

SCHEMA DI CONVENZIONE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA NEL DISTRETTO RICCIONE. TRIENNIO 2017-2019.

TRA

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

COMUNE DI avente sede legale in ..., via....., CF e PI, legalmente rappresentato da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

UNIONE VALCONCA, costituita, con atto sottoscritto il, dai Comuni di, ,,, qui rappresentata da....., nato a ... il, in qualità di....., munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera di n. del

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DELLA ROMAGNA avente sede legale in Ravenna, via De Gasperi 8, identificata da CF e PI, qui rappresentata da.... nato a il , in qualità di.... , munito dei necessari poteri in esecuzione della Delibera del Direttore Generale AUSL n. del

INDICE ANALITICO:

PREMESSA

Art.1 FINALITA'

Art.2 OGGETTO

Art. 3 UFFICIO DI PIANO

Art. 4 FUNZIONAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA

4.1. GRUPPO DI COORDINAMENTO

4.2. GRUPPI DI GESTIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Art. 5 MAPPA DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI INTEGRATI E PROTOCOLLI OPERATIVI

Art. 6 COMMITTENZA PUBBLICA DEI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI

Art. 7 GESTIONE AMMINISTRATIVO CONTABILE DELLE RISORSE DESTINATE ALL'INTEGRAZIONE

Art. 8 DOTAZIONE DI RISORSE UMANE

Art. 9 DOTAZIONE DI IMMOBILI E RISORSE STRUMENTALI

Art. 10 VALUTAZIONE

Art. 11 FLUSSI INFORMATIVI

Art. 12 TRATTAMENTO DEI DATI E TRASPARENZA

Art. 13 DURATA

APPENDICE: RICHIAMI NORMATIVI

PREMESSA

L'integrazione sociosanitaria è rivolta a soddisfare bisogni di salute che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Sia a livello regionale che di ambito distrettuale sono stati sviluppati negli anni numerosi strumenti di programmazione, che devono necessariamente essere tra loro raccordati e che sono:

- il Piano Sociale e Sanitario;
- il Piano Regionale per la Prevenzione,
- le linee annuali di programmazione e finanziamento del SSR;
- le linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previste dalla L.R. n.14/2015.

Si richiama, in appendice, la normativa che delinea tale impianto programmatico e l'assetto previsto per la sua attuazione, quale parte integrante della presente convenzione.

Il presupposto su cui poggia la definizione di integrazione origina dalla considerazione che esistono situazioni peculiari della vita della persona che richiedono necessariamente un intervento finalizzato a soddisfare globalmente la contestuale esigenza del soggetto di un bisogno sanitario e di un bisogno sociale.

Ai sensi della richiamata LR n. 2/2003:

- i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative e dei compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché delle altre funzioni e compiti loro conferiti dalla legislazione statale e regionale;
- l'Azienda USL assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- le attività ad integrazione socio-sanitaria sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato e si distinguono in: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, comprensive di quelle connotate da elevata integrazione sanitaria, assicurate dalle Aziende unità sanitarie locali; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, assicurate dai Comuni;
- i Comuni e le Aziende unità sanitarie locali individuano, nell'ambito degli accordi di integrazione socio-sanitaria, i modelli organizzativi e gestionali, fondati sull'integrazione professionale delle rispettive competenze, ed i relativi rapporti finanziari.

L'integrazione sociosanitaria è valore primario e obiettivo strategico del sistema regionale di welfare. E' fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie in quanto consente di organizzare interventi di risposta ai bisogni fondati sul riconoscimento della persona nella sua globalità e rapportata al suo contesto di vita, generando una maggiore efficacia di cura e un uso più efficiente delle risorse.

L'integrazione istituzionale ne costituisce la premessa, assicurando, in maniera unitaria, la funzione di governance del sistema di welfare nell'ambito della pianificazione e degli indirizzi regionali nonché del coordinamento di livello intermedio spettante alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, secondo i principi ora delineati nel vigente Piano Sociale e Sanitario.

Il governo del sistema di welfare locale e il coordinamento delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie a livello territoriale, spettano, poi, al Comitato di Distretto che agisce il ruolo strategico di indirizzo, programmazione, governo delle risorse e regolazione dell'accesso al sistema sociosanitario integrato in ambito distrettuale attraverso gli strumenti del "Piano di Zona per la salute e il benessere sociale", a valenza triennale, del "Programma Attuativo Annuale" a valenza annuale/biennale, del "Piano Annuale delle Attività per la Non Autosufficienza" e del "*Piano integrato territoriale dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari*" di cui alla LR 14/2015. Il Comitato di Distretto individua, con apposito regolamento, i propri meccanismi di funzionamento.

All'esercizio delle funzioni di governo, spettanti al Comitato di Distretto, così come definite dalle Legge Regionali n. 19/1994 e n. 29/2004, partecipa il Direttore di Distretto che, coerentemente agli indirizzi di programmazione e nel rispetto dei vincoli economico-finanziari, collabora alla programmazione delle attività territoriali, definendo le caratteristiche quali-quantitative dei servizi offerti nel territorio, proponendo una committenza coerente con la domanda espressa dalla popolazione di riferimento, individuando forme di organizzazione dei servizi, di erogazione delle prestazioni e di acquisizione delle risorse adeguate a massimizzare la qualità, l'efficienza e l'efficacia dei processi di produzione dell'assistenza e orientate a garantire, altresì, l'assistenza primaria, la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio.

Per l'esercizio delle proprie competenze, il Comitato di Distretto si avvale dell'Ufficio di Piano, struttura tecnico gestionale comune ad EELL ed AUSL, quale supporto tecnico ed organizzativo alle funzioni di programmazione, regolazione e controllo del sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari più direttamente connessi con l'area dell'integrazione in ambito distrettuale.

Per l'esercizio delle rispettive competenze nell'attuazione della programmazione di ambito distrettuale e nella gestione operativa delle azioni e degli interventi sociali a rilevanza sanitaria, sanitari a rilevanza sociale e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria, ivi delineati, gli EELL e l'AUSL, che concorrono alla definizione del presente atto, individuano e scelgono la gestione associata quale forma e modalità adeguata alla piena e fattiva realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

Ciò premesso, si conviene quanto segue:

Art. 1. FINALITA'

1. Nell'esercizio delle rispettive responsabilità e competenze e nel rispetto del principio fondamentale della separazione della funzione pubblica di governo da quella di gestione dei servizi e delle prestazioni, i Comuni di Riccione, Cattolica, Coriano, Misano Adriatico, San Giovanni in M., Gemmano, Mondaino, Montefiore C., Montegrolfo, Montescudo-Montecolombo, Morciano di R., Saludecio, San Clemente, l'Unione Valconca e l'Azienda USL della Romagna

intendono implementare l'integrazione gestionale e professionale nell'ambito del sistema dei servizi sociosanitari del Distretto di Riccione, nel rispetto della titolarità e responsabilità dei servizi in base alle normative di riferimento.

Art. 2. OGGETTO

1. L'integrazione sociosanitaria oggetto della presente convenzione si esplica nelle seguenti aree, attinenti gli ambiti della non autosufficienza e dei bisogni complessi:

- anziani,
- persone con disabilità,
- minori, famiglie, donne, fermo restando la convenzione di delega gestionale vigente;
- persone adulte con disagio psichico e marginalità sociale.

2. Specificamente, la presente convenzione disciplina i rapporti fra gli Enti firmatari per la gestione in forma associata ed integrata delle seguenti funzioni:

- a) supporto alla programmazione sociale, sanitaria e sociosanitaria di ambito distrettuale;
- b) supporto al governo economico delle risorse destinate alla programmazione sociosanitaria;
- c) supporto al governo dell'offerta di servizi mediante il sistema dell'accreditamento sociosanitario;
- d) supporto alla funzione politica di regolazione dell'accesso al sistema dei servizi sociosanitari di ambito distrettuale;
- e) impulso alla realizzazione di sinergie interistituzionali e all'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con le altre politiche educative, culturali, formative, del lavoro, urbanistiche ed abitative, che impattano con la salute e il benessere del cittadino;
- f) promozione dell'integrazione professionale e della realizzazione di forme di coordinamento/connesione interdisciplinare;
- g) gestione dell'accesso al sistema dei servizi ed attuazione della programmazione ai fini dell'erogazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni nelle aree di integrazione sociosanitaria.

3. L'assetto organizzativo che, con la presente convenzione, gli Enti firmatari intendono delineare al fine di rendere attuativa ed operativa l'integrazione sociosanitaria nelle aree sopra citate, non è strutturale né configura o istituisce rapporti gerarchici fra gli uffici e gli organismi, di seguito descritti, che ne garantiscono il funzionamento.

4. Gli enti firmatari individuano quale Ente capofila per la gestione associata il Comune di Riccione.

Art. 3 UFFICIO DI PIANO

1. L'Ufficio di Piano è lo strumento di supporto tecnico-amministrativo sia al Comitato di Distretto che al Direttore di Distretto nelle funzioni di programmazione, regolazione, verifica e promozione del sistema sociosanitario integrato locale, come previsto dalla DGR n. 1004/2007, dal PSSR e dai successivi atti regionali che ne declinano le funzioni.

2. Esso svolge le funzioni di cui ai punti a), b), c) e d) nonché il supporto alle funzioni di cui al punto g) dell'art 2 e specificamente:

A) supporto e impulso alla funzione di governo del Comitato di Distretto, che si esplica in:

- attività istruttoria di analisi, studio, formulazione di proposte, redazione di documenti e atti, verifica, monitoraggio e controllo preordinati all'elaborazione e alla valutazione della programmazione sociale e sociosanitaria di ambito distrettuale, compresa quella relativa all'area della "non autosufficienza";
- attività di supporto tecnico-amministrativo al Comitato di Distretto nella elaborazione e nel controllo dell'attuazione della programmazione;
- attività istruttoria e di monitoraggio per l'implementazione del sistema di accreditamento sociosanitario e per la regolazione del piano complessivo dell'offerta di servizi integrati;
- attività connesse al rilascio ed alla revoca dell'accredimento dei servizi sociosanitari ed alla stipula dei relativi contratti di servizio;
- attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione della regolamentazione distrettuale in materia di accesso alle prestazioni e di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- attività di monitoraggio e verifica dello stato di attuazione della programmazione sociale e sociosanitaria, dell'utilizzo delle risorse e dei risultati raggiunti, dell'equilibrio economico del sistema dei servizi integrati, del livello di soddisfazione dei servizi erogati e dell'andamento del benessere e della salute in rapporto alle priorità di intervento e ai programmi d'azione del programma annuale predisposti e in fase di attuazione;
- coordinamento dell'integrazione con il Terzo Settore;
- integrazione con l'Ufficio di Supporto, strumento tecnico della CTSS, per quanto attiene l'ambito della programmazione;

B) attività tecnico amministrativa e di supporto gestionale, che si esplica in:

- supporto tecnico ai processi di gestione operativa dei servizi integrati, con particolare riferimento all'individuazione delle modalità consentite di erogazione delle prestazioni, all'attivazione degli strumenti contrattuali atti a definire in maniera condivisa i rapporti con i fornitori pubblici e privati nonché al monitoraggio della compatibilità economica degli interventi sociosanitari rispetto alla programmazione di area.

3. E' composto dal Responsabile/Direttore, nominato dal Comitato di Distretto, e da personale comune costituito in un nucleo fisso, in condivisione economica fra gli Enti partecipanti alla Gestione Associata (Comuni, Unione Valconca ed AUSL), come dettagliato nell'allegato 1. Ad esso partecipano il Responsabile del Servizio Sociale Territoriale del distretto, il Direttore della Attività Socio Sanitarie dell'AUSL della Romagna e il Direttore U.O. Gestione Rapporti con i Servizi Socio Sanitari Accreditati dell'AUSL della Romagna.

Il Direttore/Resp. dell'UdP garantisce il costante raccordo tra le attività dell'UdP ed i responsabili dei servizi sociali dei Comuni/Unione del Distretto.

Art. 4 FUNZIONAMENTO DELLA GESTIONE ASSOCIATA

La Gestione Associata si esplica fattivamente nell'integrazione operativa di una molteplicità di risorse professionali che, fermo restando l'assetto organizzativo degli Enti firmatari, non si connotano strutturalmente ma assumono la forma di "organismi di funzionamento" i cui costi sono condivisi e risultano già in capo ai rispettivi Enti di appartenenza. Tale connotazione funzionale induce a ritenere appropriato denominarli "gruppi", la cui operatività può essere descritta mediante due livelli di articolazione:

4.1 GRUPPO DI COORDINAMENTO

1. Il “Gruppo di Coordinamento della Gestione Associata” costituisce il raccordo operativo fra gli Enti firmatari relativamente alla gestione tecnico professionale degli interventi sociosanitari integrati nelle aree anziani, persone con disabilità, minori, famiglia, donne, persone adulte con disagio psichico e marginalità sociale.

2. Svolge le funzioni di cui ai punti e) ed f) dell’art 2 e specificamente:

- coordinamento operativo dell’integrazione fra interventi di natura sociale e attività di assistenza sanitaria, orientati alla costruzione / implementazione di un sistema adeguato ed omogeneo dell’offerta sociosanitaria, che garantisca condizioni di prossimità, equa accessibilità e continuità dei servizi,
- coordinamento dell’integrazione delle professionalità,
- facilitazione dei processi di integrazione organizzativa fra le diverse aree gestionali tecnico-professionali e attivazione/promozione di intese e collaborazioni interistituzionali,
- impulso alla elaborazione, definizione, revisione di protocolli / intese / accordi finalizzati all’integrazione operativa gestionale e professionale interna all’area e/o trasversale a più aree assistenziali e individuazione di criteri, indicatori e standard organizzativi per la costruzione di reti assistenziali a baricentro territoriale,
- impulso allo sviluppo delle sinergie interistituzionali nell’ambito dell’organizzazione dei servizi sociali e sanitari;
- promozione e coordinamento di programmi di informazione e formazione integrata rivolta al personale sociale e sanitario operante nei servizi sociosanitari oggetto della convenzione,
- attuazione degli indirizzi derivanti da normative regionali, da indicazioni provenienti dagli Enti Locali e da decisioni assunte in ambito AUSL,
- integrazione con l’Ufficio di Piano distrettuale e supporto allo stesso ai fini della declinazione operativa delle linee di indirizzo del Comitato di Distretto;

3. Il Gruppo di Coordinamento è composto dal Responsabile del Servizio Sociale Territoriale del distretto, dal Direttore Attività Socio Sanitarie dell’AUSL, dal Responsabile/Direttore dell’Ufficio di Piano e dal Direttore del Distretto: può avvalersi dei collaboratori che di volta in volta sono più direttamente coinvolti sui temi oggetto di gestione associata. Viene convocato su richiesta dei componenti, ed anche di uno solo di essi, e coordinato dal Responsabile del Servizio Sociale Territoriale del distretto. █

4.2. GRUPPI DI GESTIONE DELL’INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

1. I Gruppi di gestione sono gli organismi misti cui compete la gestione tecnico-professionale degli interventi e dell’accesso alla rete dei servizi nelle aree tematiche riconducibili all’integrazione sociosanitaria. La loro operatività si esplica mediante un’articolazione territoriale d’equipe, funzionale alle esigenze di prossimità e accessibilità dei servizi.

2. Svolgono le funzioni di cui al punto g) dell’art 2 e specificamente il supporto tecnico ai processi di gestione operativa dei servizi integrati, con particolare riferimento all’individuazione delle modalità consentite di erogazione delle prestazioni, all’attivazione degli strumenti contrattuali atti a definire in maniera condivisa i rapporti con i fornitori

pubblici e privati nonché al monitoraggio della compatibilità economica degli interventi sociosanitari rispetto alla programmazione di area.

In linea generale, i Gruppi di gestione svolgono i compiti, trasversali a tutte le aree, rivolti all'utenza e finalizzati a garantire l'accesso alla rete dei servizi e ai percorsi socio-sanitari.

Per la declinazione degli interventi e dei servizi sociosanitari integrati nei quali, specificamente, si esplica la gestione operativa afferente ciascuna area, si fa rinvio al successivo art. 5 e alla mappatura di cui all'Allegato 3. Data la specificità organizzativa di ogni ambito distrettuale, nonché la vigente organizzazione dei servizi, dei percorsi e dei regolamenti applicati in ogni territorio, il Servizio Sociale Territoriale distrettuale della gestione associata, nella persona del Responsabile e l'Azienda USL, nella persona del Direttore di Distretto, provvedono a declinare l'organizzazione funzionale dei gruppi di gestione nell'ambito distrettuale.

3. Nei gruppi di gestione operano i Responsabili delle aree descritte e il personale tecnico, professionale e sanitario coinvolto nei diversi processi. Tale personale, che le parti concordano di dedicare specificamente, in tutto o in parte, all'esercizio delle funzioni di cui al comma 2, viene elencato nell'Allegato 2. Le relazioni organizzative tra le aree e tra i diversi setting assistenziali sono di norma presidiate dal Responsabile del Servizio Sociale Territoriale del distretto e dai Direttori dei Dipartimenti Territoriali dell'Azienda USL, di volta in volta coinvolti sulle specifiche tematiche.

Art. 5 MAPPA DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI INTEGRATI E PROTOCOLLI OPERATIVI

1. Nell'ottica dello sviluppo dell'integrazione e al fine di valutare l'adeguatezza della programmazione recuperando una visione complessiva dei livelli di assistenza garantiti in ambito distrettuale, gli Enti firmatari ritengono opportuno ricostruire il quadro attuale dei servizi sociosanitari integrati, suddivisi per area di intervento, e i criteri, condivisi ed applicati, di ripartizione dei relativi oneri economici fra i diversi Enti e fra le differenti fonti di finanziamento. Tale mappatura, il cui quadro di riferimento è costituito dalla normativa nazionale e regionale in materia di livelli essenziali di assistenza, viene rappresentata nell'Allegato 3.

2. Le parti danno atto dell'evoluzione culturale ed operativa che, nel corso del tempo, si è realizzata nei reciproci rapporti in materia di integrazione sociosanitaria e, al fine di favorire la condivisione dei criteri e perseguire l'omogeneizzazione dell'approccio metodologico, concordano sull'utilità/opportunità che, contestualmente alla sottoscrizione della presente convenzione, essa venga documentata mediante la ricognizione di tutti gli atti (linee guida/protocolli/procedure/istruzioni operative/...) che risultano applicati e in uso alla data odierna in tema di percorsi sociosanitari integrati.

3. Al fine di sviluppare ulteriormente la piena attuazione del metodo della programmazione integrata, l'efficace controllo delle risorse impiegate e la migliore efficienza organizzativa dei percorsi sociosanitari e socio assistenziali offerti all'utenza, le parti, laddove se ne ravvisi la necessità/opportunità, si impegnano, altresì, a definire e/o rivedere appositi protocolli tecnico professionali, idonei a stabilire ruoli e responsabilità dei vari operatori coinvolti, criteri di accessibilità e modalità di presa in carico, indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei risultati: ciò con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- approfondimento su funzioni, composizione e operatività della UVM;
- implementazione della metodologia del budget di salute;

- costruzione di percorsi di integrazione sociosanitaria all'interno delle Case della Salute;
- costruzione di percorsi di integrazione in attuazione della LR 14/2015;
- definizione operativa del percorso di dimissione protetta;
- attuazione della normativa in materia di formazione e inserimento lavorativo per persone svantaggiate;
- condivisione della gestione, tecnica ed economica, dei percorsi integrati per soggetti multiproblematici e con bisogni complessi;
- transizione della titolarità della presa in carico fra centri di responsabilità diversi per sopravvenuta prevalenza di nuovi bisogni assistenziali.

Art. 6 COMMITTENZA PUBBLICA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI

1. La funzione di committenza va riconosciuta sia in capo ai Comuni che in capo all'AUSL per gli interventi e gli oneri di rispettiva competenza: più in particolare, nel caso di servizi sociosanitari, si parla di "committenza congiunta" perché l'erogazione dei servizi risulta inscindibile alla luce della natura delle prestazioni e delle responsabilità complessive assunte dal soggetto erogatore. La funzione di committenza consiste:

- nell'esplicitazione delle quantità e delle caratteristiche dei servizi in base a quanto stabilito in sede di programmazione;
- nell'indicazione delle forme di produzione/erogazione dei servizi, che potranno essere di tipo diretto ovvero avvenire attraverso l'avvalimento di un produttore terzo;
- nell'indicazione delle risorse messe a disposizione dalle forme di produzione, sia che essa avvenga attraverso gestione diretta, che attraverso terzi;
- nella formulazione delle regole che attengono al rapporto tra committente e commissionario.

2. I procedimenti amministrativi e la predisposizione degli atti conseguenti e connessi alla committenza congiunta sono ripartiti fra i Comuni e Azienda USL sulla base del criterio della prevalenza sanitaria o sociale delle prestazioni oggetto dell'integrazione, ai sensi della normativa vigente in premessa richiamata [a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, comprensive di quelle connotate da elevata integrazione sanitaria, assicurate dalle Aziende unità sanitarie locali; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, assicurate dai Comuni].

6.1 ATTIVITA' AMMINISTRATIVA FINALIZZATA ALL'ACQUISTO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI

1. In relazione a quanto specificato al comma 2 del presente articolo e alle funzioni, richiamate all'art 3, comma 2 lett. A), spettanti all'Ufficio di Piano nell'ambito del sistema di accreditamento sociosanitario, la scelta del fornitore e la redazione del relativo accordo di fornitura dei servizi sociosanitari, sia accreditati che non accreditati, afferenti le aree di integrazione declinate all'art. 2, comma 1, spetta in collaborazione reciproca fra le parti e con il supporto dell'Ufficio di Piano, a:

- anziani: Comune di Riccione – ente capo-fila per i servizi sociosanitari accreditati e non accreditati;
- persone con disabilità: Comune di Riccione – ente capo-fila per i servizi sociosanitari accreditati e non accreditati;
- minori, famiglie e donne: Comune di Riccione – ente capo-fila;

- persone adulte con disagio psichico e marginalità sociale: AUSL della Romagna relativamente all'assistenza sociosanitaria a soggetti affetti da disturbi psichiatrici e/o da dipendenza patologica; Comune di Riccione – ente capo-fila relativamente a soggetti con bisogni socio - assistenziali o sociali prevalenti (es: senzatetto, immigrati,).

2. Il soggetto cui spetta la redazione del contratto cura gli adempimenti connessi alla sua sottoscrizione, alla trasmissione del testo sottoscritto ai soggetti firmatari e tutti gli adempimenti conseguenti e successivi di tenuta dell'eventuale repertorio e di archiviazione. Limitatamente ai servizi accreditati, l'AUSL, successivamente alla sottoscrizione del contratto, procede ad espletare le verifiche sul possesso, da parte dei soggetti gestori, dei requisiti di cui all'art. 80 del DLgs 50/2016.

3. In quanto co-titolari della funzione di committenza, Comune di Riccione – ente capo-fila, nella persona del Direttore dell'Ufficio di Piano o del Responsabile del Servizio Sociale Territoriale distrettuale, nell'esercizio delle proprie rispettive funzioni, e l'AUSL della Romagna, nella persona del Direttore di Distretto, sottoscrivono il contratto per la parte di competenza.

6.2 ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLA CORRETTA ESECUZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

1. Il controllo rivolto agli elementi di qualità dei servizi socio sanitari integrati ed alla loro corretta esecuzione è in capo all'Azienda USL della Romagna ed in capo al Comune di Riccione – ente capo-fila: per tale funzione, essi si avvalgono degli organismi tecnici di valutazione allo scopo già avviati in adempimento della normativa vigente o da avviare sulla base di protocolli operativi condivisi.

2. Limitatamente all'attività di monitoraggio e verifica in merito ai requisiti previsti dall'accreditamento tale funzione è posta in capo all'OTAP, nel rispetto delle modalità minime indicate dalla normativa. L'attività dell'OTAP, pur rimanendo distinta dall'attività di monitoraggio e verifica dei contratti di servizio, dovrà essere svolta in modo integrato e coordinato con quest'ultima.

6.3 ATTIVITA' DI CONTROLLO FINALIZZATA ALL'AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO

1. Gli Enti firmatari, si impegnano ad adottare, entro il 2017, modalità condivise e protocolli operativi per consentire all'AUSL, in qualità di gestore del FRNA, l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa sul Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) attraverso la presa in carico da parte dell'Azienda USL delle funzioni relative alla liquidazione delle fatture per tutte le linee di servizio, con riferimento sia alla quota parte a carico del FRNA, sia alla quota parte a carico del Bilancio Sociale dei Comuni; in tale ipotesi, le parti dovranno preliminarmente formalizzare un accordo che disciplini le modalità di trasferimento delle necessarie risorse economiche che tenga conto dei vincoli imposti dalla normativa sui termini di pagamento ai sensi del D.Lgs. 231/2002.

2. In applicazione dei principi di semplificazione, economicità ed efficienza dell'azione amministrativa le parti convengono che il controllo amministrativo-contabile finalizzato all'autorizzazione al pagamento (anagrafica utenti in carico ed utenti autorizzati, corrispondenza fra le prestazioni dichiarate e l'effettiva fruizione delle stesse, corrispondenza delle tariffe applicate rispetto a quelle previste in contratto, ...) venga

svolto, per ciascuna tipologia di servizio integrato, da uno solo degli enti firmatari in nome e per conto degli altri committenti pubblici.

A tal fine, in maniera progressiva entro la scadenza sopra indicata, le parti definiscono specifici protocolli operativi ispirati al criterio della razionalizzazione delle risorse economiche e professionali da impiegarsi nel processo di integrazione.

Art. 7 GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE DESTINATE ALL'INTEGRAZIONE

1. Le parti definiscono le rispettive responsabilità nell'espletamento delle funzioni di supporto alla programmazione, di monitoraggio e verifica dell'equilibrio finanziario e di gestione amministrativo-contabile delle risorse economiche destinate all'attuazione dell'integrazione sociosanitaria a livello distrettuale e specificamente:

- a) risorse per la non autosufficienza, annualmente assegnate dalla Regione Emilia Romagna e ripartite dalla CTSS fra i Distretti;
- b) risorse destinate per la realizzazione del Programma Attuativo Annuale approvato dal Comitato di Distretto sulla base del "Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale" e degli indirizzi attuativi regionali;
- c) risorse autorizzate dal Comitato di Distretto per l'attuazione della convenzione di Gestione Associata.

2. La gestione amministrativo-contabile delle suddette risorse è articolata nei seguenti livelli di responsabilità:

- **All'AUSL**, che si avvale del Direttore U.O. Gestione Rapporti Servizi Socio Sanitari Accreditati o suo delegato, competono le funzioni di:
 - gestione amministrativo-contabile del Fondo Distrettuale per la Non Autosufficienza con contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del Bilancio dell'AUSL;
 - monitoraggio dell'andamento dei costi relativi alle risorse per la non autosufficienza;
 - monitoraggio dell'andamento dei costi relativi alle risorse di Fondo Sanitario Regionale assegnate per la gestione degli interventi e dei servizi sociosanitari integrati relativi alle diverse aree assistenziali;
 - gestione amministrativo-contabile e monitoraggio periodico almeno quadrimestrale dei trasferimenti economici fra le parti del presente rapporto convenzionale, conseguenti e connessi alla rispettiva compartecipazione ai costi della Gestione Associata;
- **Ai Comuni in forma associata** che si avvale del Direttore dell'Ufficio di Piano o del Responsabile del Servizio Sociale Territoriale nell'ambito dell'esercizio delle rispettive competenze, competono le funzioni di:
 - predisposizione del Piano Annuale di utilizzo delle risorse per la Non autosufficienza assegnate al Distretto (che costituisce il Bilancio Economico Preventivo del FRNA) e del relativo Bilancio Consuntivo, sulla base dei dati forniti dal soggetto gestore amministrativo/contabile del Fondo;
 - supporto all'AUSL nel monitoraggio periodico dell'andamento della spesa del FRNA;
 - predisposizione del Bilancio Economico Preventivo e del Bilancio Consuntivo della Gestione Associata;
 - predisposizione della programmazione economica riferita al PAA;
 - implementazione dei sistemi informativi regionali e per la gestione dell'integrazione sociosanitaria.

4. A seguito dell'approvazione, da parte del Comitato di Distretto, in accordo con il Direttore di Distretto, di norma entro il [redacted] di ogni anno, del consuntivo della Gestione Associata relativo all'anno precedente, gli oneri che i Comuni in gestione associata e l'AUSL sostengono direttamente per lo svolgimento delle funzioni oggetto della presente convenzione vengono conguagliati sulla base di specifica rendicontazione.

Art. 8 DOTAZIONE DI RISORSE UMANE

1. Il personale dedicato alle funzioni della Gestione Associata viene rappresentato negli Allegati 1 e 2. Esso è costituito da unità appartenenti alla dotazione organica dei Comuni del distretto/dell'Unione Valconca, o dell'AUSL della Romagna e il rispettivo rapporto di lavoro è disciplinato dai CC.NN.LL. e dal contratto individuale di lavoro dell'Ente di appartenenza. Negli Allegati 1 e 2, viene individuato il datore di lavoro con il quale ciascuna unità di personale elencata mantiene il rapporto giuridico-contrattuale di riferimento, nonché il responsabile dell'ufficio/area della Gestione Associata a cui afferisce il rapporto funzionale.

2. Gli Enti firmatari della presente convenzione mettono in comune il personale di cui trattasi, dedicandolo, interamente o per quota parte, alle funzioni della Gestione Associata e condividendone i costi secondo l'articolazione dell'impegno orario ritenuto congruo e sulla base delle compartecipazioni al relativo onere economico così come vengono definite, in termini percentuali, negli Allegati 1 e 2.

3. L'elenco di cui agli Allegati 1 e 2 rappresenta la dotazione di personale che le parti concordano di dedicare alle funzioni di Gestione Associata per l'anno 2017. Fermo restando l'assetto delle funzioni e degli organismi di funzionamento della Gestione Associata definito negli artt. 2, 3 e 4 del presente accordo, le parti si riservano di ridefinire, per gli anni ulteriori di vigenza del rapporto convenzionale, la dotazione complessiva di personale e/o - in relazione a singole unità - una diversa allocazione funzionale ad altra area di intervento e/o una diversa quantificazione dell'impegno orario richiesto e/o una diversa ripartizione della quota di compartecipazione di ciascun Ente ai costi della Gestione Associata: ciò, in relazione all'eventuale necessità di adeguare la dotazione di personale dedicato alla Gestione Associata ad un percorso di implementazione delle sue funzioni che sia congruo rispetto agli indirizzi di programmazione annuale di livello regionale e/o locale. A tal fine, gli Allegati 1 e 2 potranno essere oggetto di conferma o di modifica, da concordarsi fra gli Enti firmatari in sede di approvazione del Bilancio Consuntivo della Gestione Associata dell'anno precedente.

4. Durante la vigenza della presente convenzione le parti si impegnano ad attivare un tavolo sulle modalità di gestione del personale attualmente assegnato alle funzioni oggetto della gestione associata, fermo restando la necessità di garantire i servizi e nel rispetto delle vigenti disposizioni normative e degli accordi in essere.

5. In caso di risoluzione della presente convenzione le parti (Comuni/ Unione e AUSL) si obbligano, fin d'ora, al trasferimento all'interno delle rispettive dotazioni organiche del personale già dipendente ed assunto a tempo indeterminato per la gestione dei servizi oggetto della convenzione. Le modalità con le quali effettuare il trasferimento, i tempi e gli istituti contrattuali a cui fare riferimento saranno oggetto di un successivo accordo.

Art. 9 DOTAZIONE DI IMMOBILI E RISORSE STRUMENTALI

1. Gli Enti firmatari, sulla base degli accordi di Gestione Associata precedentemente stipulati, concordano di disciplinare le migliori modalità in ordine alla disponibilità delle risorse logistiche e delle dotazioni strumentali tuttora necessarie alla realizzazione delle funzioni integrate, oggetto della presente convenzione (all.to 4).

2. Se nel corso di validità della presente convenzione, gli Enti firmatari ravvisano la necessità di individuare soluzioni logistiche e dotazioni strumentali diverse rispetto a quelle vigenti, possono formalizzare nuove intese in tal senso, mediante integrazione del presente accordo

Art. 10 VALUTAZIONE

Con cadenza almeno annuale in sede di Comitato di Distretto si discute l'andamento della presente convenzione.

Art. 11 FLUSSI INFORMATIVI

1. Gli Enti firmatari del presente accordo si impegnano a collaborare, con risorse umane e strumentali, anche aggiuntive rispetto a quelle descritte nel presente accordo, alla realizzazione e mantenimento di un sistema informativo capace di assolvere ai debiti informativi stabiliti dalla normativa regionale in ambito sociale e socio-sanitario e funzionale alla pianificazione e gestione territoriale, al suo monitoraggio e controllo. A questo scopo si conviene di costituire un sistema informativo territoriale sociale e socio-sanitario, coordinato dall'Ufficio di Piano, capace di utilizzare e migliorare sia le informazioni che le reti esistenti, facendo crescere, nell'ambito degli specifici indirizzi regionali, un adeguato sistema di monitoraggio.

2. Nel rispetto del principio di collaborazione di cui sopra si stabilisce che sarà onere:

a) dell'Ufficio di Piano fornire alla Regione, nel rispetto dei termini previsti, i flussi informativi da questa richiesti per la verifica dell'uso delle risorse destinate alla non-autosufficienza (rendicontazione economica annuale e dati attività FRNA annuale); a questo proposito l'Azienda USL si impegna a trasmettere all'Ufficio di Piano i dati e le elaborazioni in suo possesso nei tempi e nelle modalità utili al rispetto delle scadenze regionali;

b) dell'Azienda USL, adempiere ai seguenti obblighi informativi verso la Regione: GRAD, SMAC, FAR, flusso ripetuto ADI, SIPS; a questo proposito l'Ufficio di Piano, attraverso il Responsabile del Servizio Anziani e Disabili si impegna a trasmettere all'Azienda USL i dati e le elaborazioni in suo possesso nei tempi e nelle modalità utili al rispetto delle scadenze regionali;

c) dei Comuni singoli o delle loro forme associative, con il supporto amministrativo dell'Ufficio di Piano e dell'Azienda USL della Romagna adempiere ai seguenti obblighi informativi verso Amministrazioni e Uffici di livello Nazionale quali ad esempio a) Istat Rilevazione annuale spesa sociale dei Comuni singoli o Associati b) Istat Rilevazione statistica annuale sui presidi residenziali, semi residenziali, socio-assistenziali e socio sanitari e servizio assistenza domiciliare.

Art. 12 TRATTAMENTO DEI DATI E TRASPARENZA

1. L'Unione dei Comuni e l'AUSL della Romagna sono, entrambi ed autonomamente, titolari del trattamento dei dati personali sensibili e giudiziari dei beneficiari delle attività socio-sanitarie oggetto di Gestione Associata.

Ai sensi dell'art. 4, c. 1 e art. 29 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., ciascuno di essi nomina quale "responsabile del trattamento" stesso, rispettivamente

- (nome e funzione) per l'Unione dei Comuni..... e

-(nome e funzione) per l'AUSL.

Gli Enti firmatari della presente Convenzione, devono trattare i suddetti dati nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali degli interessati e solo, ed esclusivamente, per le finalità di interesse pubblico connesse alle funzioni istituzionali inerenti lo svolgimento, in Gestione Associata, dei servizi socio-sanitari integrati. A cura delle parti, il trattamento dei dati dev'essere effettuato nel rispetto di quanto stabilito nei rispettivi Regolamenti sui dati sensibili e giudiziari ossia, per l'Azienda USL della Romagna, nel Regolamento Regionale 30 maggio 2014, n. 1, emanato con decreto del Presidente della Giunta n.95 del 30.05.2014 e pubblicato su BURER n. 156 del 30.05.2014, con particolare riferimento alle disposizioni dettagliate nella scheda n. 6 dell'Allegato B, nonché, per l'Unione dei Comuni, nei Regolamenti comunali di riferimento [*specificare*....].

2. In ottemperanza al principio di trasparenza dell'attività della Pubblica Amministrazione, l'Unione dei Comuni..... e l'AUSL provvedono agli adempimenti - se e in quanto dovuti - connessi agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni inerenti la presente convenzione, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente in materia (L 7 agosto 2012 n. 134 su "amministrazione aperta", D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 su "amministrazione trasparente", DGR Emilia Romagna n. 2056 del 28.12.2012) e delle sue eventuali successive modifiche ed integrazioni.

Art. 13 DURATA

La presente convenzione ha durata triennale, con decorrenza dal 01.01.2017 al 31.12.2019. Potrà essere prorogata o rinnovata, anche annualmente, fino ad un ulteriore triennio.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data _____

Per il Comune di

Nome e cognome (stampatello) _____

Firma _____

Per il Comune di

Nome e cognome (stampatello) _____

Firma _____

Per l'Unione Valconca

Nome e cognome (stampatello) _____

Firma _____

Per l'Azienda USL della Romagna

Nome e cognome (stampatello) _____

Firma _____

APPENDICE

RICHIAMI NORMATIVI

Si richiamano i seguenti atti dello Stato e della Regione Emilia Romagna:

- L 8 novembre 2000, n. 328 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*;
- L 7 agosto 1990, n. 241 *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”* e smi;
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 421/1992”* e smi;
- D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 *“Testo Unico delle leggi sull’ordinamento degli Enti locali”* e smi;
- D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 *“Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali”*;
- D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali”* e smi;
- D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”* e smi;
- DPCM 14 febbraio 2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*;
- DPCM 29 novembre 2001 *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*;
- Accordo del 24.01.2013 fra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane per l’approvazione del documento *“Piano di azioni nazionale sulla salute mentale”*;
- LR 12 marzo 2003, n. 2 *“Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”* e, in particolare, l’art. 38 così come modificato dall’art. 39 della L.R. 22 dicembre 2005, n. 20;
- LR 23 dicembre 2004, n. 27 *“Legge Finanziaria Regionale adottata a norma dell’art. 40 della LR 15 novembre 2001, n. 40, in coincidenza con l’approvazione del Bilancio di Previsione della Regione Emilia Romagna per l’esercizio Finanziario 2005 e del Bilancio Pluriennale 2006-2007”* e specificamente l’art. 51;
- LR 23 dicembre 2004, n. 29 *“Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale”*;
- LR 19 febbraio 2008, n. 4 *“Disciplina degli accertamenti della disabilità. Ulteriori norme di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale”* e, in particolare, l’art. 23 così come modificato dall’art. 47 della L.R. 23 dicembre 2010 n.14;
- LR 28 luglio 2008, n. 14 *“Norme in materia di politiche per le nuove generazioni”*;
- LR 21 dicembre 2012, n. 21 *“Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza”*;
- LR 26 luglio 2013, n. 12 *“Disposizioni ordinarie e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona”*;
- LR 21 novembre 2013, n. 22 *“Misure di adeguamento degli assetti istituzionali in materia sanitaria. Istituzione dell’Azienda USL della Romagna. Partecipazione della*

- Regione Emilia-Romagna all'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori" s.r.l.*”;
- LR 30 luglio 2015, n.14 *“Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari”*;
 - LR 29 luglio 2016, n. 15 *“Norme di promozione dei percorsi associativi: ambiti ottimali, unioni, fusioni e incorporazioni di comuni”*
 - DGR n. 124 del 8 febbraio 1999 *“Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari”*;
 - DGR n. 1377 del 26 luglio 1999 *“Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l’anziano non autosufficiente nel proprio contesto”*;
 - DGR n. 564 del 1 marzo 2000 *“Direttiva regionale per l’autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS, in attuazione della LR 12 ottobre 1998, n. 34”*;
 - DGR n. 1122 del 1 luglio 2002 *“Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)”*;
 - DGR n. 2248 del 10 novembre 2003 *“Criteri organizzativi per la costituzione di centri di informazione e consulenza per l’adattamento dell’ambiente domestico per anziani e disabili”*;
 - DGR n. 2068 del 18 ottobre 2004 *“Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni”*;
 - DGR n. 86 del 30 gennaio 2006 *“Direttiva alle Aziende Sanitarie per l’adozione dell’atto aziendale”*;
 - DAL n. 91 del 23 novembre 2006 *“Programma annuale 2006: interventi, obiettivi, criteri generali di ripartizione delle risorse ai sensi dell’art. 47, comma 3, della L.R. 2/2003. Stralcio del Piano regionale Sociale e Sanitario”*;
 - DGR n. 509 del 16 aprile 2007 *“Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma per l’avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007 – 2009”*;
 - DGR n. 772 del 29 maggio 2007 *“Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell’elenco dei servizi per l’attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e sociosanitario. Primo provvedimento attuativo art. 38 L.R. 2/2003 e successive modificazioni”*;
 - DGR n.1004 del 2 luglio 2007 *“Attuazione DAL 91/2006 e DGR 1791/2006: individuazione delle azioni e dei criteri di riparto per realizzare gli obiettivi del programma finalizzato per la promozione e sviluppo degli Uffici di Piano”*;
 - DGR n. 1206 del 30 luglio 2007 *“Fondo Regionale Non Autosufficienza. Indirizzi attuativi della delibera n. 509/2007” e il relativo allegato 1 “Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA)”*;
 - DGR n. 432 del 31 marzo 2008 *“Approvazione del programma per la promozione e lo sviluppo degli Sportelli Sociali”*;
 - DAL n. 175 del 22 maggio 2008 *“Piano Sociale e Sanitario 2008-2010”*;
 - DGR n. 840 del 11 giugno 2008 *“Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l’assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell’ambito del FRNA e della DGR 2068/04”*;
 - DGR n. 1230 del 28 luglio 2008 *“Fondo Regionale per la non autosufficienza. Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità”*;

- DGR n. 1682 del 20 ottobre 2008 *“Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009 – 2011, di linee guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione”*;
- DGR n. 313 del 23 marzo 2009 *“Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011”*;
- DGR n. 514 del 20 aprile 2009 *“Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell’art. 23 della L.R. 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari”*, così come modificata ed integrata dalle successive DGR n. 390 del 28 marzo 2011, DGR n. 1899 del 10 dicembre 2012 e DGR n. 1828 del 9 dicembre 2013;
- DGR n. 291 del 8 febbraio 2010 *“Casa della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale”*;
- DGR n. 999 del 11 luglio 2011 *“Programma regionale dipendenze – obiettivi 2011-2013”*
- DGR n. 1904 del 19 dicembre 2011 *“Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari”*;
- DGR n. 284 del 18 marzo 2013 *“Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario regionale per il biennio 2013-2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo Sociale ai sensi dell’art. 47, comma 3, della LR 2/2003”*;
- DGR n.1677 del 18 novembre 2013 *“Adozione linee di indirizzo regionali per l’accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamenti /abuso e allegati”*;
- DGR n. 1718 del 25 novembre 2013 *“Approvazione dell’accordo generale per il triennio 2014 - 2016 tra la Regione Emilia Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d’abuso e requisiti specifici per l’accreditamento del percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche”*;
- DGR n. 1830 del 9 dicembre 2013 *“Requisiti specifici per l’accreditamento delle residenze sanitarie psichiatriche”*;
- DGR n. 1831 del 9 dicembre 2013 *“Accordo Generale per il triennio 2014 – 2016 tra la Regione Emilia Romagna e le Associazioni Confcooperative Emilia-Romagna e Legacoop Emilia Romagna, in materia di prestazioni erogate a favore delle persone inserite in residenze sanitarie psichiatriche accreditate”*;
- DGR n. 286 del 10 marzo 2014 *“Programmazione del percorso di allineamento delle residenze sanitarie psichiatriche già accreditate gestite da Enti non profit, ai nuovi requisiti e tariffe (DGR n. 1830/2013 e DGR 1831/2013) e domande di accreditamento di nuove residenze sanitarie psichiatriche (ai sensi della DGR n. 624/2013)”*;
- DAL n. 154 del 11 marzo 2014 *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico 2014-2016, ai sensi dell’art.2 della LR 4 luglio 2013, n. 5”*;
- DGR n.424 del 31 marzo 2014 *“Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta della Regione Emilia-Romagna, delle Aziende Sanitarie, degli Enti e delle Agenzie Regionali e degli Enti vigilati dalla Regione”*;
- DGR n. 557 del 28 aprile 2014 *“Modifica alla DGR 840/2008 in merito alle modalità di finanziamento delle residenze per le persone con gravissima disabilità (DGR 2068/2004)”*;
- DGR n. 1012 del 7 luglio 2014 *“Approvazione delle Linee Guida regionali per il riordino del Servizio Sociale Territoriale”*;

- DGR n.1102 del 14 luglio 2014 *“Linee d’indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento”*,
- DGR n. 1423 del 6 ottobre 2015 *“Integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento”*;
- DGR n.1554 del 20 ottobre 2015 *“Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute”*;
- DGR n.191 del 15 febbraio 2016 *“Approvazione dell’indice di fragilità, strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità – art.2, comma 2 della legge regionale 14 del 30 luglio 2015 e attuazione art. 3, comma 2 della legge regionale 12 del 17 luglio 2014”*;
- DGR n 212 del 22 febbraio 2016 *“Programma regionale integrato per l’assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016 – 2018”*;
- DGR n. 273 del 29 febbraio 2016 *“Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente”*;
- DGR n. 969 del 27 giugno 2016 *“Adozione delle linee guida regionali sull’affidamento dei servizi alla cooperazione sociale”*;
- DGR n. 990 del 27 giugno 2016 *“Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del “Piano Nazionale Demenze”*;
- DGR n. 1229 del 1 agosto 2016 *“Linee di programmazione integrata ai sensi dell’art 3 della L.R. 30 luglio 2015 n. 14 ”Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari”*;
- DGR n. 1441 del 12 settembre 2016 *“Promozione degli accordi di programma per l’approvazione dei Piani Integrati previsti dall’art 4 della L.R. 14/2015. Direttive per la redazione degli Accordi di Programma distrettuali e approvazione dello schema di accordo tipo”*;
- DGR n. 1443 del 12 settembre 2016 *“Composizione e funzionamento della ‘Cabina di Regia regionale per le politiche sanitarie e sociali’ e dei suoi strumenti di supporto”*.