

**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

<b>La</b>	<b>Società</b>	<b>della</b>	<b>Salute</b>
.....	.....	.....	C.F./P.IVA
.....	..... con sede legale a.....,	....., nella	
.....	....., in qualità .....	.....	
		e	

**I'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 esenzionali 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 ragionale 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.

	<b>CONTENUTO MINIMO PREVISTO DAL PSSIR</b>	<b>ALTRÉ MATERIE" PREVISTE DAL PSSIR</b>
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 partecipazione 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 tranches 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 attribuitele 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 zonali, 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
<b>TOTALE FABBISOGNO</b>				<b>5,50</b>	<b>6,50</b>	<b>5,50</b>	<b>5,00</b>	<b>5,50</b>	<b>5,00</b>	<b>5,50</b>	<b>6,00</b>

\* 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SdS Firenze: ASL TC 50% - Comuni 25% - SdS 25%</li> <li>• Altre SdS: ASL TC 62,25% - Comuni 37,75%</li> <li>• (ASL TC 58,33% – Comuni 41,67%)</li> </ul>	
Costi di funzionamento della Sds	In base alle quote consortili:	
Funzioni amministrative e di supporto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SdS Firenze (ASL TC 49% - Comune 51%)</li> </ul>	

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'ununità 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 COMPARTECIPAZIONE, 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
<b>TOTALE NON AUTO / DISABILITA'</b>		<b>16,5</b>	<b>32,3</b>	<b>18,8</b>	<b>7,3</b>	<b>22,2</b>	<b>11,7</b>	<b>15,7</b>	<b>21,9</b>

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
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*”.