempo per persona in minuti
CONT.THT	3.141	121.610	114	1.710	3.255	123.320	1.090	3,0	113,14
CONSULT/ COD.ROSA	376	23.005	1	15	377	23.020	100	3,8	230,20
DISABILITA'	4.743	224.100	2	30	4.745	224.130	723	6,6	310
COMM.L.104/92	1.866	42.918	0	0	1.866	42.918	1.763	1,1	24,34
NON AUTOSUFF.	7.978	379.620	117	1.755	8.095	381.675	1.823	4,4	209,36
UVM	1.176	61.120	25	375	1.201	61.495	820	1,5	75,30
UVM D	803	41.360	0	0	803	41.360	345	2,3	120,30
DIPENDENZE	4.258	207.120	0	0	4.258	207.120	452	9,4	458,23
SMA	1.397	79.825	0	0	1.397	79.825	190	7,4	420,13

Tabella 2 – REPORT ZONA/SDS PISTOIESE

Nella Tabella 3 osserviamo la prevalenza della presa in carico per singolo percorso ponderata col tempo medio specifico di quel percorso), rapportato al totale della popolazione residente nella singola Zona/SDS (*nr. Persone x tempo medio per persona / popolazione residente*)

PERCORSO /ZONE	ZONA F.NA NORD OVEST	ZONA PISTOIESE
<i>Popolazione</i>	<i>207.899</i>	<i>170.756</i>
CONT.THT	2,6	0,7
CONSULT/COD. ROSA	0,2	0,1
DISABILITA'	2,4	1,3
COMM. L.104/92	0,5	0,3
NON AUTOSUFF.	3,1	2,2
UVM	0,4	0,4
UVMD	0,2	0,2
DIPENDENZE	1,6	1,2
SMA	2,4	0,5

Tabella 3 – PREVALENZA “PONDERATA” DI PRESA IN CARICO

Nella tabella successiva il valore precedente è su base percentuale (totale 100); nell’ultima colonna il “valore medio”, individuato come strumento di armonizzazione tra le singole Zone/SDS per percorso.

PERCORSO / ZONE	ZONA F.NA NORD OVEST	ZONA PISTOIESE	MEDIA
CONTINUITA' T-H-T	19,5%	10,4%	14,9%
CONSULT./COD. ROSA	1,2%	1,9%	1,5%
DISABILITA'	18,0%	18,9%	18,5%
COMM.L.104/92	3,7%	3,6%	3,6%
NON AUTOSUFF.	23,1%	32,2%	27,6%
UVM	3,0%	5,2%	4,1%
UVMD	1,3%	3,5%	2,4%
DIPENDENZE	12,1%	17,5%	14,8%
SMA	18,3%	6,7%	12,5%

Tabella 4 – PREVALENZA “PONDERATA” DI PRESA IN CARICO IN VALORI PERCENTUALI E VALORE MEDIO PER PERCORSO

Il valore medio in percentuale diventa il rapporto con cui si determina la quantità di assistenti sociali (secondo lo standard definito in premessa come 1/6.500) da assegnare al singolo percorso (Tabella 5)

ZONA	FIRENZE	F.NA NORD OVEST	F.NA SUD EST	MUGELLO	PRATESE	PISTOIESE	VDN	EVV	TOT
POPOLAZIONE RESIDENTE	362.742	207.899	181.163	63.060	259.244	170.752	119.007	240.542	1.604.409
AASS DSS su Popolazione	3,84	2,2	1,92	0,67	2,75	1,81	1,26	2,55	17
NR. AASS DA STANDARD 1/6500	51,96	29,8	25,98	9,03	37,15	24,49	17,04	34,45	229,9

Tabella 5 – AA.SS. SECONDO STANDARD DEFINITO SU POPOLAZIONE

Quindi col personale al completo rispetto allo standard 1/6.500, questa dovrebbe essere la suddivisione sugli specifici percorsi sociosanitari:

PERCORSO	VALORE MEDIO	FIRENZE	F.NA NORD OVEST	F.NA SUD EST	MUGELLO	PRATESE	PISTOIESE	VDN	EVV
		52,0	29,8	26,0	9,0	37,2	24,5	17,0	34,5
ACOT	14,9%	7,8	4,5	3,9	1,3	5,6	3,7	2,5	5,1
CONSULTORIO	1,5%	0,8	0,5	0,4	0,1	0,6	0,4	0,3	0,5
DISABILITA'	18,5%	9,6	5,5	4,8	1,7	6,9	4,5	3,1	6,4
COMM.L.104/92	3,6%	1,9	1,1	0,9	0,3	1,4	0,9	0,6	1,3
NON AUTOSUFF.	27,6%	14,4	8,2	7,2	2,5	10,3	6,8	4,7	9,5
UVM	4,1%	2,1	1,2	1,1	0,4	1,5	1,0	0,7	1,4
UVMD	2,4%	1,2	0,7	0,6	0,2	0,9	0,6	0,4	0,8
DIPENDENZE	14,8%	7,7	4,4	3,8	1,3	5,5	3,6	2,5	5,1
SMA	12,5%	6,5	3,7	3,2	1,1	4,6	3,1	2,1	4,3

Tabella 6 – ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE SECONDO IL VALORE MEDIO PER PERCORSO

	FIRENZE	F.NA NORD OVEST	F.NA SUD EST	MUGELLO	PRATESE	PISTOIESE	VDN	EVV
PERSONALE ASSEGNATO	41,0	23,0	23,0	7,0	28,0	25,0	15,0	35,0
CONTINUITA' T-H-T	6,1	3,4	3,4	1,0	4,2	3,7	2,2	5,2
CONSULT./COD. ROSA	0,6	0,4	0,4	0,1	0,4	0,4	0,2	0,5
DISABILITA'	7,6	4,2	4,2	1,3	5,2	4,6	2,8	6,5
COMM.L.104/92	1,5	0,8	0,8	0,3	1,0	0,9	0,5	1,3
NON AUTOSUFF.	11,3	6,4	6,4	1,9	7,7	6,9	4,1	9,7
UVM	1,7	0,9	0,9	0,3	1,2	1,0	0,6	1,4
UVMD	1,0	0,5	0,5	0,2	0,7	0,6	0,4	0,8
DIPENDENZE	6,1	3,4	3,4	1,0	4,1	3,7	2,2	5,2
SMA	5,1	2,9	2,9	0,9	3,5	3,1	1,9	4,4
DIFFERENZA CON STANDARD	-11,0	-6,8	-3,0	-2,0	-9,2	0,5	-2,0	0,5
AASS Lettera d)							3	2
AASS IF SDS	1	1						3
FABBISOGNO	12	7,8	3	2	9,2	-0,5	5	4,5
FABBISOGNO AUSL	6,3	4,1	1,6	1,1	4,8	-0,3	2,63	2,4

Ai sensi dell'accordo di cui alla delibera della Conferenza dei Sindaci del 2021, il personale che lavora nelle Zone è così ripartito:

- Funzioni di cui alla lettera d): a totale carico dei Comuni (Quindi 3 VdN (Carlesi Todeschini Loni) , 2 in EVV (Torrighiani e Visani)
- Funzioni Non autosufficienza e disabilità, UVM e UVMD (Sociosanitario): 50% Comuni-50% Azienda (pari a 52,6% del carico di lavoro)
- Funzioni di alta integrazione: 100% SSN (Continuità T-H-T, Consultorio-Codice Rosa, Dipendenze e SMA, Commissioni L.104/92)

Inoltre sulle singole Zone si è provveduto a non conteggiare il personale aziendale con Incarico di Funzione SdS (1 Firenze- Ferrero; 3 EVV D'Ermiliis, Biagini , Gagliardi, 1 F.na NO Pinzani)

	VALORE MEDIO	FIRENZE	F.NA NORD OVEST	F.NA SUD EST	MU- GELLO	PRA- TESE	PI- STOIESE	VDN	EVV
FABBISOGNO AUSL		6,3	4,1	1,6	1,1	4,8	-0,3	2,63	2,4
CONTINUITA' T-H-T	14,90%	0,9387	0,6109	0,2384	0,1639	0,7152	-0,0447	0,39187	0,3576
CONSULT./COD. ROSA	1,50%	0,0945	0,0615	0,024	0,0165	0,072	-0,0045	0,03945	0,036
DISABILITA' 50% AUSL	9,25%	0,58275	0,37925	0,148	0,10175	0,444	-	0,243275	0,222
DISABILITA' 50% EELL	9,25%	0,58275	0,37925	0,148	0,10175	0,444	0,02775	0,243275	0,222
COMM.L.104/92	3,60%	0,2268	0,1476	0,0576	0,0396	0,1728	-0,0108	0,09468	0,0864
NON AUTOSUFF. 50% AUSL	13,80%	0,8694	0,5658	0,2208	0,1518	0,6624	-0,0414	0,36294	0,3312
NON AUTOSUFF. 50% EELL	13,80%	0,8694	0,5658	0,2208	0,1518	0,6624	-0,0414	0,36294	0,3312
UVM 50% AUSL	2,05%	0,12915	0,08405	0,0328	0,02255	0,0984	-	0,053915	0,0492
UVM 50% EELL	2,05%	0,12915	0,08405	0,0328	0,02255	0,0984	0,00615	0,053915	0,0492
UVMD 50% AUSL	1,20%	0,0756	0,0492	0,0192	0,0132	0,0576	-0,0036	0,03156	0,0288
UVMD 50% EELL	1,20%	0,0756	0,0492	0,0192	0,0132	0,0576	-0,0036	0,03156	0,0288
DIPENDENZE	14,80%	0,9324	0,6068	0,2368	0,1628	0,7104	-0,0444	0,38924	0,3552
SMA	12,50%	0,7875	0,5125	0,2	0,1375	0,6	-0,0375	0,32875	0,3
DIFFERENZA CON STANDARD	100,00%	6,3	4,1	1,6	1,1	4,8	-0,3	2,63	2,4

Questo lavoro ha stabilito i principi per una distribuzione equa degli assistenti sociali nei percorsi sociosanitari, assicurando un'allocazione proporzionata alle effettive necessità delle diverse aree servite. L'analisi approfondita del carico di lavoro e l'introduzione di uno standard basato sulla popolazione residente hanno permesso di sviluppare un modello di distribuzione che ottimizza le risorse e incrementa l'efficienza del servizio. La metodologia adottata può essere utilizzata per future valutazioni in modo da garantire che l'assistenza fornita si adegui in risposta ai cambiamenti demografici e alle nuove necessità sanitarie.