

Consorzio Società della Salute Alta Val D'Elsa
Verbale di Assemblea dei Soci SdS

Comuni di Poggibonsi, Colle di Val D'Elsa, San Gimignano, Casole D'Elsa, Radicondoli , Azienda USL 7 di Siena
Sede: Piazza Cavour, 2 53036 POGGIBONSI (SI)

DELIBERA N. 4 DEL 26/03/2015

OGGETTO: Delibera Assemblea dei Soci n.4 del 20/07/2011 "Regolamento di organizzazione della Società della Salute dell'Alta Val D'Elsa" - Modifiche

		Presente	Assente
Comune di Poggibonsi	David Bussagli - Sindaco	X	
Comune di Colle di Val D'Elsa	Fabio Berti - Sindaco	X	
Comune di San Gimignano	Giacomo Bassi - Sindaco	X	
Comune di Casole D'Elsa	Piero Pii - Sindaco	X	
Comune di Radicondoli	Emiliano Bravi - Sindaco	X	
Azienda USL 7 Siena	Enrico Volpe – Direttore Generale	X	

Partecipa come invitato permanente il Direttore SdS dott.ssa Patrizia Calvelli
Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante la sig.ra Tiziana Furiesi.

Da trasmettere a: - Collegio Sindacale ai sensi dell'art.71 decies LRT n.40/2005 e s.m.i. e dell'art.12 dello Statuto SdS Alta Val D'Elsa
- Soci consorziati

L'ASSEMBLEA DEI SOCI

VISTO l'Atto Costitutivo della "Società della Salute della Zona Alta Val D'Elsa" , istituita in forma di consorzio pubblico ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs n.267/2000, in data 03/02/2010 – Rep.7015 , nonché lo Statuto approvato contestualmente all'Atto Costitutivo di cui sopra ;

VISTA la L.R.T. n. 40 del 24/02/2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", istitutiva delle "Società della Salute" in Toscana e s.m.i.;

VISTA la delib.n.7 del 09/12/2014 con la quale l'Assemblea dei Soci ha deliberato di riconfermare la "Società della Salute" per l'esercizio di tutte le funzioni di cui all'art.71bis, comma 3, LRT 40/2005 e s.m.i. e di esercitare le funzioni di cui alle lettere c) e d) del medesimo articolo tramite "gestione unitaria in forma indiretta" secondo quanto previsto dall'art.71 novies decies, comma 1;

CONSIDERATO che, alla luce della scelta di esercitare la gestione indiretta, tramite AUSL7 di Siena e Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, si rende necessario ridisegnare l'organizzazione della SdS e dei rapporti tra la medesima e gli enti gestori ed i loro uffici;

RITENUTO pertanto di dover apportare le necessarie modifiche al Regolamento di organizzazione approvato dall'Assemblea dei Soci con delibera n. 4 del 20/07/2011;

Con votazione unanime;

DELIBERA

Di approvare il nuovo regolamento di organizzazione della Società della Salute della Zona Alta Val D'Elsa, unito al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale quale allegato A), così modificato in adeguamento alle nuove scelte organizzative di cui alla propria delibera n.7 del 09/12/2014.

Di trasmettere copia del presente atto:

- al Collegio Sindacale ai sensi dell'art.71 decies LRT n.40/2005 e dell'art.12 dello Statuto;
- agli Enti consorziati e alla Regione Toscana.



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE

Revisione del 26 Marzo 2015



SOMMARIO

Norme generali

- Art. 1 Mission e Vision
- Art. 2 Finalità, denominazione e logo
- Art. 3 Il territorio
- Art. 4 Principi generali
- Art. 5 Funzioni
- Art. 6 Personale

La Direzione

- Art. 7 La Direzione
- Art. 8 Il Direttore della SdS
- Art. 9 Funzioni Direttore
- Art. 10 Funzioni di Supporto
- Art. 11 Coordinatore Sociale Unitario
- Art. 12 Ufficio di Direzione (art. 64 comma 7 L.R. 60/08)
- Art. 13 Ufficio di Piano

L'organizzazione

- Art. 14 I Processi
- Art. 15 Le funzioni di organizzazione e gestione delle attività di assistenza
- Art. 16 Articolazione del budget
- Art. 17 Verifiche del budget

Controllo e miglioramento dei percorsi

- Art. 18 Sistema dei controlli

Le forme di partecipazione e comunicazione

- Art. 19 Consulta e Terzo Settore
- Art. 20 Comitato di partecipazione
- Art. 21 Agorà
- Art. 22 Relazioni sindacali
- Art. 23 Comunicazione

Adozione degli atti amministrativi

- Art. 24 Atti della Giunta esecutiva
- Art. 25 Atti dell'Assemblea
- Art. 26 Atti del Presidente
- Art. 27 Atti del Direttore
- Art. 28 Pubblicità degli atti amministrativi
- Art. 29 Conflitto di interessi



Diritto degli utenti

- Art. 30 Diritti di accesso ai servizi
- Art. 31 Diritto di accesso agli atti e trasparenza delle procedure
- Art. 32 Ricorsi e reclami
- Art. 33 Altri obblighi di legge

Norme transitorie e finali

- Art. 34 Disposizioni finali

Allegato A

Strutture amministrative di supporto/UVM (avvalimenti)

Allegato B

Regolamento UVM



Norme generali

Art. 1 Mission e Vision

La mission della Società della Salute si identifica nella promozione della salute dei cittadini anche mediante il governo dei determinanti di salute. Si esplica quindi attraverso un rapporto solido di collaborazione tra EE.LL, AUSL, FTSA, parti sociali, terzo settore e volontariato, mirato a realizzare una programmazione integrata del territorio, il governo della domanda, dell'offerta e la gestione dei servizi socioassistenziali e sociosanitari nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza, universalità, equità con il controllo e la certezza dei costi.

Un'organizzazione per governare, migliorare e promuovere il benessere di un territorio fondata non sulle persone ma per le persone.

Art. 2 Finalità, denominazione e logo

Il presente regolamento, emanato in attuazione di quanto previsto dall'art. 14 comma 1 dello Statuto dell'SdS, disciplina l'organizzazione della Società della Salute della Zona Alta Val d'Elsa di seguito denominata SdS - definendone la struttura organizzativa, nonché l'attribuzione delle responsabilità inerenti il corretto espletamento delle funzioni di programmazione, di organizzazione e di servizio al pubblico.

Il nome esteso del Consorzio è: Società della Salute della Zona Alta Val d' Elsa. La denominazione abbreviata è: SdS Alta Val d' Elsa.

Il logo che rappresenta il Consorzio è quello di seguito raffigurato:





La SdS, in raccordo con le linee della programmazione definita dall'Assemblea deve:

- rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione, lo sviluppo della sanità di iniziativa, il potenziamento del ruolo della medicina generale e delle cure primarie;
- consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività socioassistenziali di competenza degli enti locali e quindi della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa (di seguito nominata FTSA) evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti consorziati;
- assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto.

Nella SdS l'erogazione dei servizi sanitari, sociali, amministrativi e di informazione al pubblico è articolata nei vari presidi degli Enti consorziati. Per presidi si intende anche l'insieme organizzativo delle dotazioni strutturali e strumentali necessarie per lo svolgimento di attività omogenee e per l'erogazione delle relative prestazioni.

Art. 3 Il territorio

Il territorio della SdS coincide con la zona/distretto della AUSL7.

La SdS Alta Val d' Elsa comprende i territori dei Comuni di Casole D'Elsa, Colle Di Val D'Elsa, Poggibonsi, Radicondoli e San Gimignano. La sede della SdS è in Piazza Cavour, 2-53036 Poggibonsi.

L'organizzazione

Art. 4 Principi generali

Fine istituzionale della SdS è la promozione della salute e il benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini da realizzare attraverso l'esercizio associato delle funzioni, di competenza delle istituzioni consorziate, in attuazione dei programmi e delle azioni definite nel Piano Integrato di Salute riguardante la Zona Alta Val d' Elsa.

La SdS persegue l'obiettivo dell'efficace integrazione e unitarietà delle attività socio-



assistenziali, socio-sanitarie ad alta integrazione e sanitarie territoriali, ispirando la propria attività ai seguenti principi:

- universalismo ed equità dei servizi offerti
- qualità e appropriatezza dei servizi
- condivisione di obiettivi di salute
- controllo e certezza dei costi
- coinvolgimento diretto delle comunità locali

Art. 5 Funzioni

La pianificazione strategica della SdS si armonizza a quanto previsto nei piani e negli accordi approvati a livello di AUSL 7 e di Area Vasta, nella logica della rete provinciale dei servizi territoriali.

La SdS si avvale della UVM per la gestione del FNA (anziani e disabili) e Vita Indipendente attraverso lo strumento personalizzato del PAP.

Si avvale di FTSA per l'erogazione delle prestazioni programmate nei PAP stessi.

Tutti i rimanenti servizi sono gestiti in modo indiretto tramite specifiche convenzioni con AUSL7 e con FTSA.

La SdS garantisce quindi le attività socioassistenziali previste dall'art. 71bis comma 3 lettera d) della LRT 40/05 e s.m.i. attraverso la convenzione con FTSA ai sensi di quanto previsto all'art. 71 bis comma 6 e all'art.21 dello Statuto della SdS e della DGRT n.243 dell'11/04/2011.

I servizi sono erogati dalla FTSA in ottemperanza a quanto previsto nell'apposito Regolamento di accesso ai servizi approvato dall'Assemblea dei soci della SdS.

La SdS garantisce inoltre la piena integrazione e coerenza tra gli strumenti di programmazione della AUSL7 e della SdS stessa per la organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'art. 3 septies comma 3 del decreto delegato individuati dal piano sanitario e sociale integrato regionale” (L.R. 40/05 e s.m.i., art. 71 bis, comma 3, lettera c).

La SdS garantisce le attività di alta integrazione di cui alla lettera c) attraverso la convenzione con la AUSL7.

La SdS assicura, inoltre, attraverso appositi accordi con l'AUSL7, l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi territoriali ed ospedalieri per la definizione di percorsi assistenziali di “presa in carico” del cittadino.



La SdS definisce e armonizza le attività territoriali di prevenzione con le attività del Dipartimento di Prevenzione della AUSL7, nel quadro di riferimento del Piano Integrato di Salute.

Art. 6 Personale

La SdS determina il fabbisogno di personale per l'esercizio delle proprie funzioni, previa verifica delle risorse messe a disposizione dagli Enti consorziati tenuto conto del proprio modello organizzativo.

A tal riguardo, in considerazione del modello scelto di gestione indiretta, viene perseguita la assoluta non duplicazione di organismi ed uffici.

Vengono inoltre previste specifiche funzioni anche di supporto generale all'interno delle convenzioni sopraccitate e predisposti specifici accordi di avvalimento con gli Enti consorziati per il set minimo di supporto e per i componenti dell'U.V.M. (vedi allegato A).

La Direzione

Art. 7 La Direzione

La Direzione della SdS è costituita dal Direttore che si avvale di un supporto amministrativo che coordina le strutture amministrative di supporto agli organi e per lo svolgimento dei compiti di programmazione e contabilità necessari. Questo non comporta duplicazioni di funzioni ma individuazioni di responsabilità all'interno del personale degli enti consorziati di cui si avvale la SdS.

Art. 8 Il Direttore della SdS

Il Direttore della SdS è nominato dal Presidente della società della salute, su proposta della giunta esecutiva e previa intesa con il Presidente della Giunta regionale, a seguito di avviso pubblico, fra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64bis", LRT 40/05 e s.m.i.

Il Direttore è l'organo responsabile della gestione del Consorzio, svolge le proprie funzioni con autonomia e responsabilità manageriale per il raggiungimento dei risultati assegnati.

Al Direttore risponde funzionalmente il personale messo a disposizione del consorzio a qualunque titolo.

Il Direttore è titolare delle funzioni direzionali attribuite dalla normativa vigente al Responsabile di Zona/Distretto dell'AUSL7.

Il Direttore della SdS, in qualità di Responsabile di Zona/Distretto, assume i provvedimenti inerenti le attività zonali a lui delegate dal Direttore Generale della AUSL7 ai sensi dell'art. 11 dello Statuto Aziendale AUSL7.

La durata dell'incarico è quinquennale.



Art. 9 Funzioni Direttore

Il Direttore della Società della Salute predispone gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività di cui all'articolo 4 comma 9 dello Statuto, inoltre esercita la direzione amministrativa e finanziaria della Società della Salute, in particolare:

- a) predispone il piano integrato di salute zonale (PIS)
- b) predispone il PIZ
- c) predispone il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, il programma di attività ed il bilancio di esercizio della società della salute;
- d) predispone gli atti di programmazione operativa ed attuativa di concerto con la AUSL7
- e) esercita le funzioni di Responsabile di Zona ai sensi dell'articolo 64, comma 8 L.R. 60/08;
- f) in quanto Responsabile di Zona rende compatibili gli obiettivi di budget assegnati dalla AUSL7 con gli intenti della SdS
- g) predispone gli altri atti di competenza della Giunta Esecutiva e dell'Assemblea dei soci
- h) assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni degli organi della SdS
- i) dirige le strutture individuate dall'atto di cui all'articolo 71 quindicesimo, comma 1 L.R. 60/08
- l) può rappresentare in giudizio la Società della Salute, per gli atti di propria competenza, secondo quanto previsto dallo Statuto.

Per l'esercizio delle sue funzioni, il Direttore si avvale di Strutture amministrative di supporto (allegato A) previste al punto 1.1 delle Disposizioni operative di cui alla DGRT n.243/11 e di un Ufficio di Direzione (art. 64, comma 6 L.R. 60/08).

Il Direttore opera assicurando il raggiungimento degli obiettivi del Piano Integrato di Salute, del PIZ, della programmazione territoriale sanitaria e di quelli affidatigli dalla Giunta Esecutiva sia in termini di servizio che in termini economici, promuovendo un'organizzazione interna idonea alla migliore utilizzazione delle risorse consortili.



Art. 10 Funzioni di Supporto.

Ai sensi di quanto previsto nelle Disposizioni operative (DGRT n. 243/11) vengono individuati 3 ambiti di funzioni (Allegato A):

- *attività amministrative di supporto* : supporto al lavoro degli organi della Società della Salute, convocazioni, verbalizzazione, procedure, atti deliberativi, gestione corrispondenza e rapporti istituzionali; attività di segreteria, protocollo, archiviazione, gestione privacy, sicurezza; comunicazione, gestione immobili/investimenti, gestione del personale, ufficio legale e attività giuridica, ecc..
- *svolgimento dei compiti di programmazione*: redazione Piano Integrato di Salute (PIS), Profilo di salute, Programma operativo annuale; PIZ; atti relativi alla partecipazione, Consulta del terzo settore e Comitato di partecipazione, Agora' della salute; atti relativi alle relazioni sindacali, concertazione, ecc.
- *attività contabili e di controllo*: bilancio, contabilità generale e analitica, budget, controllo di gestione, negoziazione e gestione obiettivi.

La dotazione organica di tali strutture di supporto è individuata secondo quanto previsto dall'art. 6 e proporzionata (entro dicembre 2015) secondo la ripartizione del tempo lavoro dedicato (allegato A).

Viene individuato un Coordinatore Sociale Unico (vedi art 11).

Viene individuato nella figura del Direttore della SdS il responsabile della programmazione.

Art. 11 Coordinatore sociale unitario

Viene nominato dal Direttore SdS, sentita la Giunta Esecutiva, ai sensi di quanto previsto ai punti b) e c) del comma 2 dell' art 71 quindicesima della LRT 40/05 e smi (entro Dicembre 2015) un Coordinatore Sociale Unitario all' interno delle professionalità presenti negli Enti consorziati.

Ciò al fine di armonizzare, da un punto di vista professionale, tutto il servizio sociale, indipendentemente dagli Enti di appartenenza degli operatori.

Il Coordinatore sociale assolve ai compiti previsti ai sensi dall' art 37 LRT 41/05e smi e art 64 LRT 40/05 e smi.

Partecipa a tutti i processi programmatori e gestionali rispettivamente di SdS e FTSA e coadiuva il Direttore SdS anche nelle sue funzioni di Responsabile di Zona/Distretto.



Ove il Coordinatore sociale venga individuato tra personale dei Comuni si rapporterà, per l'alta integrazione, alle PO Aziendali referenti per la AUSL7.

Ove il Coordinatore sociale venga individuato tra personale della AUSL7 si rapporterà per le attività socio assistenziali alle PO della FTSA.

Art. 12 Ufficio di Direzione (art. 64 comma 7 L.R. 60/08)

Il Direttore, per lo svolgimento dei propri compiti, è coadiuvato in quanto Responsabile di Zona/Distretto, da un Ufficio di Direzione.

L'Ufficio di Direzione fa parte della Direzione della SdS.

L'Ufficio di Direzione è composto da:

- Il Coordinatore sociale
- Il Responsabile dell' U.F. SERT
- Il Responsabile dell'U.F.SMA-SMIA
- Il Responsabile dell'U.F. Cure Primarie
- Il Responsabile dell'U.F. Consultori
- Il Coordinatore delle attività sanitarie professionali infermieristiche
- Il Coordinatore delle attività di assistenza riabilitativa professionale
- Un medico referente unico zonale della medicina convenzionata

L'Ufficio di Direzione potrà essere integrato a giudizio del Direttore ed è invitato stabilmente il Direttore della FTSA.

Il Direttore SdS disciplina le modalità per il più efficace funzionamento dell'Ufficio di Direzione.



Art. 13 Ufficio di Piano

Al fine di assolvere alle funzioni che la LRT 40/05 e s.m.i. assegna alle Società della Salute al comma 3 lett.a) ed e) dell'art. 71 bis, è istituito l'ufficio di piano di livello zonale.

L'ufficio di piano è una struttura sussidiaria posta in staff alla Direzione.

Ha carattere interorganizzativo tra SdS e AUSL ed è posto sotto il coordinamento del Direttore SdS il quale garantisce il coordinamento e l'unità di azione con AUSL/ FTSA e tutti gli altri stakeholders territoriali.

All' ufficio di piano partecipa stabilmente il Direttore della FTSA.

E' compito dell' ufficio di piano:

- a. Sostenere lo sviluppo del sistema informativo della SdS
- b. Produrre, in collaborazione con le agenzie del territorio, i dati utili alla scrittura del Profilo di Salute
- c. Raccogliere i dati utili al governo della domanda di cui all'art. 71 ter della LRT 40/2005 e smi
- d. Produrre i dati utili alla programmazione ed al controllo
- e. Produrre i dati per la programmazione operativa
- f. Costruire il sistema di valutazione delle performance della SdS
- g. Proporre uno schema di PIS zonale

Ai fini della redazione del PIS vengono attivati dall' ufficio di piano specifici gruppi di progetto che vedono coinvolte tutte le realtà locali (FTSA, associazioni del terzo settore, della cooperazione sociale, associazioni di tutela, ecc.).

I gruppi di progetto sono finalizzati alla proposizione di una programmazione progettuale in base ai dati emersi e nel rispetto dei vincoli dati.

Possono costituirsi convenzioni operative con:

- a. Osservatorio provinciale per le politiche sociali
- b. Osservatorio scolastico
- c. Ufficio dati camera di commercio
- d. Patronati
- e. ARS ed altre agenzie regionali
- f. Ogni altra agenzia pubblica o privata o del privato sociale che voglia contribuire stabilmente alla definizione del profilo di salute.

Le convenzioni non possono essere onerose.

La sintesi del PIS zonale è a carico del Direttore SdS



L'organizzazione

Art. 14 I Processi

L'organizzazione della SdS è fondata essenzialmente sulla costituzione di processi omogenei di natura assistenziale, organizzativi, di presa in carico dei bisogni, di erogazione dei servizi, di programmazione ed amministrativi. Ciò al fine di determinare, nonostante la gestione indiretta, che prevede l' utilizzo di servizi e professionalità che derivano da Enti diversi, il miglior uso possibile delle risorse nell'organizzazione socio assistenziale e sociosanitaria e per riaffermare la centralità dell'utente.

I Processi individuati sono quelli di seguito riportati:

Processi Organizzativi

P.U.A - Punti Insieme - Processo di accesso e presa in carico dei bisogni

U.V.M.- P.A.P. - Processo di valutazione del bisogno che ha come strumento valutativo la U.V.M. e come strumento di erogazione dei servizi il progetto assistenziale personalizzato (P.A.P) e il regolamento UVM (Allegato B)

P.I.S. / PIZ/ PAL - Processo di programmazione territoriale

Processi assistenziali

Non-Autosufficienza - Residenzialità-Semiresidenzialità-Assistenza domiciliare

Disabilita' - handicap e altre disabilità a qualsiasi titolo rappresentate – Assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale (strumenti GOM-PARG)

Inclusione sociale

- tutela del minore, famiglia,
- anziani autosufficienti
- marginalità
- pronto intervento sociale
- servizi di prossimità
- servizi per favorire inclusione e autonomia
- sostegno al reddito



Art. 15 Le funzioni di organizzazione e gestione delle attività di assistenza

Per realizzare i processi la SdS si avvale di tutte le strutture organizzative esistenti e quindi di tutte le professionalità necessarie messe a disposizione dagli enti consorziati secondo le convenzioni e gli accordi di avvalimento.

Il personale messo a disposizione con accordi di avvalimento è coordinato dal Direttore della SdS

Le strutture organizzative funzionali e professionali dell'AUSL7 sono coordinate dal Direttore della SdS in quanto Responsabile di Zona. Le strutture degli enti locali sono coordinate dal Direttore SdS in quanto tale.

Art. 16 Articolazione del budget

Il Direttore cura la compatibilità tra la pianificazione della SdS, la pianificazione regionale di area vasta e quella dell'AUSL7 e negozia il budget con il Direttore Generale della AUSL7 relativamente ai servizi sanitari territoriali.

Art. 17 Verifiche del budget

Le verifiche di budget sono condotte dal Direttore SdS, avvalendosi del Coordinamento politiche del Budget dell'AUSL7 per le strutture AUSL e avvalendosi per la SdS degli strumenti di programmazione e controllo quali PIS, PIZ, bilanci di previsione e consuntivi.

Controllo e miglioramento dei percorsi

Art. 18 Sistema dei controlli

Il sistema dei controlli all'interno della SdS, segue la ciclicità dettata dalla logica di gestione del percorso che vede le fasi di individuazione, stesura delle procedure ed attività, il conseguente controllo e verifica che porta alla fase di miglioramento del percorso attraverso l'aggiornamento continuo delle procedure ed attività che sono alla base del percorso stesso. Tale attività consente un'implementazione continua della qualità, efficienza ed efficacia dell'organizzazione seguendo una procedura dall'alto verso il basso e viceversa.



Le forme di partecipazione e comunicazione

Art. 19 Consulta del Terzo Settore

Nell'ambito dei principi fissati dal Piano Socio-Sanitario Integrato Regionale, la SdS favorisce e valorizza la partecipazione delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore operanti nel proprio territorio e coinvolti, a vario titolo, nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria.

A tal fine, l'Assemblea dei Soci ha costituito con delibera n. 9 del 05/08/2010 la "Consulta del terzo settore" garantendo la più ampia partecipazione delle associazioni e delle istituzioni presenti in maniera rilevante nel territorio.

La Consulta può esprimere proposte progettuali per la costruzione del Piano Integrato di Salute. La partecipazione alla predisposizione del PIS non comporta né esclude il coinvolgimento nel PIS stesso, in qualità di erogatori di prestazioni e servizi, delle organizzazioni presenti nella Consulta.

Il Presidente della Consulta è nominato dalla Consulta.

Il funzionamento della Consulta è determinato da un apposito regolamento interno.

Art. 20 Comitato di partecipazione

Il Consorzio ha costituito con delibera n.10 del 05/08/2010 il "Comitato di partecipazione", composto da membri nominati dall'Assemblea dei Soci tra i rappresentanti della comunità locale, espressione di soggetti della società civile, rappresentativi dell'utenza, dell'associazionismo di tutela, di promozione sociale e sostegno attivo purché non siano erogatori di prestazioni.

Il Comitato elegge al proprio interno un Presidente con il compito di convocare le riunioni.

Il Comitato, in particolare:

- a) elabora e presenta all'Assemblea dei Soci proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo generale di sua competenza;
- b) esprime pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza, sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti, sul grado di integrazione socio-sanitaria dei servizi resi e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini e alla loro dignità. In tale ambito esprime parere, entro 30 giorni dal loro ricevimento, sia sulla proposta di PIS che sullo schema di relazione annuale della SdS predisposti dal Direttore;
- c) redige, anche formulando specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi locali, che trasmette agli organi della SdS, alle organizzazioni sindacali e alle altre parti sociali.



Il Comitato di Partecipazione ha il potere di accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento negli interventi sanitari e sociali della zona distretto e richiedere specifiche analisi e approfondimenti al Direttore.

Il funzionamento del Comitato di partecipazione è determinato da un apposito regolamento interno.

Art. 21 Agorà

La Società della Salute promuove la partecipazione dei cittadini e degli operatori alle scelte della SdS, ciò in accordo con l'AUSL7 e la Regione.

Al fine di assicurare la partecipazione dei cittadini, la Società della Salute mette a disposizione locali idonei per incontri pubblici, convegni e seminari sulla salute, l'organizzazione sanitaria e la promozione di corretti stili di vita. Per assemblee pubbliche sui temi inerenti la salute, compreso il dibattito sul funzionamento del sistema sanitario, la Società della Salute predispone idonei locali attrezzati per lo svolgimento delle stesse e provvede alla pubblicizzazione delle assemblee attraverso idonei strumenti di comunicazione.

Al fine di garantire le finalità di cui al comma 1 e assicurare uno scambio diretto di esigenze, opinioni e critiche, la Società della Salute, in collaborazione con l'AUSL7, promuove almeno una "Agorà della salute" all'anno, aperta alla popolazione, in cui è assicurata la presenza della Regione attraverso l'Assessore di riferimento.

Art.22 Relazioni Sindacali

I rapporti con le Organizzazioni Sindacali sono regolati nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, ivi compresi i contratti nazionali di lavoro e quelli integrativi aziendali, con particolare riferimento alle materie sottoposte ai diritti di informazione preventiva, successiva, concertazione e contrattazione.

Art. 23 Comunicazione

La Comunicazione ha implicazioni sul piano del miglioramento della qualità e dello sviluppo organizzativo, poiché, allorquando si debbano definire e rendere espliciti obiettivi, contenuti e mezzi della comunicazione stessa rispetto ai diversi interlocutori, obbliga a riconsiderare aspetti peculiari dei servizi e dell'organizzazione.

La Comunicazione, sul piano della qualità, consente, attraverso l'implementazione delle varie



forme comunicative, di rilevare qualità e aree di possibile miglioramento nei servizi erogati.

Il processo della Comunicazione vede due azioni prevalenti: una rivolta all'interno della SdS ed una all'esterno; per far ciò si utilizzeranno tutti gli strumenti necessari tra cui quelli delle tecnologie informatiche e multimediali come il sito web della SdS, l'Intranet dell'AUSL 7, i siti web dei Comuni e il sito web di FTSA.

Adozione degli atti amministrativi

Art. 24 Atti della Giunta Esecutiva

Adotta a maggioranza programmi esecutivi, progetti ed atti d'indirizzo per la gestione ed ogni altro provvedimento indicato nello Statuto (artt. 8 e 9).

Art. 25 Atti dell'Assemblea

Detta indirizzi programmatici e direttive nei confronti della Giunta Esecutiva (artt.6 e 7 dello Statuto).

Approva, con le modalità previste agli artt. 5 ,6 e 7 dello Statuto, i seguenti atti:

- 1) proposta zonale del Piano Integrato di Salute
- 2) relazione annuale sullo stato di salute
- 3) bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio
- 4) regolamento di organizzazione
- 5) regolamenti di accesso ai servizi
- 6) ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla Società della Salute
- 7) modifiche dello Statuto, ad eccezione del Titolo1, e della Convenzione.

La proposta zonale del Piano Integrato di Salute formulata dall'Assemblea SdS viene acquisita dalla Conferenza aziendale dei Sindaci che approva il PIS aziendale ai sensi dell'art.12 LRT 40/05 e s.m.i.

I bilanci e i regolamenti approvati sono trasmessi ai Consigli comunali degli enti aderenti per conoscenza, nonché per l'adozione degli atti eventualmente previsti dagli Statuti degli stessi Comuni.



Art. 26 Atti del Presidente

Compie gli atti che gli sono demandati dallo Statuto o da deliberazioni dell'assemblea dei soci.

Art. 27 Atti del Direttore

Predisporre gli atti di programmazione operativa ed attuativa annuale.

Predisporre gli altri atti di competenza della Giunta Esecutiva e dell'Assemblea.

Assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni degli organi della Società della Salute.

Art. 28 Pubblicità degli atti amministrativi

Il Consorzio informa la propria attività al principio di trasparenza; a tal fine gli atti degli organi dell'ente sono pubblici e consultabili dai cittadini che ne hanno uno specifico interesse ove ciò non contrasti con le norme di tutela della riservatezza dei dati personali, nella sede del consorzio e sul sito web.

Per le funzioni di pubblicità legale ai sensi della L. n.69/2009 viene utilizzato l' albo on line del Comune Capofila.

Il Consorzio, per favorire la più ampia diffusione delle notizie sulla propria attività, utilizza tutti i mezzi, ritenuti idonei, che le moderne tecniche di comunicazione rendono possibili incluso il sito web della SdS stessa.

Chiunque vi abbia specifico interesse, può accedere agli atti e ai documenti amministrativi del Consorzio e, in generale, alle informazioni e ai dati in possesso dell'ente, ove ciò non contrasti con le norme di tutela della riservatezza dei dati personali, secondo le norme di legge .

Apposito "Regolamento sull'accesso agli atti della SdS" stabilisce le modalità generali di informazione e di accesso ai documenti amministrativi del consorzio e di intervento nei procedimenti amministrativi posti in essere dall'ente .

Art. 29 Conflitto di interessi

L'adozione di atti che vedano coinvolti direttamente o indirettamente interessi personali del soggetto competente ad assumerli è curata da:

il soggetto delegante se trattasi di atto delegato;

il dirigente sovraordinato, se trattasi di atto di competenza propria di un dirigente.



Diritti degli utenti/obblighi di legge

Art. 30 Diritti di accesso ai servizi

Ai fini della tutela del diritto alla salute, la SdS assicura a tutti i cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale l'accesso, in condizioni di parità formale e sostanziale, secondo il regolamento per l'accesso ai servizi, alle prestazioni di assistenza sociosanitaria, sanitaria e socio assistenziale organizzate ed erogate da presidi pubblici o da presidi privati convenzionati, previo il necessario accreditamento, secondo quanto previsto dagli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Socio-Sanitario Integrato Regionale.

La SdS assicura a tutti i cittadini l'accesso ai servizi socio assistenziali dovuti.

La SdS assicura quanto sopra tramite la rete dei Punti Insieme e del PUA approntando per i cittadini servizi di informazione, di accoglienza, di tutela e partecipazione.

Art 31 Diritto di accesso agli atti e trasparenza delle procedure

La SdS garantisce altresì la tutela del diritto di accesso agli atti e la trasparenza delle procedure con specifico regolamento.

Garantisce inoltre la partecipazione ai procedimenti, nelle forme e con le modalità previste dalla L. 241/1990 e s.m.i. e dal presente Regolamento.

Art. 32 Ricorsi e reclami

Contro atti o comportamenti che negano o limitano i diritti di assistenza, così come richiamati nel presente Regolamento e stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, i cittadini interessati, o chi vi sia legittimato in loro vece, possono presentare ricorsi e reclami in via amministrativa, nelle forme e con le modalità previste dall'art. 14, comma 5 del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e secondo quanto previsto dal regolamento di tutela di cui all' art 32.

Art 33 Altri obblighi di legge

Per quanto attiene i regolamenti relativi alle norme di tutela della riservatezza, tutela dei diritti dei cittadini, anticorruzione e trasparenza, nel contesto della scelta organizzativa di gestione indiretta si fa riferimento ai regolamenti vigenti dell'AUSL7 per tutta l'area dei servizi ad integrazione sociosanitaria dall'Azienda erogati.

Resta in capo ad FTSA la regolamentazione delle materie di cui al comma precedente per le attività da essa erogate, ancorchè per conto della SdS.



Il Direttore della SdS è l'organo di ultima istanza per i reclami dei cittadini in merito ai servizi di competenza della SdS medesima, anche se erogati in forma indiretta.

Norme transitorie e finali

Art. 34 Disposizioni finali

Per quanto non disciplinato in materia di organizzazione dal presente Regolamento e dallo Statuto della SdS, si fa rinvio alla legislazione statale e regionale vigente in materia.

Il presente Regolamento è adottato con deliberazione dell'Assemblea dei Soci ed entra in vigore ad avvenuta esecutività di detta deliberazione.

Ogni eventuale e successiva modificazione o integrazione al presente Regolamento sarà approvata ed entrerà in vigore con le modalità di cui al precedente comma.

ALLEGATO A)

STRUTTURE AMMINISTRATIVE DI SUPPORTO/UVM(avvalimenti)

Il personale viene individuato negli specifici accordi di avvalimento entro il 31/12/15

PROCESSI AMMINISTRATIVI funzioni amministrative e di supporto (espresso in percentuale rispetto ad 1 unità di personale)	AUSL7	COMUNI
Attività amministrative di supporto		
Supporto degli organi, privacy, sicurezza		
Segreteria		
Comunicazione attraverso un coordinamento uff. stampa comuni e FTSA		
Svolgimento compiti di programmazione		
Supp. amministrativo alla programmazione, all'ufficio di piano, al comitato e consulta e relazione Sindacali.		
Supporto comunale attraverso FTSA		
Attività Contabili e di Controllo		
Bilancio e coordinamento delle funzioni di supporto		
Controllo di gestione		
Controllo rendicontazione		
Supporto Comunale attraverso tutte le strutture FTSA		

PROCESSI ORGANIZZATIVI (espresso in percentuale rispetto ad 1 unità di personale)	AUSL7	COMUNI
U.V.M.- P.A.P.		
Processo di valutazione del bisogno /Piano Assistenziale Personalizzato		
Medici ,infermieri		
Ass sociali		



ALLEGATO B

REGOLAMENTO UVM



PREMESSA

Nei suoi documenti programmatori la Regione Toscana riconosce la non autosufficienza quale problematica di particolare complessità, sia per gli aspetti legati alla pressione demografica che per le caratteristiche di perdita di autonomia e di continua evoluzione che la connota e ne gli anni più recenti ha normato la materia istituendo con la legge n. 66 del 18 dicembre 2008, il Fondo per la Non Autosufficienza con cui realizzare una rete di servizi ed interventi capaci di rispondere ai bisogni accertati e migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti.

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana prevede un livello di indirizzo e di governo costituito dalle Società della Salute, e un livello di coordinamento e operativo, rappresentato dai livelli base di cittadinanza sociale per la non autosufficienza: il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, la rete dei **Punti Insieme** e l' **Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)**.

Con il decreto n° 1354 del 25.03.2010 la Regione Toscana ha approvato nuove procedure di valutazione multidimensionale che fanno riferimento allo stato di salute funzionale-organico, alle condizioni cognitive e comportamentali e alla situazione socio ambientale e familiare.

Con il presente documento si intende regolamentare l'attività della U.V.M. della Zona Alta Val d' Elsa.

Art.1 COMPOSIZIONE

La UVM è costituita con atto del Responsabile di Zona, come indicato all'art. 11, comma 3, L.R. 66/2008, che provvederà anche ad assegnarne il coordinamento ad uno dei membri dell'UVM stessa.

E' prevista un'unica UVM a livello zonale composta da :

Membri permanenti:

Responsabile UF Cure Primarie o suo delegato,

Responsabile UF Segretariato Sociale o suo delegato;

Responsabile UO Complessa Infermieristica Territoriale o suo delegato;

Direttore Servizi residenziali e semiresidenziali della FTSA;

Il Medico Curante (attraverso la valutazione clinica);

Amministrativo con funzioni di supporto amministrativo.

Membri invitati secondo necessità:

Assistente sociale coinvolto nella valutazione del caso;

Infermiere coinvolto nella valutazione del caso;

Medico ASC coinvolto nella valutazione del caso;

Specialista/i (Geriatra, Neurologo, psichiatria, fisioterapista)

Almeno un operatore che ha effettuato la valutazione partecipa alla stesura del PAP, di norma



l'assistente sociale, mentre gli altri operatori partecipano in base alle patologie dei casi presi in esame. Le relative convocazioni sono a cura del Coordinatore dell'UVM
La UVM si riunisce di norma una/due volta alla settimana, ed in ogni caso di urgenza in via

straordinaria su convocazione del Coordinatore. Qualora i casi da esaminare eccedano il tempo della seduta ordinaria, il coordinatore provvederà a convocare quanto prima una seduta supplementare.

Art.2 AMBITO DI COMPETENZA

La UVM , nell'ambito delle competenze definite dalla LR 66/08, definisce i PAP che consentono ai cittadini l'accesso alle risorse del Fondo per la non autosufficienza, così come indicato all'articolo 2 della succitata legge.

La UVM della Zona Alta Val d'Elsa può operare a favore

TITOLO I	Per Cittadini residenti in uno dei Comuni della Zona
TITOLO II	Per i Cittadini ultrasessantacinquenni
TITOLO III	Per i Cittadini infrasessantacinquenni riconosciuti in situazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, relativamente all'attivazione di PAP residenziali

La UVM opera anche per il progetto regionale "Vita indipendente" in base a quanto disposto dalla Delibera G.R.T. 1166/09.

Art. 3 FUNZIONI DELLA UVM

Alla Unità di Valutazione compete, come previsto dall'art.11, comma 5 L.R. 66/2008:

- la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente;
- la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno che hanno dato luogo all'attivazione del fondo;
- la individuazione dell'indice di gravità del bisogno;
- la definizione del PAP, con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio-sanitarie appropriate domiciliari, semiresidenziali e residenziali, a norma dell'art 7 comma 2 LR 66/08
- la sua condivisione con la famiglia, ai sensi dell'articolo 11, comma 5, lettera e) della L.R. 66/2008;
- la periodica verifica degli obiettivi del PAP e della appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché le eventuali rivalutazioni previste.



L'UVM, nel licenziare il PAP, individua anche il Case Manager (responsabile dei processi di cura), fra gli operatori del gruppo di progetto competente per territorio, a cui demanda la sottoscrizione di apposito "contratto" con l'utente o suoi familiari per il consenso informato. Tale "contratto" deve recare in sintesi i contenuti del PAP ovvero i servizi assistenziali, sociosanitari e sanitari previsti nonché i tempi stabiliti oltre agli eventuali interventi di familiare.

La mancata sottoscrizione del PAP da parte dell'interessato o i suoi familiari comporta la rinuncia alle prestazioni ed interventi individuati come appropriati dalla commissione multidimensionali.

Art.4 GRUPPO DI PROGETTO

L'UVM si avvale per l'espletamento delle proprie funzioni e per l'istruttoria del momento valutativo delle professionalità presenti nei presidi sociosanitari denominato gruppo di progetto.

Il Gruppo di Progetto (GDP) è costituito da un gruppo di professionisti in grado di assicurare sia la presa in carico tempestiva in casi di urgenza sia il primo contatto.

Il gruppo di progetto svolge altresì un lavoro propedeutico e di supporto alla UVM effettuando la prima lettura del bisogno semplice o complesso, orientando il percorso verso la UVM per i casi complessi per i quali effettua le valutazioni multidimensionali e le relative verifiche e collabora alla stesura del PAP .

E' formato di norma da: Medico ASC , Infermiere, Assistente Sociale , Medico Curante.

Art 5 CRITERI GENERALI PER L'ATTRIBUZIONE DELLE RISORSE

I PAP licenziati dall'UVM devono essere finanziariamente sostenibili. Per questo motivo i dirigenti responsabili di budget presenti nell'UVM potranno concordare percorsi assistenziali integrati tra i vari servizi sociosanitari volti a dare risposte più appropriate possibili in tempi relativamente brevi evitando liste di attesa, qualora ciò non fosse possibile queste verranno stilate secondo quanto indicato agli articoli 7 e 8 .

Tenuto conto dei dettati legislativi regionali (Legge 402/04, Legge 66/08, Del 370/10 e All), la UVM articolerà la definizione dei PAP dando priorità alle risposte di tipo domiciliare e semiresidenziale. In aderenza alle indicazioni legislative di cui sopra, la UVM potrà definire PAP di tipo residenziale prevalentemente per i casi in cui il valore dell'indice IACA risulti uguale o inferiore 19; la UVM potrà derogare a tale limite in casi adeguatamente motivati.

Nella definizione degli interventi inseriti nel PAP e delle conseguenti risorse del Fondo da impegnare, la UVM applica criteri di proporzionalità e di uniformità dell'entità delle risorse rispetto al valore di Isogravità risultante dalle valutazioni



In relazione alle risorse disponibili derivanti dalla compartecipazione degli utenti, dalle risorse comunali e da altre fonti eventuali, la Società della Salute può procedere, nelle disposizioni attuative di cui all'art. 15 del Regolamento di accesso, alla periodica integrazione di tali livelli,

Art 6 DEFINIZIONE DI PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (PAP)

1. Il PAP viene predisposto d'intesa tra il diretto interessato o il suo legale rappresentante, la sua famiglia e i componenti delle commissioni di valutazione multidimensionale.
2. Nel progetto vengono analizzati i bisogni rilevati, sono definiti gli obiettivi (assistenziali, terapeutico-riabilitativi, educativi, ecc) i tempi di realizzazione, le prestazioni erogabili in relazione alle risorse, anche territoriali, disponibili, le modalità di erogazione, i tempi di verifica del/dei servizi, gli indicatori di efficacia e di risultato ed infine il costo complessivo e, laddove prevista, la compartecipazione a carico dell'utente.
3. La fase di elaborazione del PAP deve concludersi entro 30 giorni dal momento della segnalazione del bisogno presso il Punto Insieme ovvero dalla segnalazione dell'ospedale in caso di dimissione protetta.
4. Avverso le decisioni dell'UVM è possibile proporre ricorso al Direttore della Società della Salute che si pronuncia entro 30 giorni dal ricevimento. Il Direttore della Società della Salute, nell'eventuale valutazione sul merito, può avvalersi dei responsabili delle singole professionalità coinvolte nella commissione.

Art 7 TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI

La UVM definisce un PAP nell'ambito delle seguenti tipologie di prestazioni:

- interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta: complesso di prestazioni socio-assistenziali (igiene alla persona, igiene degli ambienti, preparazione e somministrazione pasti, mobilitazione ed aiuto alla deambulazione, socializzazione, stimolo al mantenimento delle capacità residue, ecc.) e sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) prestate al domicilio della persona non autosufficiente per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita;
- interventi in forma indiretta, tramite assegnazioni economiche per l'acquisto di servizi e di sostegno alle funzioni assistenziali: rientra in tale fattispecie il cosiddetto contributo badanti; ed eventuali altre forme previste nelle disposizioni attuative
- inserimento in strutture semiresidenziali: è un servizio a ciclo diurno, che



fornisce interventi a carattere socio-sanitario. Ha la finalità di prevenire l'istituzionalizzazione e il decadimento psicofisico dell'anziano, di fornire sostegno e sollievo agli anziani e alle loro famiglie. E' rivolto ad anziani con diversi profili di autonomia, in stato di disagio socio-sanitario, residenti presso il proprio domicilio;

- inserimenti temporanei e di sollievo in residenza: il ricovero a tempo determinato è uno strumento di supporto al mantenimento dell'assistito al proprio domicilio;

- inserimenti permanenti in residenza: è la risposta assistenziale prevista in presenza di non autosufficienza e assoluta inadeguatezza delle condizioni ambientale e familiare.

Art. 8 CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI CON CARATTERE DI DEFINITIVITA' E PER L'ACCESSO AI SERVIZI DOMICILIARI

La UVM, per la formulazione della lista di attesa unica di Zona, terrà conto dello stato di salute funzionale organico, delle condizioni cognitive e comportamentali avvalendosi degli indici di isogravità previste dalla DGRT 370/10 e dal Decreto n° 1354 del 25 marzo 2010.

Per la situazione socio-ambientale e familiare, si terrà conto dei valori dell'indicatore dell'adeguatezza della condizione ambientale (IACA), delle schede di valutazione sociale previste dalla DGRT 370/10 e dal Decreto n° 1354 del 25 marzo 2010.

I criteri di priorità per l'accesso ai servizi di tipo residenziale definitivo e per i servizi di assistenza domiciliare diretti sono, in ordine di applicazione, i seguenti :

- Art. 1 Punteggio (IACA), che dovrà essere, di norma, pari o inferiore a 19
- Art. 2 Isogravità
- Art. 3 Data della presentazione della richiesta di valutazione.

La graduatoria viene aggiornata ad ogni seduta UVM, di norma comunque almeno una volta alla settimana, ed inviata alla Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa (FTSA) che erogherà i servizi, secondo quanto stabilito nell'apposito Contratto di Servizio.

Le eventuali rinunce comportano la cancellazione dalla graduatoria.

Tutte le rinunce vengono comunicate e verbalizzate dalla UVM che segnala le criticità agli operatori del gruppo di progetto.

Nel caso in cui, nei termini previsti dalla normativa, gli interventi previsti nel PAP non siano stati attuati, la UVM può derogare dai criteri della graduatoria o può assicurare prestazioni di pari



efficacia condivise con la famiglia.

Art. 9 GRADUATORIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI DI SOLLIEVO/TEMPORANEI.

Nel caso di PAP che prevedano una risposta residenziale di sollievo – temporaneo, la gestione delle risposte avverrà con modalità concordate con i familiari della persona, nell'arco comunque dell'anno solare.

I criteri di gradualità nell'accesso a questa tipologia di servizio sono caratterizzati dalle seguenti priorità:

- Priorità ai nuclei familiari che garantiscono in modo diretto l'assistenza alla persona nel corso dell'anno, tenuto conto comunque della capacità assistenziale dei nuclei familiari.
- Livello di Isogravità.

I periodi di servizio residenziale di sollievo saranno, di norma, di un mese nell'arco dell'anno. In casi adeguatamente motivati la UVM può definire periodi di sollievo superiori. Per il periodo estivo, i periodi di residenzialità saranno di giorni quindici, salvo migliore disponibilità. Per periodo estivo si intende l'arco di tempo dal 01 giugno al 30 settembre.

Art. 10 MODALITA' DI ACCESSO AL CENTRO DIURNO PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

La frequenza del Centro Diurno per non autosufficienti si inserisce nell'ambito di PAP che prevedono, di norma, il susseguirsi di interventi diversificati (Assistenza Domiciliare, RSA temp.), tutti tendenti al mantenimento della domiciliarità ed al sollievo della fase assistenziale.

La frequenza presso il Centro Diurno per persone non autosufficienti ha pertanto carattere di temporaneità alternandosi ad altre tipologie di intervento previste nel PAP.

Tutti i PAP che prevedono, tra l'altro, la frequenza del CDNA, sono soggetti a verifica con frequenza semestrale.

Art. 11 MODALITA' DI ACCESSO AL CONTRIBUTO BADANTI

Le misure di sostegno sono rivolte alle famiglie che mantengono l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto di vita e che ad esso garantiscono l'assistenza prevista dal P.A.P. mediante l'assunzione di personale privato per almeno 25 ore settimanali. Il progetto predisposto dall'U.V.M. competente deve aver rilevato sia una isogravità non inferiore a III sia, attraverso la scheda sociale, l'adeguatezza ambientale, che costituisce discriminare per la definizione del percorso domiciliare.



Nel caso di anziani con gravi forme di demenza cognitivo comportamentale (es. Alzheimer) è sufficiente l'impegno di un familiare ad occuparsi dell'assistenza necessaria al proprio congiunto.

Si rimanda ai criteri individuati al proposito dalla Società della Salute con specifici atti.

ART 12 GARANZIE PER L'UTENTE

L'Unità di valutazione, qualora vi sia una richiesta in tal senso, è tenuta ad ascoltare l'assistito e i suoi familiari o a raccogliere ai fini della valutazione stessa e della successiva progettazione, eventuali memorie scritte. In ogni caso, al fine di consentire la piena condivisione dell'assistito e/o dei suoi familiari, gli stessi devono essere coinvolti in fase di redazione del PAP.

La UVM, nel rispetto del principio di *“accomodamento ragionevole”*, ha l'autonomia di apportare modifiche e/o adeguamenti funzionali e appropriati per l'orientamento progettuale.

Tale autonomia, in una logica di assoluta eccezionalità, può esplicarsi:

- a) nel modificare, tenendo conto delle compatibilità finanziarie, il livello di isogravità e il relativo pacchetto di isorisorse in quei casi del tutto eccezionali in cui, in sede di valutazione, si dovesse riscontrare una discrepanza tra le reali condizioni di salute dell'assistito ed il livello di isogravità attribuito dall'applicazione delle procedure valutative. Tutto ciò dovrà comunque essere debitamente relazionato e comunicato agli uffici regionali competenti;
- b) nell'assicurare un pacchetto minimo di *“domiciliarità”*, per le situazioni in cui l'applicazione delle norme regolamentari della compartecipazione escludano la possibilità di accesso alle risorse del Fondo;
- c) nell'assegnare la quota di risorse corrispondente all'intervento assistenziale considerato appropriato dalla UVM e previsto nel PAP, qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con la famiglia, perché questa richiede e accetta solo un intervento residenziale. In tal caso le risorse previste nel PAP domiciliare saranno assegnate alla RSA solo in caso di effettivo ricovero nella stessa e senza che sia prevista la corresponsione della quota sanitaria.

ART 13 MODALITA' DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DELLA PRESTAZIONE

Sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria ed indicate nel regolamento di accesso ai servizi della Società della Salute della Altavaldelsa e ad esso si rimanda.

