

Schema-tipo della convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria

L.R. 40/2005 art 70 bis

Premessa

1. I principali riferimenti normativi

Lo schema di convenzione riordina i contenuti ed i riferimenti a cui questo atto deve necessariamente rispondere per svolgere le funzioni previste dalla legge regionale.

A. La convenzione deve soddisfare i vincoli posti dalla l.r. 68/2011 in modo da esercitare correttamente le funzioni associate, e quindi deve definire:

- La funzione oggetto dell'esercizio associato; la durata; l'ente che assume la responsabilità dell'esercizio associato, presso il quale è operante la struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione.
- I criteri per la definizione dei rapporti finanziari tra gli enti.
- La costituzione e le norme di funzionamento di un organo comune.
- Le modalità per il recesso dal vincolo associativo da parte del singolo ente; le modalità semplificate nel caso in cui il recesso sia motivato da esercizio della funzione mediante unione di comuni.
- Le modalità per lo scioglimento consensuale del vincolo associativo; gli effetti derivanti dal recesso e dallo scioglimento.
- Le norme regolamentari applicabili, anche mediante rinvio a regolamenti approvati o da approvarsi.

B. La convenzione deve soddisfare i vincoli posti dal sistema integrato disegnato dalle modifiche alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 41/2005, e quindi deve prevedere:

- La Conferenza zonale dei sindaci integrata dal DG Asl quale organo comune.
- L'Asl come ente che assume la responsabilità dell'esercizio associato e la zona-distretto come struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione.
- Deve contenere le sezioni dedicate a: i processi di programmazione e di partecipazione; l'integrazione socio-sanitaria; il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati; la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati.
- La convenzione esercita 'di base' le funzioni di integrazione socio-sanitaria.
- La convenzione può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni socioassistenziali dei comuni ivi compresi quelli obbligati.
- La convenzione può prevedere che le risorse del fondo per la non autosufficienza e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria siano attribuite al soggetto che gestisce in forma associata i servizi sociali.
- La Conferenza zonale integrata dal DG Asl elabora l'articolazione zonale del PIS.
- L'Ufficio di piano come struttura comune per la programmazione.

2. Le funzioni e i contenuti

Questo schema assume l'esercizio delle funzioni di integrazione come base generale della convenzione e, dove è possibile, prevede l'eventuale funzione associata del socioassistenziale comunale quale opzione facoltativa: a questo scopo lo schema-tipo è stato articolato al suo interno in due capi: Capo I – Servizi Socio-sanitari e Capo II – Servizi Socioassistenziali pur rimanendo un unico atto associativo.

In ogni caso lo schema-tipo di convenzione interviene su tutti i livelli dell'integrazione cosiddetta 'sistemica':

- Integrazione del livello istituzionale di zona
- Integrazione dei processi e degli strumenti di programmazione
- Integrazione professionale
- Integrazione gestionale
- La partecipazione (Integrazione comunitaria)

N.B.: Nel caso in cui la Convenzione sia stipulata in una zona-distretto in cui ci sia completa coincidenza con una unione di comuni, l'organo comune della Convenzione è costituito dalla Giunta dell'Unione integrata dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria locale.

Le unioni di comuni partecipano al Capo I – Servizi Socio-sanitari solo se esercitano la funzione fondamentale del sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della l.r. 41/2005, in luogo dei comuni che hanno conferito loro la funzione.

Indice:

CAPO I – SERVIZI SOCIOSANITARI

Titolo I - Norme Generali

Art. 1 - Oggetto

Art. 2 - Finalità

Art. 3 - Funzioni

Titolo II - Organo comune della Convenzione

Art. 4 - Conferenza Integrata

Art. 4bis – Giunta dell'Unione Integrata

Art. 5 - Funzioni della Conferenza Integrata

Art. 6 - Presidente della Conferenza Integrata

Art. 6bis - Presidente della Giunta Integrata

Art. 7 - Attribuzioni del Presidente della Conferenza Integrata

Titolo III - Gestione

Art. 8 - Ente responsabile della gestione

Art. 9 – Destinazione risorse non autosufficienza e attività sociali a rilevanza sanitaria

Art. 10 - Rapporti finanziari e risorse

Titolo IV - Integrazione socio-sanitaria

Art. 11 - Le materie sociosanitarie

Art. 12 - Strumenti attuativi del processo di integrazione

Titolo V - Processi di programmazione e di partecipazione

Art. 13 - Strumenti di programmazione

Art. 14 - Budget integrato di programmazione

Art. 15 - Ufficio di Piano

Art. 16 - Istituti per la partecipazione

Titolo VI - Coordinamento interprofessionale e percorsi assistenziali integrati

Art. 17 - Coordinamento interprofessionale

Art. 18 - Percorsi assistenziali integrati

Art. 19 - Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni

Titolo VII - Realizzazione di servizi sociosanitari

Art. 20 - Integrazione gestionale

Art. 21 - Budget operativo integrato

Titolo VIII - Impegni degli enti firmatari

Art. 22 - Modalità di reciproco avalimento

CAPO II – SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI

Titolo IX - Norme Generali

Art. 23 - Oggetto

Art. 24 - Finalità

Art. 25 – Successivi sottoscrittori

Titolo X - Organo comune della Convenzione (si rimanda al Capo I Titolo II)

Titolo XI - Gestione

Art. 26 - Gestione associata delle materie socioassistenziali

Art. 27 - Rapporti finanziari e risorse

Titolo XII - Integrazione socioassistenziale

Art. 28 - Le materie socioassistenziali

Art. 29 - Strumenti attuativi del processo di integrazione

Titolo XIII - Processi di programmazione e di partecipazione (si rinvia al titolo V del Capo I)

Titolo XIV - Coordinamento interprofessionale e percorsi assistenziali integrati

Art. 30 - Coordinamento interprofessionale

Art. 31 - Percorsi assistenziali integrati

Art. 32 - Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni

Titolo XV - Realizzazione di servizi socioassistenziali

Art. 33 - Budget operativo integrato

Titolo XVI - Impegni degli enti firmatari

Art.34 - Modalità di reciproco avvalimento

CAPO III – Norme comuni al CAPO I e II

Art. 35 - Durata

Art.36 – Recesso

Art. 37 – Scioglimento

Art. 38 - Assetti organizzativi

Art. 39 - Sistema Informativo

Art. 40 - Informazioni economico-finanziarie

Art. 41 - Obbligo di informazione reciproca

Art. 42 - Controversie

Art. 43 - Norme transitorie e finali

CAPO I – SERVIZI SOCIOSANITARI

Titolo I - Norme Generali

Art. 1 - Oggetto

1. Con riferimento alla Zona-distretto di i Comuni....., le Unioni..... e l'Azienda unità sanitaria locale, stipulano la presente convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria (di seguito denominata 'Convenzione') ai sensi dell'art 70 bis della l.r. 40/2005.

2. La Convenzione è lo strumento per l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria, a questo scopo definisce gli impegni degli enti aderenti e disciplina in particolare:

- a) l'organo comune della Convenzione che esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della l.r. 68/2011;
- b) le responsabilità di gestione delle materie oggetto dell'accordo;
- c) i processi di programmazione e di partecipazione;
- d) i contenuti dell'integrazione socio-sanitaria;
- e) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
- f) la realizzazione di servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ex art. 3septies, comma 2 e 4 del d.lgs. 502/1992;

3. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali, dal momento della stipula della convenzione i soggetti sottoscrittori assolvono agli obblighi contratti a questo scopo pertanto la stessa definisce e regola il subentro nelle funzioni e la successione nei rapporti degli enti aderenti.

4. I soggetti sottoscrittori della presente convenzione si avvalgono delle sedi operative dei singoli Enti aderenti e utilizzano come sede principale quella della direzione distrettuale della Azienda UsI ... ubicata in via nel Comune di, ovvero la sede del ubicata in via nel comune di (nel caso sia stato individuato anche l'eventuale altro soggetto gestore – art. 70-bis, comma 4).

Art. 2 - Finalità

1. I soggetti aderiscono alla Convenzione al fine di:

- a. consentire la piena integrazione delle attività sociosanitarie evitando duplicazioni di funzionamento tra gli enti associati;
- b. assicurare il governo dei servizi sociosanitari 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;
- c. rendere la programmazione delle attività sociosanitarie coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- d. promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sociosanitari di zona distretto;

2. I soggetti aderenti perseguono le finalità stabilite dalla Convenzione assicurando tra l'altro:

- a. il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
- b. la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;
- c. il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale;
- d. l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

Art. 3 - Funzioni

1. La Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria definisce il quadro generale delle politiche di settore, le responsabilità gestionali e professionali, gli impegni degli enti aderenti

2. Al fine di esercitare l'integrazione sociosanitaria, la Convenzione disciplina le modalità con cui vengono attuate le seguenti funzioni:

- α) l'indirizzo e la programmazione delle attività sociosanitarie previste dal piano sanitario e sociale integrato;
- β) l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sociosanitari;
- χ) il coordinamento operativo delle attività professionali e la realizzazione dei percorsi assistenziali integrati;
- δ) il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

Titolo II - Organo comune della convenzione

Art. 4 - Conferenza Integrata

1. L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la conferenza zonale di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato. L'organo comune (di seguito denominata 'Conferenza Integrata') esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della l.r. 68/2011.

2. La Conferenza Integrata è presieduta dal Presidente della conferenza zonale di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005.

3. I componenti della Conferenza Integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, in analogia con le disposizioni di cui all'art.12 commi 1 e 2 della l.r. 40/2005, così determinate:

- a. il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti degli enti locali che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
- b. il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

4. La Conferenza Integrata assume le proprie deliberazioni:

a. con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentino almeno il 67% delle quote di partecipazione detenute da tutti i soggetti sottoscrittori della convenzione, per i seguenti atti:

- proposta di piano integrato di salute
- proposta di piano di inclusione zonale (solo nel caso in cui la presente convenzione venga attivata anche per il Capo II.);
- relazione annuale sullo stato di salute;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;
- proposta di regolamenti di accesso ai servizi;
- documento di organizzazione di cui all'art. 38 Capo III
- ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla convenzione.

5. Il funzionamento della Conferenza Integrata è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente, e del direttore generale dell'azienda sanitaria locale a favore di un componente del livello dirigenziale apicale.

6. Le deliberazioni della Conferenza Integrata sono protocollate e archiviate secondo le previsioni del regolamento, e sono trasmesse ai soggetti aderenti ai fini dell'eventuale presa d'atto con appositi atti formali da parte di questi ultimi.

7. Il Presidente della Conferenza Integrata può invitare a partecipare alle sedute, senza diritto di voto, chiunque ritenga opportuno per chiarimenti o comunicazioni relativi ad oggetti posti all'ordine del giorno.

8. I partecipanti alla Conferenza Integrata non hanno diritto a compensi, gettoni di presenza, o altre indennità comunque denominate, oltre a quelle derivanti dalle funzioni svolte nelle istituzioni di appartenenza e a carico di queste ultime, salvo i rimborsi spese previsti dalla normativa degli enti locali; per le cause di incompatibilità e di decadenza si fa riferimento alla normativa in vigore.

Art. 4bis – Giunta dell'Unione Integrata

1. (DA ATTIVARE NEI CASI IN CUI VI E' COINCIDENZA TRA LA ZONA DISTRETTO E L'UNIONE DI COMUNI) L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la Giunta dell'unione di comuni _____ integrata dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato. L'organo comune (di seguito denominata 'Giunta Integrata') esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della l.r. 68/2011.

2. La Giunta Integrata è presieduta dal Presidente dell'Unione di Comuni _____ di cui all'articolo 34 della l.r. 68/2011.

3. La Giunta Integrata assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei sindaci e voto favorevole del Direttore Generale della AUSL per i seguenti atti:

- proposta di piano integrato di salute
- proposta di piano di inclusione zonale (solo nel caso in cui la presente convenzione venga attivata anche per il Capo II.);
- relazione annuale sullo stato di salute;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;

- proposta di regolamenti di accesso ai servizi;
- documento di organizzazione di cui all'art. 38 Capo III
- ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla convenzione.

4. La Giunta Integrata assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei sindaci per gli ulteriori atti indicati dalla presente convenzione.

5. Nel caso venga attivato il presente articolo, le funzioni della Giunta Integrata sono le medesime di cui all'art. 5 del presente Capo.

Art. 5 - Funzioni della Conferenza Integrata

1. La Conferenza Integrata esprime l'indirizzo politico, i criteri organizzativi e di svolgimento dell'esercizio per l'integrazione sociosanitaria e per le altre deleghe eventualmente affidate alla Convenzione, definisce i rapporti finanziari tra gli enti, e in particolare:

- a) approva gli atti di programmazione;
- b) approva i documenti economico-finanziari che regolano i rapporti tra gli enti aderenti;
- c) approva i regolamenti di funzionamento;
- d) approva le proposte di regolamenti di accesso ai servizi sociosanitari e/o socioassistenziali;
- e) approva i programmi operativi per l'integrazione;
- f) designa i componenti del Comitato di partecipazione.

2. L'approvazione dell'articolazione zonale del Piano integrato di salute avviene previo parere dei consigli comunali degli enti aderenti, che devono esprimersi entro 30 giorni dal ricevimento degli schemi; in caso di mancata risposta si considera il silenzio-assenso.

3. I regolamenti approvati dalla Conferenza Integrata sono trasmessi agli enti aderenti.

4. La Conferenza Integrata si riunisce almeno ogni tre mesi anche al fine di monitorare l'andamento della Convenzione.

Art. 6 - Presidente della Conferenza Integrata

1. La Conferenza Integrata è presieduta dal Presidente della conferenza zonale di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005.

2. In caso di assenza o di impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito da un componente della conferenza da lui individuato e nominato.

3. Il Presidente rimane in carica fino a quando sussistono le condizioni previste dalla legge, fatte salve diverse determinazioni della Conferenza Integrata.

Art. 6bis - Presidente della Giunta Integrata

1. La Giunta Integrata è presieduta dal Presidente dell'Unione di Comuni _____ di cui all'articolo 34 della l.r. 68/2011.

2. In caso di assenza o impedimento temporaneo si applica quanto disposto dall'articolo 34, comma 1, della l.r. 68/2011.

Art. 7 - Attribuzioni del Presidente della Conferenza Integrata

1. Il Presidente esercita le seguenti funzioni:

a. Convoca e presiede la Conferenza Integrata e ne stabilisce l'ordine del giorno;

b. Compie gli atti che gli sono demandati dalla Convenzione, dai regolamenti e dalle determinazioni della Conferenza Integrata;

c. Promuove la consultazione sugli atti d'indirizzo e di programmazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli istituti di partecipazione.

Titolo III - Gestione

Art. 8 - Ente responsabile della gestione

1. La responsabilità della gestione è attribuita, per delega, all'azienda unità sanitaria locale, presso la quale è operante la struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria; a questo scopo l'ente delegato provvede all'adozione dei provvedimenti amministrativi attinenti l'esercizio della funzione, compresi gli atti di gestione. Gli atti adottati nell'esercizio della delega sono imputati ad ogni effetto all'ente delegato.

2. La struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria è la zona-distretto, che costituisce il riferimento organizzativo ed operativo per le attività regolate dalla Convenzione. Il responsabile della zona-distretto provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla Convenzione.

3. Lo sviluppo delle attività organizzative e di quelle operative inerenti l'esercizio della funzione per l'integrazione sociosanitaria è organizzato per mezzo di uno specifico piano-programma, che costituisce parte integrante della presente convenzione, che definisce puntualmente:

a. i servizi e le attività oggetto dell'esercizio associato;

b. l'organizzazione e le modalità di gestione dei servizi e delle attività;

c. le risorse economico-finanziarie, il personale e le risorse strumentali necessarie;

d. il cronoprogramma dell'attivazione dell'esercizio integrato ;

4. L'azienda unità sanitaria locale adotta le soluzioni organizzative che garantiscono la piena funzionalità della zona distretto e, in accordo con gli altri enti aderenti, assicura le dotazioni organiche necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione. Le amministrazioni comunali aderenti garantiscono la piena operabilità delle funzioni organizzative ed operative oggetto della Convenzione, assicurando a tal scopo la disponibilità delle necessarie risorse finanziarie, strumentali e di personale. Gli assetti organizzativi e le relative dotazioni organiche sono regolate dal documento di organizzazione di cui all'articolo 38 Capo III.

Art. 9. Destinazione risorse non autosufficienza e attività sociali a rilevanza sanitaria

(Articolo da attivare solo nel caso previsto dal comma 4 dell'art 70-bis della LR40/2005)

Con riferimento alla presente convenzione, in attuazione degli art. 70-bis comma 4 della l. r. 40/2005, le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della l.r. 66/2008 e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria sono attribuite a (soggetto che gestisce in forma associata i servizi sociali).

Art. 10 - Rapporti finanziari e risorse

1. Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali a rilevanza sanitaria sono finanziati dalle amministrazioni comunali associate, ovvero dalle unioni comunali, secondo i criteri di cui al comma 2 del presente articolo, fermo il rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza. Le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie a rilevanza sociale sono finanziati dalla azienda sanitaria nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

2. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sociali a rilevanza sanitaria la quota di risorse a carico di ciascun comune viene determinata annualmente, sulla base fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, tenendo conto delle dimensioni demografiche, dei bisogni espressi e degli effettivi consumi relativi ad ogni singola comunità territoriale, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata.

3. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sanitari a rilevanza sociale la quota di risorse a carico della azienda sanitaria viene determinata annualmente, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata e secondo quanto previsto dai competenti atti di programmazione.

4. Il bilancio di esercizio e il bilancio preventivo economico annuale dell'azienda sanitaria mettono in separata evidenza i servizi oggetto della presente convenzione, l'azienda sanitaria predispone uno specifico documento contabile in cui sono riportati in maniera distinta i flussi finanziari di competenza comunale, quelli di competenza sanitaria e quelli afferenti al fondo regionale per la non autosufficienza della l.r. 66/2008, salvo attivazione dell' Art. 9 Capo I della presente convenzione. Ai fini della ripartizione della gestione relativa alle amministrazioni comunali, secondo le rispettive quote di partecipazione, i corrispondenti risultati economico-finanziari di gestione sono definiti dalla contabilizzazione tra i flussi finanziari di competenza comunale e il risultato economico annuale prodotto dalle attività sociali a rilevanza sanitaria.

5. Entro il 30 ottobre di ogni anno e comunque non oltre la data di aggiornamento annuale degli strumenti di programmazione, la Conferenza Integrata approva il piano economico-finanziario della gestione associata per l'esercizio successivo corredato dal pre-consuntivo o rendiconto della precedente gestione associata e dalla relativa relazione illustrativa, da cui risultano le quote associative a carico di ciascuna amministrazione comunale e la quota a carico dell'azienda sanitaria. Una volta approvato, e comunque entro e non oltre il 30 ottobre, il suddetto Piano economico finanziario annuale, è trasmesso alle amministrazioni comunali e all'azienda sanitaria per gli adempimenti connessi alla formazione dei relativi Bilanci di previsione.

6. L'azienda sanitaria attiva, nella competente zona-distretto, delle apposite azioni per il monitoraggio e il controllo continuo dell'andamento economico-finanziario e dei risultati assistenziali conseguiti dall'esercizio associato, assicurando a tal fine la partecipazione di personale qualificato proveniente dagli enti convenzionati anche attraverso l'utilizzo dell'ufficio di piano.

7. I beni immobili e gli altri beni dei comuni e dell'azienda sanitaria, funzionali allo svolgimento delle attività previste dalla presente convenzione e le modalità con cui sono concessi al soggetto erogatore dei servizi sono individuati nell'Allegato alla Convenzione, per la durata di vigenza della presente . Le variazioni di tale Allegato saranno oggetto di apposita delibera della Conferenza Integrata.

Titolo IV - Integrazione socio-sanitaria

Art. 11 - Le materie sociosanitarie

1. L'esercizio dell'integrazione sociosanitaria disciplinato dalla presente Convenzione si riferisce alle materie sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ex art. 3septies, comma 2 e 4 del d.lgs. 502/1992 e, comunque, nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.

2. I servizi, le attività e gli interventi sociosanitari oggetto della presente Convenzione sono specificati in un apposito Allegato parte integrante della presente convenzione. Per ciascuna voce, saranno riportati analiticamente i relativi fabbisogni finanziari e la loro fonte di finanziamento nella parte operativa annuale zonale del PIS.

Art. 12 - Strumenti attuativi del processo di integrazione

1. Il progressivo sviluppo dell'integrazione degli assetti amministrativi, organizzativi e professionali è regolato attraverso l'elaborazione di appositi programmi o protocolli operativi che specificano e guidano le modalità dell'integrazione secondo singoli settori assistenziali, interprofessionali o gestionali.

2. Gli strumenti attuativi del processo di integrazione di cui al comma 1 sono elaborati dall'ente gestore e approvati dalla Conferenza Integrata e, qualora sia necessario, aggiornano o integrano il documento di organizzazione di cui all'art. 38 Capo III.

Titolo V - Processi di programmazione e di partecipazione

Art. 13 - Strumenti di programmazione

1. Lo strumento generale di programmazione della Convenzione è l'articolazione zonale del Piano integrato di Salute (PIS) di cui all'art. 21 della l.r. 40/2005. L'articolazione zonale del PIS viene elaborata dalla Conferenza Integrata e proposta all'approvazione della Conferenza aziendale dei sindaci di cui all'art. 12 della l.r. 40/2005, che assicura il coordinamento e la coerenza tra le proposte zonali afferenti alla stessa azienda sanitaria.

2. Lo strumento specifico per la programmazione dell'integrazione sociosanitaria è l'atto per l'integrazione sociosanitaria di cui all'art. 22, comma 5, lettera b) della l.r. 40/2005.

3. Gli obiettivi della programmazione sono vincolanti per le attività dei singoli soggetti aderenti che partecipano direttamente alla loro elaborazione e condivisione nell'ambito della Convenzione; in particolare, in coerenza con quanto previsto dal comma 1 dell'art. 22 della l.r. 40/2005 e smi, l'Azienda sanitaria nel redigere il Piano attuativo locale (PAL) recepisce per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali il contenuto del PIS.

4. Il PIS è predisposto dal responsabile di zona-distretto secondo le linee di indirizzo della Conferenza Integrata, che formula la proposte da inviare alla Conferenza Aziendale dei sindaci previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento.

5. Per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali dei comuni e delle unioni, in ambito sociale, ai sensi dell'art. 11 comma 2 della l.r. 41/2005, l'approvazione del Piano d'inclusione zonale è affidato alla Conferenza Integrata e si coordina con le altre politiche socio-sanitarie integrate a livello di zona distretto nell'ambito del piano integrato di salute di cui all'articolo 21 della l.r. 40/2005.

(comma da attivare solo nel caso in cui la presente convenzione venga attivata anche per il Capo II.)

Art. 14 - Budget integrato di programmazione

1. Al fine di definire le necessarie ed indispensabili compatibilità economico-finanziarie che la programmazione deve rispettare per permettere ai singoli enti aderenti di perseguire l'equilibrio di bilancio, viene definito il Budget integrato di programmazione composto dalle previsioni pluriennali ed annuali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie di competenza della Convenzione.

2. Le risorse sono gestite dall'Ente responsabile.

3. L'azienda sanitaria trasmette alla Conferenza Integrata un documento economico in cui sono identificati i costi e i ricavi connessi con la programmazione dei settori di competenza, distinti secondo le differenti strutture organizzative a cui sono assegnate tali risorse.

4. La Conferenza Integrata, attraverso le strutture tecniche previste dalla Convenzione, armonizza i documenti finanziari con quelli economici e compone il Budget previsionale pluriennale che costituisce vincolo per la programmazione dell'esercizio integrato.

5. La Conferenza Integrata approva l'apposito regolamento relativo alle fasi, alla tempistica e ai contenuti del processo di programmazione, identificando i percorsi partecipati che garantiscono il coinvolgimento delle strutture tecniche e politiche degli enti aderenti e delle rappresentanze della società civile e del terzo settore.

Art. 15 - Ufficio di piano

1. Il responsabile di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'Ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del Piano di Inclusione Zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005.

2. I componenti dell'ufficio di piano sono designati su proposta del responsabile di zona; pur garantendone la necessaria operatività, la composizione dell'ufficio di piano tiene conto di una sufficiente rappresentanza degli enti aderenti.

3. L'ufficio di piano costituisce l'elemento tecnico che supporta l'intero processo di programmazione così specificato:

- a. elaborazione degli strumenti di programmazione;
- b. monitoraggio continuo dei risultati raggiunti;
- c. valutazione contabile verso cui esercita funzioni consuntive e non vincolanti.

4. Oltre ai componenti designati fanno comunque parte dell'ufficio di piano il responsabile di zona, un esperto in budget e contabilità dell'azienda sanitaria e due componenti con analoghe competenze individuati tra il personale dei comuni aderenti.

Art. 16 - Istituti per la partecipazione

1. La i soggetti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e degli operatori attraverso l'attività di comunicazione dei dati epidemiologici necessari a sviluppare la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita corretta e della salubrità dell'ambiente sulla salute.

2. Al fine di assicurarne la operatività e favorire un rapporto organico e la partecipazione dei cittadini sono messi a disposizione del comitato di partecipazione di cui all'art. 64-ter della l.r. 40/2005, locali idonei per le attività ordinarie, gli incontri pubblici e i convegni e seminari sul tema della salute, compreso il dibattito sul funzionamento del sistema sanitario e sociosanitario integrato, così come si provvede alla pubblicizzazione degli stessi.

Titolo VI - Coordinamento interprofessionale e percorsi assistenziali integrati

Art. 17 - Coordinamento interprofessionale

1. Al fine di assicurare l'integrazione interprofessionale in campo sociosanitario, le strutture operative dell'azienda sanitaria e dei comuni e delle unioni definiscono le modalità di coordinamento interprofessionale finalizzate a realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata e dall'ente responsabile della gestione, anche in relazione ai percorsi assistenziali integrati specifici di ciascun settore assistenziale.

2. I protocolli operativi di settore di cui all'art. 12 Capo I, che specificano e guidano i processi di integrazione nei diversi ambiti assistenziali, possono definire le modalità interprofessionali e organizzative dei percorsi assistenziali integrati prevedendo l'impegno congiunto e coordinato delle diverse professionalità operanti nell'azienda sanitarie, nei comuni e nelle unioni aderenti.

Art. 18 - Percorsi assistenziali integrati

La Convenzione, attraverso le professionalità degli enti aderenti, sviluppa la maggiore integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali secondo il processo di:

- α) accesso al sistema;
- β) presa in carico;
- χ) attivazione delle prestazioni assistenziali;
- δ) verifica, valutazione e monitoraggio degli esiti di salute.

Art. 19 - Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni

1. L'accesso ai servizi, attività e interventi riguardanti l'esercizio per l'integrazione sociosanitaria oggetto della presente Convenzione, è disciplinato da un apposito regolamento unico.

2. Il regolamento unico di accesso ai servizi sociosanitari definisce i criteri e le modalità di fruizione delle relative prestazioni, nonché i parametri di compartecipazione al loro costo da parte di cittadini-utenti.

Titolo VII - Realizzazione di servizi socio-sanitari

Art. 20 - Integrazione gestionale

1. Al fine di assicurare l'integrazione gestionale in campo sociosanitario, le strutture funzionali dell'azienda sanitaria e le strutture organizzative dei comuni e delle unioni definiscono le modalità di coordinamento operativo finalizzate a realizzare gli obiettivi definiti dalla Conferenza Integrata e dall'ente responsabile della gestione.

2. I programmi operativi di settore di cui all'art. 12 Capo I, che specificano e guidano i processi di integrazione nei diversi ambiti assistenziali, possono prevedere l'attivazione di specifici gruppi di responsabilità distinti secondo le diverse aree amministrative, tecniche o funzionali, con lo scopo di associare le responsabilità gestionali delle singole strutture organizzative degli enti aderenti.

3. I componenti dei gruppi di responsabilità sono designati su proposta del responsabile di zona-distretto. I gruppi di responsabilità concorrono a promuovere il processo di programmazione, attuazione e monitoraggio prendendo parte alle attività condotte dall'ufficio di Piano e ai connessi processi partecipativi.

Art. 21 - Budget operativo integrato

1. Il Budget integrato di programmazione di cui all'art.14 Capo I individua anche le responsabilità organizzative a cui sono assegnati i singoli risultati economici; i risultati assegnati alle strutture organizzative della azienda sanitaria, dei comuni e delle unioni aderenti sono allineati secondo aree assistenziali e obiettivi omogenei.

2. L'insieme dei risultati economici e degli obiettivi programmati definiti dal comma precedente costituiscono i budget operativi integrati che ciascuna area assistenziale deve assumere come riferimento unitario per il proprio coordinamento operativo.

Titolo VIII - Impegni degli enti firmatari

Art. 22 - Modalità di reciproco avvalimento

1. L'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale per le proprie funzioni delle strutture organizzative e del personale già operante nei rispettivi Enti di appartenenza.

2. In attuazione del comma 1, è effettuata la ricognizione delle risorse finanziarie, strumentali e di personale che i singoli enti aderenti mettono a disposizione per il reciproco avvalimento finalizzato al perseguimento degli obiettivi definiti dal presente accordo; tale ricognizione rileva i mezzi messi a disposizione del reciproco avvalimento e li valorizza figurativamente, compreso il personale che impegna quota parte del proprio tempo lavorativo nelle funzioni del coordinamento operativo.

3. La ricognizione di cui al comma 2 è riportata analiticamente in tabelle allegate alla presente convenzione e costituenti parte integrante della stessa. Tali tabelle vengono aggiornate con cadenza

annuale ed approvate dalla Conferenza integrata nell'ambito della parte operativa zonale del PIS e nell'Ambito della parte attuativa annuale del PIZ (solo nel caso in cui sia attivata la convenzione di cui al Capo II); tale ricognizione esplicita il complesso delle risorse attivate ed integrate dalla Convenzione e già presenti all'interno degli enti aderenti.

CAPO II – SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI

Titolo IX - Norme Generali

Art. 23 - Oggetto

1. Con riferimento alla Zona-distretto di i Comuni delegano ai sensi dell'art 70 bis comma 5 della l.r. 40/2005 alla Azienda unità sanitaria locale le funzioni in materia socio-assistenziale di cui all'articolo 11, comma 2, della l.r. 41/2005. L'esercizio associato riguarda le seguenti funzioni, attività e servizi:

1. definizione del percorso assistenziale personalizzato;
2. definizione delle condizioni per l'accesso alle prestazioni socioassistenziali;
3. erogazione delle prestazioni socioassistenziali;
4. progettazione e gestione degli interventi e dei servizi di cui al Capo I del Titolo V della l.r. 41/2005;
5. autorizzazione, vigilanza e controllo delle strutture residenziali e semiresidenziali
6. determinazione degli obiettivi di servizio di cui all'articolo 2 del D.Lgs. 216/2010.

2. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali, dal momento della stipula della convenzione i soggetti sottoscrittori assolvono agli obblighi contratti a questo scopo pertanto la stessa definisce e regola il subentro nelle funzioni e la successione nei rapporti degli enti aderenti.

3. L'ente responsabile dell'esercizio associato si avvale delle sedi operative dei singoli Enti aderenti e utilizza come sede principale quella della direzione distrettuale della Azienda UsI ... ubicata in via nel Comune di, ovvero la sede del ubicata in via nel comune di

Art. 24 – Finalità

1. I soggetti aderiscono alla Convenzione al fine di:

- promuovere e regolare il processo di associazione delle materie socio assistenziali
- assicurare il governo dei servizi socioassistenziali 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;
- rendere la programmazione delle attività sociali a rilevanza sanitaria coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi socioassistenziali di zona distretto;

2. I soggetti aderenti perseguono le finalità stabilite dalla Convenzione assicurando tra l'altro:

- il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni sociali e nel processo di programmazione;
- la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;

- il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale;
- l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

Art. 25 – Successivi Sottoscrittori

Nel caso in cui successivamente alla stipula della presente Convenzione, un comune dello stesso ambito esprimesse la propria volontà di adesione, la stessa dovrà essere modificata con una procedura semplificata che preveda un atto del comune che aderisce, e un atto della Conferenza Integrata di recepimento della volontà di detto comune e di integrazione della presente Convenzione.

Titolo X - Organo comune della convenzione

Per questo attiene l'organo comune per l'esercizio associato del socio-assistenziale si applica quanto previsto al Capo I Titolo II della convenzione.

Qualora non tutti i comuni della zona-distretto abbiano delegato la funzione del socio-assistenziale alla azienda unità sanitaria locale le deliberazioni della Conferenza Integrata aventi ad oggetto esclusivamente l'esercizio associato del socio-assistenziale sono adottate con il voto favorevole anche dei sindaci partecipanti alla votazione che rappresentino la maggioranza della popolazione dei comuni che hanno conferito la funzione alla AUSL.

Titolo XI - Gestione

Art. 26 - Gestione associata delle materie socioassistenziali

1. La responsabilità della gestione è attribuita, per delega, all'azienda unità sanitaria locale, presso la quale è operante la struttura amministrativa competente all'esercizio della funzione socioassistenziale; a questo scopo l'ente delegato provvede all'adozione dei provvedimenti amministrativi attinenti l'esercizio della funzione, compresi gli atti di gestione. Gli atti adottati nell'esercizio della delega sono imputati ad ogni effetto all'ente delegato.

2. La gestione dell'esercizio associato delle funzioni fondamentali dei comuni in ambito sociale, ai sensi dell'art. 11 comma 2 della l.r. 41/2005 è organizzata per mezzo di uno specifico piano-programma, che costituisce parte integrante della presente convenzione che definisce puntualmente:

- i servizi e le attività oggetto dell'esercizio associato;
- l'organizzazione e le modalità di gestione dei servizi e delle attività;
- le risorse economico-finanziarie, il personale e le risorse strumentali necessarie;
- il cronoprogramma dell'attivazione dell'esercizio associato.

3. L'azienda unità sanitaria locale adotta le soluzioni organizzative che garantiscono la piena funzionalità della zona distretto e, in accordo con gli altri enti aderenti, assicura le dotazioni organiche necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione. Le amministrazioni comunali aderenti garantiscono la piena operabilità delle funzioni organizzative ed operative oggetto della Convenzione, assicurando a tal scopo la disponibilità delle necessarie risorse finanziarie, strumentali e di personale. Gli assetti organizzativi e le relative dotazioni organiche sono regolate dal documento di organizzazione di cui all'Art. 38 Capo III.

Art. 27 - Rapporti finanziari e risorse

1. Con riferimento alle materie socioassistenziali oggetto della convenzione si applicano le previsioni di cui all'Art. 10 del Capo I della stessa.
2. Le risorse per l'esercizio della funzione sono gestite direttamente dall'ente responsabile.

Titolo XII - Integrazione socioassistenziale

Art. 28 - Le materie socioassistenziali

1. L'esercizio delle funzioni fondamentali dei comuni aderenti in ambito sociale, si riferisce alle materie di cui all'Art. 11 comma 2 della LR 41/2005 e, comunque, nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.
2. I servizi, le attività e gli interventi socioassistenziali oggetto della presente Convenzione sono specificati in un apposito Allegato parte integrante della presente convenzione. Per ciascuna voce, saranno riportati analiticamente i relativi fabbisogni finanziari e la loro fonte di finanziamento nella parte attuativa annuale del PIZ.

Art. 29 - Strumenti attuativi del processo di integrazione

Per il presente articolo si rinvia all'Art 12 Capo I

Titolo XIII - Processi di programmazione e di partecipazione

Si rinvia al titolo V del Capo I

Titolo XIV - Coordinamento interprofessionale e percorsi assistenziali integrati

Art. 30 - Coordinamento interprofessionale

1. Al fine di assicurare l'integrazione interprofessionale per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2 della l.r. 41/2005, disciplinato dalla presente Convenzione in seguito all'espressa e formale delega dei singoli comuni aderenti, opera il *Servizio Sociale Unificato* tra comuni e azienda sanitaria il cui schema costitutivo ed operativo è approvato dalla Conferenza Integrata entro tre mesi dalla stipula della presente Convenzione.
2. Il referente professionale unico è il coordinatore sociale di zona di cui all'art. 37 della l.r. 41/2005. Il Servizio sociale unificato assicura la valutazione professionale del bisogno e la presa in carico dei cittadini utenti, mediante la predisposizione, il monitoraggio e la verifica del progetto individualizzato di assistenza. L'operatore del Servizio sociale unico è professionalmente responsabile della presa in carico e del percorso assistenziale individuale per l'accesso e la fruizione appropriata dei servizi oggetto di gestione associata.

Art. 31 - Percorsi assistenziali integrati

La Convenzione, attraverso le professionalità degli enti aderenti, sviluppa la maggiore integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali secondo il processo di:

- accesso al sistema;
- presa in carico;
- attivazione delle prestazioni assistenziali;
- verifica, valutazione e monitoraggio degli esiti di salute

Art. 32- Regolamenti di accesso ai servizi e compartecipazione al costo delle prestazioni

L'accesso ai servizi di cui all'articolo 11, comma 2 della l.r. 41/2005 è disciplinato dalla presente Convenzione come estensione del regolamento unico di cui all'Art. 19 Capo I

Titolo XV - Realizzazione di servizi socioassistenziali

Art. 33 - Budget operativo integrato

Per il presente articolo si rimanda all'art 14 Capo I.

Titolo XVI - Impegni degli enti firmatari

Art. 34 - Modalità di reciproco avvalimento

1. L'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale per le proprie funzioni delle strutture organizzative e del personale già operante nei rispettivi Enti di appartenenza.

2. In attuazione del comma 1, è effettuata la ricognizione delle risorse finanziarie, strumentali e di personale che i singoli enti aderenti mettono a disposizione per il reciproco avvalimento finalizzato al perseguimento degli obiettivi definiti dal presente accordo; tale ricognizione rileva i mezzi messi a disposizione del reciproco avvalimento e li valorizza figurativamente, compreso il personale che impegna quota parte del proprio tempo lavorativo nelle funzioni del coordinamento operativo.

3. La ricognizione di cui al comma 2 è riportata analiticamente in tabelle allegate alla presente convenzione e costituenti parte integrante della stessa. Tali tabelle vengono aggiornate con cadenza annuale ed approvate dalla Conferenza integrata nell'ambito della parte operativa zonale del PIS e nell'Ambito della parte attuativa annuale del PIZ (solo nel caso in cui sia attivata la convenzione di cui al Capo II); tale ricognizione esplicita il complesso delle risorse attivate ed integrate dalla Convenzione e già presenti all'interno degli enti aderenti.

CAPO III – Norme comuni al CAPO I e II

Art. 35 - Durata

La durata della Convenzione è di cinque anni dalla sottoscrizione, ed è rinnovata con adozione di un apposito atto deliberativo della Conferenza Integrata.

Art. 36 - Recesso

1. I soggetti aderenti hanno facoltà di recedere dalla Convenzione per quanto riguarda l'esercizio associato in materia socio sanitaria nelle seguenti ipotesi:

- fusione di comuni aderenti singolarmente alla convenzione, salva diversa disposizione di legge;
- cessazione dell'esercizio associato della funzione fondamentale comunale del sociale da parte dell'unione di comuni aderente alla convenzione;
- cambiamento di zona distretto da parte di un comune aderente alla convenzione;

2. I soggetti aderenti hanno facoltà di recedere dalla Convenzione per quanto riguarda l'esercizio associato in materia socio assistenziale di cui all'articolo 11, comma 2 della l.r. 41/2005. (Da attivare solo in caso di sottoscrizione del CAPO II della seguente convenzione)

3. Nel caso in cui un comune abbia attribuito la funzione del socio assistenziale alla Ausl e intende esercitare detta funzione mediante la propria unione di comuni, è prevista una procedura di recesso semplificata che prevede la notifica al presidente della Conferenza Integrata e ha effetto trascorsi 10 dall'avvenuta comunicazione. (Da attivare solo in caso di sottoscrizione del CAPO II della seguente convenzione)

4. Il recesso deve essere formalmente notificato al presidente della Conferenza Integrata e ha effetto trascorsi 30 giorni dall'avvenuta comunicazione. L'ente recedente, ovvero le singole amministrazioni che compongono una singola unione comunale recedente, resta obbligato per le obbligazioni assunte e per le spese deliberate prima del recesso.

Art. 37 - Scioglimento

1. La Convenzione per l'esercizio delle funzioni socio sanitarie può essere sciolta solo nei casi di apposita previsione legislativa regionale o nazionale.

2. La Convenzione è sciolta anche nel caso di fusione di due o più zone-distretto.

3. Nei casi di cui al comma 1 e 2 del presente articolo, la Convenzione cessa di avere effetto a seguito della stipula di una specifica convenzione di scioglimento, con la quale sono individuati gli enti che sono tenuti alla conclusione dei procedimenti in corso e gli enti che succedono nei rapporti attivi e passivi, e sono stabiliti gli altri effetti, anche patrimoniali e finanziari, dello scioglimento.

Art. 38 - Assetti organizzativi

1. L'esercizio associato opera con personale proveniente dall'azienda unità sanitaria locale e dagli enti locali, secondo la dotazione rilevata annualmente nella parte operativa zonale del PIS. Il personale messo a disposizione dagli enti convenzionati è assegnato nelle forme consentite dai vigenti contratti collettivi e/o dalla vigente legislazione.

2. In ambito di zona-distretto, sono definiti gli assetti organizzativi necessari allo svolgimento delle attività previste dalla presente Convenzione mediante un apposito documento di organizzazione. Tale

documento disciplina gli assetti e le modalità di funzionamento delle strutture organizzative degli enti aderenti che sono coinvolte, ai fini dell'esercizio dell'integrazione sociosanitaria, nei processi di:

- programmazione;
- organizzazione;
- attuazione;
- monitoraggio e controllo;

3. Il documento di organizzazione, in particolare, definisce:

- α) assetti delle strutture organizzative;
- β) funzioni, dotazioni e articolazioni interne delle strutture di cui al punto a);
- γ) composizione, funzioni e processi di lavoro dell'ufficio di piano;
- δ) modalità organizzative e processi di lavoro del coordinamento interprofessionale di cui al titolo VI Capo I della presente Convenzione;
- ε) modalità organizzative e processi di lavoro dell'integrazione gestionale di cui al titolo VII Capo I della presente Convenzione;

4. Il documento di organizzazione di cui al comma 1 è elaborato dall'ente responsabile, coordinato con il piano-programma ed è approvato dalla Conferenza Integrata entro sessanta giorni dalla stipula della presente Convenzione.

Art. 39 - Sistema Informativo

1. Al fine di garantire le funzioni ad esso assegnate l'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale in via prioritaria dei sistemi informativi ed informatici degli enti aderenti, privilegiando l'integrazione degli stessi.

2. L'Ente responsabile dell'esercizio associato aderisce alla rete telematica regionale ed adotta tutte le soluzioni tecnologiche ed informative nel rispetto degli standard regionali assunti nell'ambito della medesima rete secondo quanto previsto dalla l.r. 1/2004 'Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete Telematica Regionale Toscana'.

Art. 40 - Informazioni economico-finanziarie

1. L'ente responsabile dell'esercizio associato garantisce la trasmissione regolare e continuativa di tutte le informazioni di carattere contabile verso le strutture tecniche degli Enti aderenti, con particolare attenzione ai dati utilizzati nella composizione dei bilanci e dei rendiconti contabili.

2. Le informazioni contabili di cui al comma precedente sono utilizzate dagli Enti aderenti per elaborare gli strumenti definiti nella presente convenzione e per il monitoraggio continuo delle ricadute economiche e finanziarie delle attività della Convenzione.

Art. 41 - Obbligo di informazione reciproca

1. Gli Enti firmatari della presente Convenzione si impegnano a trasmettere tempestivamente ogni informazione e dato richiesto dalla Conferenza Integrata, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.

2. Gli atti dei singoli Enti aderenti che interessano le materie oggetto del presente accordo, sono comunicate tempestivamente alla Conferenza Integrata da parte dei competenti uffici.

Art. 42 - Controversie

1. Ciascuno degli Enti aderenti può rilevare eventuali irregolarità ed inadempienze degli obblighi derivanti dal presente accordo mediante contestazione in forma scritta, da cui risultino motivi di prova, all'Ente risultato inadempiente, portandola contestualmente a conoscenza di tutti gli enti interessati.

2. La soluzione di eventuali controversie derivante dall'interpretazione del presente accordo o da inadempienze e inosservanze degli impegni assunti dagli enti firmatari è demandata ad un collegio arbitrale costituito da tre rappresentanti, di cui due nominati dalla Conferenza zonale dei sindaci e uno dall'Azienda sanitaria locale. Il collegio arbitrale si riunisce su iniziativa di uno degli enti firmatari.

Art. 43 - Norme transitorie e finali

Da definire secondo le singole situazioni locali.