

ACCORDO CONTRATTUALE

ALLEGATO 1 ALLA
DETERMINA N. 470/DG
DEL 26 LUG. 2016

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Caduti del Lavoro n. 40, P.I. 02175860424, rappresentata dal Dott. Alessandro MACCIONI Direttore della Area Vasta n. 3, giusta delega rilasciata dal Direttore Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro MARINI con Determina n. 278/ASURDG del 21/4/16.

E

La Cooperativa Sociale Berta '80 a r.l. Onlus nella persona del suo legale rappresentante Giustino Ciabattoni, nata a Offida (AP) il 29/06/1931, residente a San Severino Marche in Via Rocchetta n. 48, che interviene nel presente atto per conto della Comunità Terapeutica "Croce Bianca" con sede operativa in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 49, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n. 3, autorizzata all'erogazione di prestazioni di riabilitazione terapeutica per tossicodipendenti con Provvedimento Amministrativo Protocollo con provvedimento n. 106 del 15.09.1992 all' Albo Regionale degli Enti Ausiliari (Rep. N. 1), senza fine di lucro, per lo svolgimento di attività di cura e riabilitazione di persone con dipendenze patologiche in regime residenziale per un n. di posti totali pari a n. 18 unità; e dal 28.04.2011 con Decreto del Dirigente della P. F. "Accreditamenti, controllo degli atti ed attività ispettiva n. 156/AIR" accreditata senza prescrizioni per una dotazione di n. 22 posti letto con applicazione di retta residenziale area Terapeutico-riabilitativa;

PREMESSO

- che con Accordo Quadro — tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la cura dipendenze patologiche (ACUDIPA) e l'ASUR Marche — recepito con DGRM n. 1221 del 30/12/2015, è stata definita la spesa pluriennale Regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2015-2017;
 - che la sopra indicata sede operativa svolge la propria attività perseguendo, senza fini di lucro, il recupero della salute fisica o psichica dei soggetti con dipendenze patologiche, con modalità di intervento conformi alle norme di legge, regolamentari e di indirizzo sia statali che regionali, con esclusione dei programmi farmacologici;
 - che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa in forma residenziale o in forma semiresidenziale;
 - che la sede operativa possiede i requisiti professionali e prescritti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
 - che la disciplina di cui al presente accordo si attua nel rispetto della normativa regionale;
- tutto ciò premesso;

si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 - Ammissione

L'ammissione al trattamento nella sede operativa, nel rispetto delle regole proprie dell'ente accreditato, avviene sulla base della richiesta della AUSL/ASUR Marche Area Vasta di residenza del soggetto, in attuazione del Programma Terapeutico Individuale (PTI).

Per esigenze terapeutico-riabilitative il soggetto può essere trasferito presso altra sede operativa della stessa associazione o cooperativa, purché anch'essa convenzionata, prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Il trasferimento deve essere concordato con il SERT/STDP di residenza, qualora non sia già stato previsto nel progetto iniziale.

Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente residente nelle Marche si rivolga direttamente alla sede operativa, questa provvederà ad indirizzare il soggetto stesso al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) di residenza, al fine della necessaria formulazione del programma terapeutico.

In ogni caso, la retta non potrà avere decorrenza anteriore alla data di richiesta di inserimento da parte della AUSL/Area Vasta dell'ASUR Marche il cui Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche ha elaborato il Programma Terapeutico.

L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà parentale.

Articolo 2 – Valutazione del caso e permanenza nella struttura

In adempimento alle indicazioni contenute nella DGR Marche n. 154/2009 (Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR), e nel rispetto della vigente disciplina in materia di privacy (D.lgs 196/2003) ai fini dell'inserimento presso la struttura residenziale e semiresidenziale "Croce Bianca" con sede operativa in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 49, per la definizione del Piano Terapeutico Individuale e la valutazione del percorso durante la permanenza ed al momento della sua conclusione sono affidate ad una équipe multi-professionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta n.3, che nomina i rispettivi referenti del caso.

Il momento dell'impostazione del percorso terapeutico individualizzato richiede il concorso delle varie professionalità presenti nel DDP, appartenenti alle strutture pubbliche e del privato sociale. Per ciascun soggetto inserito nella sede operativa questa provvede a predisporre un progetto di riabilitazione e reinserimento finalizzato al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di autonomia psicofisica, in attuazione del PTI.

In tale progetto devono essere identificati gli ambiti di intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possano favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto. Il progetto individuale deve indicare il periodo presuntivo permanenza nella struttura.

Nello svolgimento dei progetti la sede operativa si impegna a rispettare i fondamentali diritti della persona e ad evitare in tutte le fasi del trattamento ogni forma di costrizione, garantendo la volontarietà della permanenza nella struttura.

Articolo 3 – Consenso informato

È dovuta una specifica informativa da parte degli operatori sanitari preposti, da fornire al paziente al fine di renderlo opportunamente edotto e consapevole circa le terapie/procedure terapeutiche di carattere sanitario eventualmente somministrate o da somministrare nell'ambito del programma terapeutico definito. Detta informativa rientra nelle responsabilità del personale sanitario preposto che avrà cura di sottoporre al paziente e ai genitori, se minore, e/o al tutore-amministratore di sostegno la sottoscrizione di apposito modello di consenso informato allegato al presente atto.

Articolo 4. Verifiche periodiche

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche verifica periodicamente l'andamento del programma terapeutico avvalendosi dell'equipe multi-professionale che ha redatto il PTI e, se del caso, concorda con la sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione.

Qualora l'equipe multi-professionale di residenza non possa seguire l'andamento del trattamento attuato presso una sede operativa sita fuori del proprio ambito territoriale di competenza, la verifica può essere effettuata, su richiesta, dal Servizio Dipendenze Patologiche territorialmente competente.

Articolo 5 - Conclusione del programma

Al fine di evitare ogni possibile forma di cronicizzazione, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza, concordato per ciascun soggetto, i responsabili della sede operativa e quelli del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può essere continuato per un periodo concordato e con l'assenso dell'interessato.

La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto ogni interruzione del progetto di riabilitazione.

Articolo 6 - Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L'ASUR Area Vasta n. 3 dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

Alla sede operativa è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze.

Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'Area Vasta promuovendone la partecipazione del personale pubblico.

Articolo 7 – Prestazioni, budget e posti letto convenzionati

Le prestazioni (giornate di presenza), il budget ed il n° di posti letto da utilizzare sono definiti dall'ASUR annualmente secondo gli indirizzi regionali.

Articolo 8 – Sistema tariffario e standard assistenziali

La retta per l'ammissione dei soggetti alla sede operativa è a carico delle Aree Vaste dell'ASUR o ASL di residenza degli stessi.

Per l'anno 2015 saranno applicate le rette giornaliere — stabilite dalla Regione Marche con DGRM n.1245 del 06/08/2012 in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico — riferite a strutture classificate **terapeutico riabilitative** pari a € 85,45 le rette sono da intendersi al netto dell'IVA, se ed in quanto dovuta.

Per gli anni 2016-17 nella Comunità Terapeutica "Croce Bianca" con sede operativa in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 49, struttura autorizzata all'erogazione del programma terapeutico per la quale è stata classificata:

1. STD2 Strutture residenziali terapeutiche riabilitative per tossicodipendenti

STD2 Comunità residenziale terapeutica (max 24 mesi)		
Definizione generale: comunità residenziale terapeutica per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore o superiore a 20 posti è applicabile una riduzione/aumento proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	1	€ 85,45
Medico Psichiatra: qualora la struttura tratti pazienti complessi (dipendenti da alcol e da cocaina anche inviati in compartecipazione dal dsm), max 20% dei posti, o svolga funzioni di COD/centro crisi.	1/18	
Psicologo psicoterapeuta	1/3	
Educatore/Infermiere	Almeno 2 + 1 ogni 8 pazienti	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 2/3	
Totale	6 + 1/18	

Al fine di ottenere il diritto al pagamento della relativa retta nella Comunità dovranno essere garantiti gli standard previsti dall'accordo quadro 2015-17 — tenendo conto che il personale viene espresso in Unità Equivalente (UE): l'Unità di lavoro (persona) rapportata all'orario di lavoro a tempo pieno; UE 1 = 36 h/sett.; UE 2/3 = 24 h/sett.; UE 1/2 = 18 h/sett.; UE 1/6 = 6 h/sett.; UE 1/9 = 4 h/sett. — sopra riportati.

Le rette giornaliere, da intendersi al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta, viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

In assenza di ulteriori determinazioni da parte della Regione Marche, e fatto salvo l'adeguamento ad ogni successiva direttiva e/o disposizione regionale in materia, verrà applicata la retta già definita con DGRM n.1221/15 .

L'atto relativo alla programmazione degli inserimenti nelle strutture accreditate deve essere assestato dall'Area Vasta su indicazione degli STDP al termine del primo semestre dell'annualità corrente.

La retta giornaliera viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

Per periodi di assenza del soggetto dalla sede operativa residenziale, immediatamente notificati al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, viene riconosciuta, a domanda, fino ad un massimo di 40 giorni nell'anno solare per ciascun paziente, una quota della retta giornaliera pari al 20%.

I pagamenti sono effettuati non oltre novanta giorni dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa, come previsto nell'Accordo tra la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), firmato il 29/10/2009. Nessuna anticipazione o contributo finanziario può essere richiesto dalla sede operativa ai soggetti assistiti o alle loro famiglie per le attività disciplinate dalla presente convenzione.

Articolo 9 - Trasmissione di dati informativi

La sede operativa si impegna a trasmettere al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche territorialmente competente una relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti, ed al Servizio Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto, qualora non coincidenti, i dati relativi al programma riabilitativo e le notizie di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448.

Inoltre il committente si impegna a produrre un report trimestrale di avanzamento che metta in evidenza gli inserimenti degli utenti residenti nella Regione Marche, al fine di fornire alla Regione i dati sulla mobilità. Tale report dovrà essere trasmesso quale flusso informativo con tracciato record predefinito denominato "fileR" già in uso in questa Regione.

Il committente dovrà certificare che il personale impegnato nel servizio, in forza della presente convenzione, è stato formato mediante corsi di formazione e di aggiornamento specifici sul DLgs 196/03 - Codice Privacy.

Lo stesso personale sarà tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso DLgs 196/03 e del regolamento Aziendale sulla Privacy.

Articolo 10 - Tutela della Privacy

La Struttura è tenuta ad operare nel rispetto della normativa sulla privacy e, in particolare, ad adempiere agli obblighi imposti dal decreto legislativo n. 196/03. Preventivamente alla stipula del presente atto, la Struttura provvede a comunicare formalmente il nominativo del soggetto da nominare, a cura dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali comunicati e condivisi ai sensi del sopra citato decreto per le finalità espresse negli artt. 1), 2), 4), 5) del presente accordo.

All'atto della nomina saranno declinate le responsabilità e gli adempimenti posti a carico del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sopra richiamata.

Articolo 11 - Inadempienze

Eventuali inadempienze alla presente convenzione da parte della sede operativa, devono essere contestate per iscritto dal Direttore dell'Area Vasta n° 3, con fissazione di un termine per la relativa regolarizzazione.

Qualora le inadempienze riguardino la comunicazione di interruzione o di variazione del progetto riabilitativo, nonché spostamenti da una sede operativa ad un'altra non preventivamente concordati, ovvero non previsti nell'iniziale progetto, l'Area Vasta/ASL di residenza del soggetto non corrisponde la retta per il periodo contestato e segnala l'inadempienza all'Area Vasta ASUR nel cui territorio è situata la sede operativa. Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente convenzione a seguito di reiterate inadempienze agli obblighi assunti con la medesima, compresa

l'omessa trasmissione dei dati e la sovrapposizione di finanziamenti per gli stessi interventi, o per gravi inosservanze della vigente normativa.

Articolo 12 - Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità triennale dal 1/1/2015 al 31/12/2015, salvo quanto previsto dall'art. 11 e dall'art.13.

Articolo 13 - Recesso

Il recesso è possibile da entrambe le parti; va comunicato dalla parte che intende avvalersene con un preavviso di 60 giorni, con lettera Raccomandata A.R.

Articolo 14- Controversie

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione della presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrale di tre membro nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente del Tribunale.

Articolo 15 – Effetti della convenzione

La presente convenzione ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del servizio sanitario nazionale, come previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i.. La convenzione viene comunicata, entro quindici giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in _____ il _____

per la Cooperativa Sociale
Berta '80 a r.l. Onlus
IL PRESIDENTE
Padre Giustino CIABATTONI

per l'A.S.U.R. MARCHE
Area Vasta n. 3
IL DIRETTORE
Dott. Alessandro MACCIONI

ALLEGATI ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

SCHEDA A

SCHEMA DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PRESSO LA STRUTTURA

REGIONE di residenza del soggetto

ASUR Marche Area Vasta/ASL di residenza del soggetto

All'ente ausiliario accreditato via

e, per conoscenza:

All'ASUR Marche Area Vasta/ASL di competenza territoriale

Ai sensi della convenzione vigente (determina del n in data), si
prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig.....
residente in via
.....

Rimane inteso che questa ASUR/Azienda Sanitaria Locale corrisponderà a codesto ente la retta giornaliera nella misura stabilita da detta convenzione per un periodo presunto di mesi _____ a partire dal _____ secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato con il competente Servizio dipendenze.

Copia della presente lettera, debitamente sottoscritta per accettazione dal responsabile di codesto ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data dell'accoglienza, alla scrivente Azienda Sanitaria e per conoscenza all'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Il rappresentante dell'ASUR Marche Area Vasta/ASL n° data
(nome e cognome).....

Per accettazione

Il responsabile dell'ente ausiliario accreditato convenzionato data
(nome e cognome)

SCHEDA B

SCHEMA DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

DIRETTORE/RESPONSABILE: _____

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al
trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal dr./dr.^{ssa} _____, in
qualità di _____, dei seguenti aspetti relativi al trattamento
sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- scopo del trattamento;
- rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza;
- il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento proposto
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un operatore sanitario di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;
- in caso di donna in età fertile (dal menarca fino a 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza. (sì no non so).

(segue SCHEDA B)

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy;
- dispone che, in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

Luogo _____ e data ____/____/____

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
IN CASO DI MINOR E	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____

(Parte riservata all'operatore sanitario)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL Dr. _____ (firma) _____ DATA ____/____/____

L'operatore sanitario che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.

Ritiro il consenso data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel
Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

DICHIARO

1) di essere genitore del minore _____

2) che l'altro genitore (cognome e nome) _____

non sottoscrive il modulo iscritto sul "fronte" del presente foglio in quanto:

_ da me informato della necessità del trattamento è consenziente ad esso trattamento;

_ che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;

_ che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;

_ altro (es.: morte, interdizione, ecc.) _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

(luogo e data)

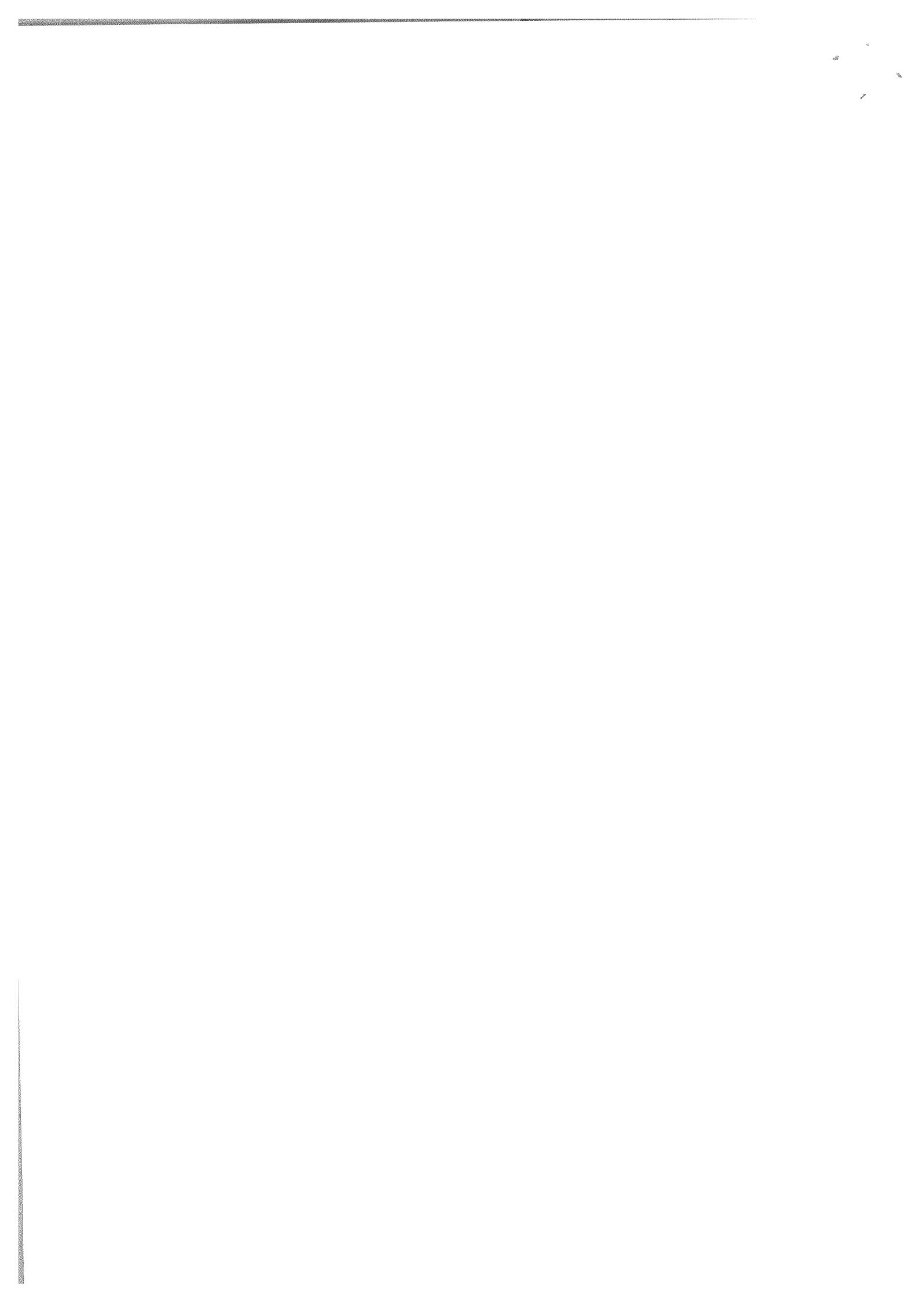
Il/La dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 D.L.gs. 30 giugno 2003, n° 196)

**Accordo contrattuale tra Cooperativa Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS - ASUR Marche
per la Comunità Terapeutica "Croce Bianca" con sede operativa in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 49**

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tal scopo da _____, titolare del trattamento.



ACCORDO CONTRATTUALE

ALLEGATO 2 ALLA
DETERMINAZIONE 670/DG

DEL 26 LUG. 2016

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Caduti del Lavoro n. 40, P.I. 02175860424, rappresentata dal
Dott. Alessandro MACCIONI Direttore della Area Vasta n. 3, giusta delega rilasciata dal Direttore
Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro MARINI con Determina n. 278/ASURDG del 21/4/16.

E

La Cooperativa Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS nella persona del suo legale rappresentante Padre
Giustino Ciabattoni, nata a Offida (AP) il 29/06/1931, residente a San Severino Marche in Via
Rocchetta n. 48, che interviene nel presente atto per conto della Comunità Terapeutica "Opera Pia
Miliani" con sede operativa in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 48, ubicata nel territorio
della suddetta Area vasta n. 3, autorizzata all'erogazione di prestazioni di riabilitazione terapeutica per
tossicodipendenti con Provvedimento Amministrativo Protocollo con provvedimento n. 443 del
07.11.1995 all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari (Rep. N. 27), senza fine di lucro, per lo svolgimento di
attività di cura e riabilitazione di persone con dipendenze patologiche in regime residenziale per un n.
di posti pari a n. 32 unità; e dal 28.04.2011 con Decreto del Dirigente della P. F. "Accreditamenti,
controllo degli atti ed attività ispettiva n. 151/AIR" accreditata senza prescrizioni per una dotazione di
n. 30 posti letto con applicazione di retta residenziale area Terapeutico-riabilitativa e dal 28.04.2011
con Decreto del Dirigente della P. F. "Accreditamenti, controllo degli atti ed attività ispettiva n.
152/AIR" accreditata senza prescrizioni per una dotazione di n. 10 posti letto (Palazzina D) con
applicazione di retta residenziale area pedagogica-riabilitativa;

PREMESSO

- che con Accordo Quadro — tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la cura dipendenze patologiche (ACUDIPA) e l'ASUR Marche — recepito con DGRM n. 1221 del 30/12/2015, è stata definita la spesa pluriennale Regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2015-2017;
 - che la sopra indicata sede operativa svolge la propria attività perseguendo, senza fini di lucro, il recupero della salute fisica o psichica dei soggetti con dipendenze patologiche, con modalità di intervento conformi alle norme di legge, regolamentari e di indirizzo sia statali che regionali, con esclusione dei programmi farmacologici;
 - che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa in forma residenziale o in forma semiresidenziale;
 - che la sede operativa possiede i requisiti professionali e prescritti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
 - che la disciplina di cui al presente accordo si attua nel rispetto della normativa regionale;
- tutto ciò premesso;

si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 - Ammissione

L'ammissione al trattamento nella sede operativa, nel rispetto delle regole proprie dell'ente accreditato, avviene sulla base della richiesta della AUSL/ASUR Marche Area Vasta di residenza del soggetto, in attuazione del Programma Terapeutico Individuale (PTI).

Per esigenze terapeutico-riabilitative il soggetto può essere trasferito presso altra sede operativa della stessa associazione o cooperativa, purché anch'essa convenzionata, prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Il trasferimento deve essere concordato con il SERT/STDP di residenza, qualora non sia già stato previsto nel progetto iniziale.

Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente residente nelle Marche si rivolga direttamente alla sede operativa, questa provvederà ad indirizzare il soggetto stesso al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) di residenza, al fine della necessaria formulazione del programma terapeutico.

In ogni caso, la retta non potrà avere decorrenza anteriore alla data di richiesta di inserimento da parte della AUSL/Area Vasta dell'ASUR Marche il cui Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche ha elaborato il Programma Terapeutico.

L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà parentale.

Articolo 2 – Valutazione del caso e permanenza nella struttura

In adempimento alle indicazioni contenute nella DGR Marche n. 154/2009 (Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR), e nel rispetto della vigente disciplina in materia di privacy (D.lgs 196/2003) ai fini dell'inserimento presso la struttura residenziale e semiresidenziale "Opera Pia Miliani" sita in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 48, per la definizione del Piano Terapeutico Individuale e la valutazione del percorso durante le permanenze ed al momento della sua conclusione sono affidate ad una équipe multi-professionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta n.3, che nomina i rispettivi referenti del caso.

Il momento dell'impostazione del percorso terapeutico individualizzato richiede il concorso delle varie professionalità presenti nel DDP, appartenenti alle strutture pubbliche e del privato sociale. Per ciascun soggetto inserito nella sede operativa questa provvede a predisporre un progetto di riabilitazione e reinserimento finalizzato al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di autonomia psicofisica, in attuazione del PTI.

In tale progetto devono essere identificati gli ambiti di intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possano favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto. Il progetto individuale deve indicare il periodo presuntivo permanenza nella struttura.

Nello svolgimento dei progetti la sede operativa si impegna a rispettare i fondamentali diritti della persona e ad evitare in tutte le fasi del trattamento ogni forma di costrizione, garantendo la volontarietà della permanenza nella struttura.

Articolo 3 – Consenso informato

È dovuta una specifica informativa da parte degli operatori sanitari preposti, da fornire al paziente al fine di renderlo opportunamente edotto e consapevole circa le terapie/procedure terapeutiche di carattere sanitario eventualmente somministrate o da somministrare nell'ambito del programma terapeutico definito. Detta informativa rientra nelle responsabilità del personale sanitario preposto che avrà cura di sottoporre al paziente e ai genitori, se minore, e/o al tutore-amministratore di sostegno la sottoscrizione di apposito modello di consenso informato allegato al presente atto.

Articolo 4. Verifiche periodiche

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche verifica periodicamente l'andamento del programma terapeutico avvalendosi dell'equipe multi-professionale che ha redatto il PTI e, se del caso, concorda con la sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione.

Qualora l'equipe multi-professionale di residenza non possa seguire l'andamento del trattamento attuato presso una sede operativa sita fuori del proprio ambito territoriale di competenza, la verifica può essere effettuata, su richiesta, dal Servizio Dipendenze Patologiche territorialmente competente.

Articolo 5 - Conclusione del programma

Al fine di evitare ogni possibile forma di cronicizzazione, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza, concordato per ciascun soggetto, i responsabili della sede operativa e quelli del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può essere continuato per un periodo concordato e con l'assenso dell'interessato.

La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto ogni interruzione del progetto di riabilitazione.

Articolo 6 - Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L'ASUR Area Vasta n. 3 dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

Alla sede operativa è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze.

Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'Area Vasta promuovendone la partecipazione del personale pubblico.

Articolo 7 – Prestazioni, budget e posti letto convenzionati

Le prestazioni (giornate di presenza), il budget ed il n° di posti letto da utilizzare sono definiti dall'ASUR annualmente secondo gli indirizzi regionali.

Articolo 8 – Sistema tariffario e standard assistenziali

La retta per l'ammissione dei soggetti alla sede operativa è a carico delle Aree Vaste dell'ASUR o ASL di residenza degli stessi.

Per l'anno 2015 saranno applicate le rette giornaliere — stabilite dalla Regione Marche con DGRM n.1245 del 06/08/2012 in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico — riferite a strutture classificate **terapeutico riabilitative** pari a € 85,45 e **pedagogico riabilitativa** € 50,09 le rette sono da intendersi al netto dell'IVA, se ed in quanto dovuta.

Per gli anni 2016-17 nella Comunità Terapeutica "Opera Pia Miliani" sita in San Severino Marche (MC) in Via Rocchetta n. 48, struttura autorizzata all'erogazione del programma terapeutico per la quale è stata classificata:

1. STD2 Strutture residenziali terapeutiche riabilitative per tossicodipendenti

STD2 Comunità residenziale terapeutica (max 24 mesi)		
Definizione generale: comunità residenziale terapeutica per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore o superiore a 20 posti è applicabile una riduzione/aumento proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	1	€ 85,45
Medico Psichiatra: qualora la struttura tratti pazienti complessi (dipendenti da alcol e da cocaina anche inviati in compartecipazione dal dsm), max 20% dei posti, o svolga funzioni di COD/centro crisi.	1/18	
Psicologo psicoterapeuta	1/3	
Educatore/Infermiere	Almeno 2 + 1 ogni 8 pazienti	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 2/3	
Totale	6 + 1/18	

2. STD3 - Strutture residenziali per tossicodipendenti

3. STD3 Comunità residenziale pedagogico riabilitativa (max 36 mesi dall'inserimento)		
Definizione generale: comunità residenziale pedagogico riabilitativa di supporto alle necessità bio-psico-sociali del paziente; vi si svolgono attività di sostegno individuale e di gruppo, monitoraggio e prevenzione della recidiva, orientamento e formazione al lavoro, inclusione sociale.		
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore o superiore a 20 posti è applicabile una riduzione/aumento proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	1	€ 51,50
Medico Psichiatra	0	
Psicologo	0	
Educatore/Infermiere	Almeno 2 + 1 ogni 8 pazienti	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/2	
Totale	Almeno 6+1/2	

Al fine di ottenere il diritto al pagamento della relativa retta nella Comunità dovranno essere garantiti gli standard previsti dall'accordo quadro 2015-17 — tenendo conto che il personale viene espresso in Unità Equivalente (UE): l'Unità di lavoro (persona) rapportata all'orario di lavoro a tempo pieno; UE 1 = 36 h/sett.; UE 2/3 = 24 h/sett.; UE 1/2 = 18 h/sett.; UE 1/6 = 6 h/sett.; UE 1/9 = 4 h/sett. — sopra riportati.

Le retta giornaliera, da intendersi al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta, viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

In assenza di ulteriori determinazioni da parte della Regione Marche, e fatto salvo l'adeguamento ad ogni successiva direttiva e/o disposizione regionale in materia, verrà applicata la retta già definita con DGRM n.1221/15.

L'atto relativo alla programmazione degli inserimenti nelle strutture accreditate deve essere assestato dall'Area Vasta su indicazione degli STDP al termine del primo semestre dell'annualità corrente.

La retta giornaliera viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

Per periodi di assenza del soggetto dalla sede operativa residenziale, immediatamente notificati al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, viene riconosciuta, a domanda, fino ad un massimo di 40 giorni nell'anno solare per ciascun paziente, una quota della retta giornaliera pari al 20%.

I pagamenti sono effettuati non oltre novanta giorni dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa, come previsto nell'Accordo tra la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), firmato il 29/10/2009. Nessuna anticipazione o contributo finanziario può essere richiesto dalla sede operativa ai soggetti assistiti o alle loro famiglie per le attività disciplinate dalla presente convenzione.

Articolo 9 - Trasmissione di dati informativi

La sede operativa si impegna a trasmettere al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche territorialmente competente una relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti, ed al Servizio Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto, qualora non coincidenti, i dati relativi al programma riabilitativo e le notizie di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448.

Inoltre il committente si impegna a produrre un report trimestrale di avanzamento che metta in evidenza gli inserimenti degli utenti residenti nella Regione Marche, al fine di fornire alla Regione i dati sulla mobilità. Tale report dovrà essere trasmesso quale flusso informativo con tracciato record predefinito denominato "fileR" già in uso in questa Regione.

Il committente dovrà certificare che il personale impegnato nel servizio, in forza della presente convenzione, è stato formato mediante corsi di formazione e di aggiornamento specifici sul DLgs 196/03 – Codice Privacy.

Lo stesso personale sarà tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso DLgs 196/03 e del regolamento Aziendale sulla Privacy.

Articolo 10 – Tutela della Privacy

La Struttura è tenuta ad operare nel rispetto della normativa sulla privacy e, in particolare, ad adempiere agli obblighi imposti dal decreto legislativo n. 196/03. Preventivamente alla stipula del

presente atto, la Struttura provvede a comunicare formalmente il nominativo del soggetto da nominare, a cura dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali comunicati e condivisi ai sensi del sopra citato decreto per le finalità espresse negli artt. 1), 2), 4), 5) del presente accordo.

All'atto della nomina saranno declinate le responsabilità e gli adempimenti posti a carico del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sopra richiamata.

Articolo 11 - Inadempienze

Eventuali inadempienze alla presente convenzione da parte della sede operativa, devono essere contestate per iscritto dal Direttore dell'Area Vasta n° 3, con fissazione di un termine per la relativa regolarizzazione.

Qualora le inadempienze riguardino la comunicazione di interruzione o di variazione del progetto riabilitativo, nonché spostamenti da una sede operativa ad un'altra non preventivamente concordati, ovvero non previsti nell'iniziale progetto, l'Area Vasta/ASL di residenza del soggetto non corrisponde alla sede operativa. Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente convenzione a seguito di reiterate inadempienze agli obblighi assunti con la medesima, compresa l'omessa trasmissione dei dati e la sovrapposizione di finanziamenti per gli stessi interventi, o per gravi inosservanze della vigente normativa.

Articolo 12 - Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità triennale dal 1/1/2015 al 31/12/2015, salvo quanto previsto dall'art. 11 e dall'art.13.

Articolo 13 - Recesso

Il recesso è possibile da entrambe le parti; va comunicato dalla parte che intende avvalersene con un preavviso di 60 giorni, con lettera Raccomandata A.R.

Articolo 14- Controversie

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione della presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrale di tre membri nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente del Tribunale.

Articolo 15 – Effetti della convenzione

La presente convenzione ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del servizio sanitario nazionale, come previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i.. La convenzione viene comunicata, entro quindici giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione nonché al Ministero della Salute, che predispongono l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in _____ il _____

per la Cooperativa Sociale
Berta '80 a r.l. Onlus
IL PRESIDENTE
Padre Giustino CIABATTONI

per l'A.S.U.R. MARCHE
Area Vasta n. 3
IL DIRETTORE
Dott. Alessandro MACCIONI

ALLEGATI ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

SCHEDA A

SCHEMA DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PRESSO LA STRUTTURA

REGIONE di residenza del soggetto

ASUR Marche Area Vasta/ASL di residenza del soggetto

All'ente ausiliario accreditato via

e, per conoscenza:

All'ASUR Marche Area Vasta/ASL di competenza territoriale

Ai sensi della convenzione vigente (determina del n in data), si
prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig.....
residente in via
.....

Rimane inteso che questa ASUR/Azienda Sanitaria Locale corrisponderà a codesto ente la retta giornaliera nella misura stabilita da detta convenzione per un periodo presunto di mesi ____ a partire dal ____ secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato con il competente Servizio dipendenze.

Copia della presente lettera, debitamente sottoscritta per accettazione dal responsabile di codesto ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data dell'accoglienza, alla scrivente Azienda Sanitaria e per conoscenza all'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Il rappresentante dell'ASUR Marche Area Vasta/ASL n° data
(nome e cognome).....

Per accettazione

Il responsabile dell'ente ausiliario accreditato convenzionato data
(nome e cognome)

SCHEDA B

SCHEMA DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

DIRETTORE/RESPONSABILE: _____

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al
trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal dr./dr.^{ssa} _____, in
qualità di _____, dei seguenti aspetti relativi al trattamento
sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- scopo del trattamento;
- rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza;
- il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento proposto
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un operatore sanitario di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;
- in caso di donna in età fertile (dal menarca fino a 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza. (sì no non so .

(segue SCHEDA B)

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy;
- dispone che, in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

Luogo _____ e data ____/____/____

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
IN CASO DI MINOR E	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____

(Parte riservata all'operatore sanitario)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL Dr. _____ (firma) _____ DATA ____/____/____

L'operatore sanitario che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.

Ritiro il consenso data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel
Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

DICHIARO

- 1) di essere genitore del minore _____
- 2) che l'altro genitore (cognome e nome) _____

non sottoscrive il modulo iscritto sul "fronte" del presente foglio in quanto:

- _ da me informato della necessità del trattamento è consenziente ad esso trattamento;
- _ che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;
- _ che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;
- _ altro (es.: morte, interdizione, ecc.) _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

(luogo e data)

Il/La dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 D.L.gs. 30 giugno 2003, n° 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tal scopo da _____, titolare del trattamento.



SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE

ALLEGATO 3 ALLA
DETERMINA N. 420/16
DEL 26 LUG. 2016

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Caduti del Lavoro n. 40, P.I. 02175860424, rappresentata dal Dott. Alessandro MACCIONI Direttore della Area Vasta n. 3, giusta delega rilasciata dal Direttore Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro MARINI con Determina n. 278/ASURDG del 21/4/16.

E

La Cooperativa Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS (d'ora in poi e per brevità PARS) nella persona del suo legale rappresentante Dott.^{ssa} Capriotti Nicoletta, nata a Offida (AP) il 09/11/1964, residente a Corridonia, contrada Cigliano, 15, Codice Fiscale CPRNLT64S49G005K che interviene nel presente atto per conto della Centro Diurno Terapeutico per tossicodipendenti" con sede operativa in C.da Mornano, 26 – Civitanova Marche Alta, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n.3, ed iscritta con provvedimento n. 563 del 29/12/1995 all' Albo Regionale degli Enti Ausiliari senza fine di lucro, per lo svolgimento di attività di cura e riabilitazione di persone con dipendenze patologiche in regime semiresidenziale per un n. di posti convenzionati pari a 20 unità;

PREMESSO

- che con Accordo Quadro — tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la cura dipendenze patologiche (ACUDIPA) e l'ASUR Marche — recepito con DGRM n. 1221 del 30/12/2015, è stata definita la spesa pluriennale Regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2015-2017;
 - che la sopra indicata sede operativa svolge la propria attività perseguendo, senza fini di lucro, il recupero della salute fisica o psichica dei soggetti con dipendenze patologiche, con modalità di intervento conformi alle norme di legge, regolamentari e di indirizzo sia statali che regionali, con esclusione dei programmi farmacologici;
 - che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa in forma semiresidenziale presso la struttura C.^{da} Mornano (struttura in disponibilità dell'ASUR);
 - che la sede operativa possiede i requisiti professionali e prescritti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
 - che la disciplina di cui al presente accordo si attua nel rispetto della normativa regionale;
- tutto ciò premesso;

si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 - Ammissione

L'ammissione al trattamento nella sede operativa, nel rispetto delle regole proprie dell'ente accreditato, avviene sulla base della richiesta della AUSL/ASUR Marche Area Vasta di residenza del soggetto, in attuazione del Programma Terapeutico Individuale (PTI).

Per esigenze terapeutico-riabilitative il soggetto può essere trasferito presso altra sede operativa della stessa associazione o cooperativa, purché anch'essa convenzionata, prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Il trasferimento deve essere concordato con il SERT/STDP di residenza, qualora non sia già stato previsto nel progetto iniziale.

Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente residente nelle Marche si rivolga direttamente alla sede operativa, questa provvederà ad indirizzare il soggetto stesso al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) di residenza, al fine della necessaria formulazione del programma terapeutico.

In ogni caso, la retta non potrà avere decorrenza anteriore alla data di richiesta di inserimento da parte della AUSL/Area Vasta dell'ASUR Marche il cui Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche ha elaborato il Programma Terapeutico.

L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà parentale.

Articolo 2 – Valutazione del caso e permanenza nella struttura

In adempimento alle indicazioni contenute nella DGR Marche n. 154/2009 (Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR), e nel rispetto della vigente disciplina in materia di privacy (D.lgs 196/2003) ai fini dell'inserimento presso la struttura semiresidenziale di C.da Mornano, 26 – Civitanova Marche Alta per la definizione del Piano Terapeutico Individuale e la valutazione del percorso durante la permanenza ed al momento della sua conclusione sono affidate ad una équipe multi-professionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta n.3, che nomina i rispettivi referenti del caso.

Il momento dell'impostazione del percorso terapeutico individualizzato richiede il concorso delle varie professionalità presenti nel DDP, appartenenti alle strutture pubbliche e del privato sociale. Per ciascun soggetto inserito nella sede operativa questa provvede a predisporre un progetto di riabilitazione e reinserimento finalizzato al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di autonomia psicofisica, in attuazione del PTI.

In tale progetto devono essere identificati gli ambiti di intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possano favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto. Il progetto individuale deve indicare il periodo presuntivo permanenza nella struttura.

Nello svolgimento dei progetti la sede operativa si impegna a rispettare i fondamentali diritti della persona e ad evitare in tutte le fasi del trattamento ogni forma di costrizione, garantendo la volontarietà della permanenza nella struttura.

Articolo 3 – Consenso informato

È dovuta una specifica informativa da parte degli operatori sanitari preposti, da fornire al paziente al fine di renderlo opportunamente edotto e consapevole circa le terapie/procedure terapeutiche di carattere sanitario eventualmente somministrate o da somministrare nell'ambito del programma terapeutico definito.

Detta informativa rientra nelle responsabilità del personale sanitario preposto che avrà cura di sottoporre al paziente e ai genitori, se minore, e/o al tutore-amministratore di sostegno la sottoscrizione di apposito modello di consenso informato allegato al presente atto.

Articolo 4. Verifiche periodiche

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche verifica periodicamente l'andamento del programma terapeutico avvalendosi dell'equipe multi-professionale che ha redatto il PTI e, se del caso, concorda con la sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione.

Qualora l'equipe multi-professionale di residenza non possa seguire l'andamento del trattamento attuato presso una sede operativa sita fuori del proprio ambito territoriale di competenza, la verifica può essere effettuata, su richiesta, dal Servizio Dipendenze Patologiche territorialmente competente.

Articolo 5 - Conclusione del programma

Al fine di evitare ogni possibile forma di cronicizzazione, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza, concordato per ciascun soggetto, i responsabili della sede operativa e quelli del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può essere continuato per un periodo concordato e con l'assenso dell'interessato.

La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto ogni interruzione del progetto di riabilitazione.

Articolo 6 - Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L'ASUR Area Vasta n. 3 dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

Alla sede operativa è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze.

Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'Area Vasta promuovendone la partecipazione del personale pubblico.

Articolo 7 – Prestazioni, budget e posti letto convenzionati

Le prestazioni (giornate di presenza), il budget ed il n° di posti letto da utilizzare sono definiti dall'ASUR annualmente secondo gli indirizzi regionali.

Articolo 8 – Sistema tariffario e standard assistenziali

La retta per l'ammissione dei soggetti alla sede operativa è a carico delle Aree Vaste dell'ASUR o ASL di residenza degli stessi.

Per l'anno 2015_saranno applicate le rette giornaliere, stabilite dalla Regione Marche con DGRM n.1245 del 06/08/2012 in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite a strutture classificate semiresidenziale pari a € 34,84 da intendersi al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta.

Per gli anni 2016-17 nella C.T. di C.da Mornano, 26 – Civitanova Marche Alta, struttura autorizzata all'erogazione del programma terapeutico per la quale è stata classificata:

CDT - Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche

- ∟ CDT1 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico
- ∟ CDT2 Strutture semiresidenziali - Centro Diurno

al fine di ottenere il diritto al pagamento della relativa retta nella Comunità dovranno essere garantiti gli standard previsti dall'accordo quadro 2015-17 — tenendo conto che il personale viene espresso in Unità Equivalente (UE): l'Unità di lavoro (persona) rapportata all'orario di lavoro a tempo pieno; UE 1 = 36 h/sett.; UE 2/3 = 24 h/sett.; UE 1/2 = 18 h/sett.; UE 1/6 = 6 h/sett.; UE 1/9 = 4 h/sett. — di seguito riportati:

CDT Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche

CDT1 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico		
Definizione generale: centro semiresidenziale diurno terapeutico per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per n° posti: massimo 12. In caso di strutture attualmente autorizzate per un numero superiore di posti il personale aumenta in proporzione.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 55,00
Medico Psichiatra	1/6	
Psicologo psicoterapeuta	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 2	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/3	
Totale	Almeno 3 + 1/2	

CDT2 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico		
Definizione generale: centro semiresidenziale diurno per supporto logistico, sostegno psicosociale e tutela di pazienti inseriti in un programma di cura a bassa intensità, o nella fase di completamento di altro programma.		
Standard per n° posti: massimo 12		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 45,50
Medico Psichiatra	0	
Psicologo	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 1	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/6	
Totale	Almeno 3 + 1/2	

La retta giornaliera, da intendersi al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta, viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

In assenza di ulteriori determinazioni da parte della Regione Marche, e fatto salvo l'adeguamento ad ogni successiva direttiva e/o disposizione regionale in materia, verrà applicata la retta già definita con DGRM n. 1221 del 30/12/2015.

L'atto relativo alla programmazione degli inserimenti nelle strutture accreditate deve essere assestato dall'Area Vasta su indicazione degli STDP al termine del primo semestre dell'annualità corrente.

La retta giornaliera viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

I pagamenti sono effettuati non oltre novanta giorni dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa, come previsto nell'Accordo tra la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), firmato il 29/10/2009. Nessuna anticipazione o contributo finanziario può essere richiesto dalla sede operativa ai soggetti assistiti o alle loro famiglie per le attività disciplinate dalla presente convenzione.

Articolo 9 - Trasmissione di dati informativi

La sede operativa si impegna a trasmettere al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche territorialmente competente una relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti, ed al Servizio Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto, qualora non coincidenti, i dati relativi al programma riabilitativo e le notizie di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448.

Inoltre il committente si impegna a produrre un report trimestrale di avanzamento che metta in evidenza gli inserimenti degli utenti residenti nella Regione Marche, al fine di fornire alla Regione i dati sulla mobilità. Tale report dovrà essere trasmesso quale flusso informativo con tracciato record predefinito denominato "fileR" già in uso in questa Regione.

Il committente dovrà certificare che il personale impegnato nel servizio, in forza della presente convenzione, è stato formato mediante corsi di formazione e di aggiornamento specifici sul DLgs 196/03 – Codice Privacy.

Lo stesso personale sarà tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso DLgs 196/03 e del regolamento Aziendale sulla Privacy.

Articolo 10 – Tutela della Privacy

La Struttura è tenuta ad operare nel rispetto della normativa sulla privacy e, in particolare, ad adempiere agli obblighi imposti dal decreto legislativo n. 196/03. Preventivamente alla stipula del presente atto, la Struttura provvede a comunicare formalmente il nominativo del soggetto da nominare, a cura dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali comunicati e condivisi ai sensi del sopra citato decreto per le finalità espresse negli artt. 1), 2), 4), 5) del presente accordo.

All'atto della nomina saranno declinate le responsabilità e gli adempimenti posti a carico del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sopra richiamata.

Articolo 11 - Inadempienze

Eventuali inadempienze alla presente convenzione da parte della sede operativa, devono essere contestate per iscritto dal Direttore dell'Area Vasta n° 3, con fissazione di un termine per la relativa regolarizzazione.

Qualora le inadempienze riguardino la comunicazione di interruzione o di variazione del progetto riabilitativo, nonché spostamenti da una sede operativa ad un'altra non preventivamente concordati, ovvero non previsti nell'iniziale progetto, l'Area Vasta/ASL di residenza del soggetto non corrisponde la retta per il periodo contestato e segnala l'inadempienza all'Area Vasta ASUR nel cui territorio è situata la sede operativa. Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente convenzione a seguito di reiterate inadempienze agli obblighi assunti con la medesima, compresa l'omessa trasmissione dei dati e la sovrapposizione di finanziamenti per gli stessi interventi, o per gravi inosservanze della vigente normativa.

Articolo 12 - Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità triennale dal 1/1/2015 al 31/12/2017, salvo quanto previsto dall'art. 11 e dall'art.13.

Articolo 13 - Recesso

Il recesso è possibile da entrambe le parti; va comunicato dalla parte che intende avvalersene con un preavviso di 60 giorni, con lettera Raccomandata A.R.

Articolo 14- Controversie

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione della presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrale di tre membro nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente del Tribunale.

Articolo 15 – Effetti della convenzione

La presente convenzione ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del servizio sanitario nazionale, come previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i.. La convenzione viene comunicata, entro quindici giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in _____ il _____

per la Cooperativa Sociale
P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS
IL PRESIDENTE
Dott.^{ssa} Nicoletta CAPRIOTTI

per l'A.S.U.R. MARCHE
Area Vasta n. 3
IL DIRETTORE
Dott. Alessandro MACCIONI

ALLEGATI ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

SCHEDA A

SCHEMA DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PRESSO LA STRUTTURA

REGIONE di residenza del soggetto

ASUR Marche Area Vasta/ASL di residenza del soggetto

All'ente ausiliario accreditato via

e, per conoscenza:

All'ASUR Marche Area Vasta/ASL di competenza territoriale

Ai sensi della convenzione vigente (determina del n in data), si
prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig.....
residente in via
.....

Rimane inteso che questa ASUR/Azienda Sanitaria Locale corrisponderà a codesto ente la retta giornaliera nella misura stabilita da detta convenzione per un periodo presunto di mesi ____ a partire dal ____ secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato con il competente Servizio dipendenze.

Copia della presente lettera, debitamente sottoscritta per accettazione dal responsabile di codesto ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data dell'accoglienza, alla scrivente Azienda Sanitaria e per conoscenza all'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Il rappresentante dell'ASUR Marche Area Vasta/ASL n° data

(nome e cognome).....

Per accettazione

Il responsabile dell'ente ausiliario accreditato convenzionato data

(nome e cognome)

SCHEDA B

SCHEMA DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

DIRETTORE/RESPONSABILE: _____

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al
trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal dr./dr.^{ssa} _____, in
qualità di _____, dei seguenti aspetti relativi al trattamento
sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- scopo del trattamento;
- rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza;
- il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento proposto
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un operatore sanitario di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;
- in caso di donna in età fertile (dal menarca fino a 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza. (sì no non so).

(segue SCHEDA B)

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy;
- dispone che, in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

Luogo _____ e data ____/____/____

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
IN CASO DI MINOR E	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____
(Parte riservata all'operatore sanitario) Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso. IL Dr. _____ (firma) _____ DATA ____/____/____ L'operatore sanitario che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.			

Ritiro il consenso data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel
Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

DICHIARO

1) di essere genitore del minore _____

2) che l'altro genitore (cognome e nome) _____

non sottoscrive il modulo iscritto sul "fronte" del presente foglio in quanto:

da me informato della necessità del trattamento è consenziente ad esso trattamento;

che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;

che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;

altro (es.: morte, interdizione, ecc.) _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

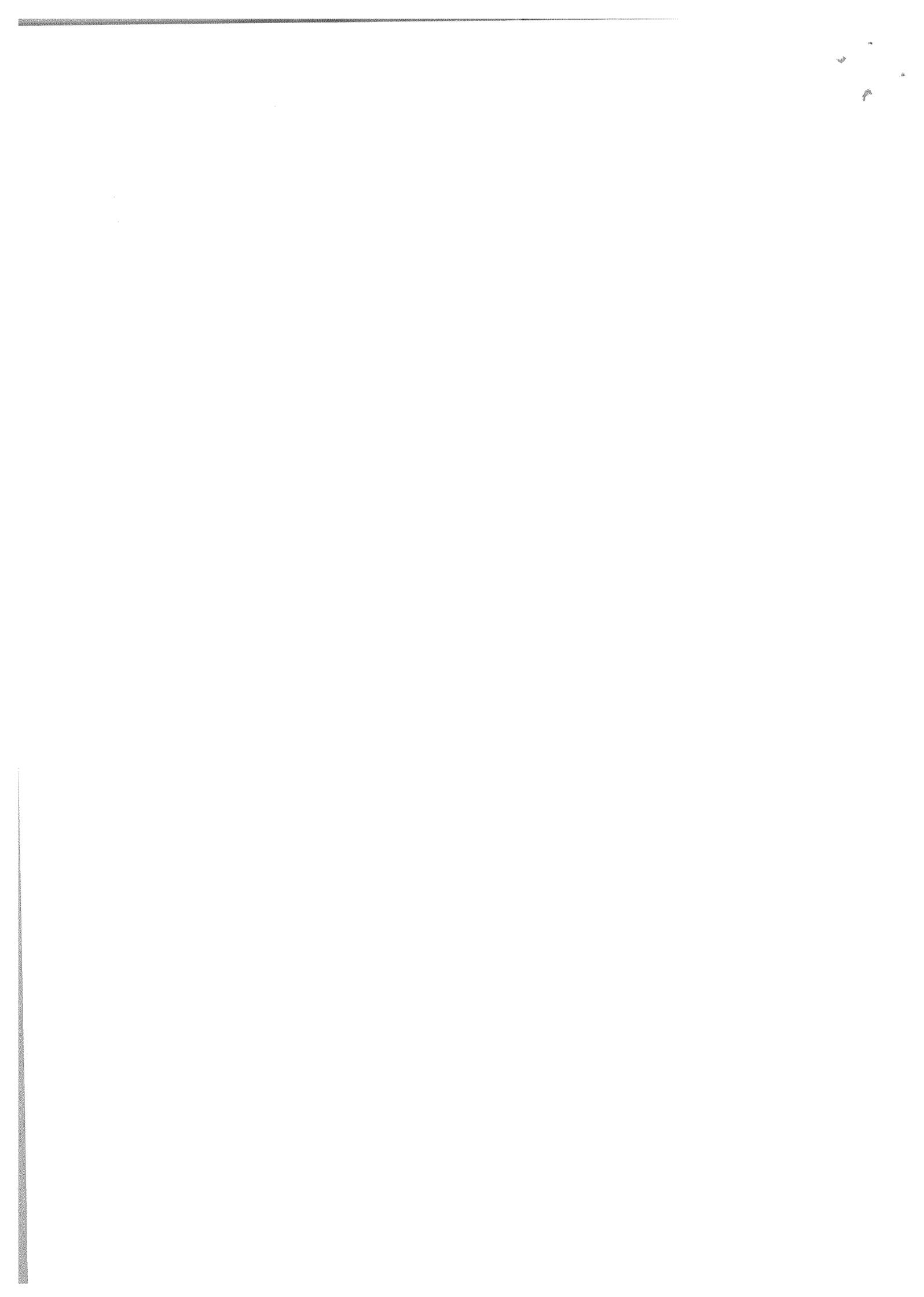
(luogo e data)

Il/La dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 D.L.gs. 30 giugno 2003, n° 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tal scopo da _____, titolare del trattamento.



ACCORDO CONTRATTUALE

ALLEGATO 4 ALLA
DETERMINA N. 470/16
DEL 26 LUG. 2016

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Caduti del Lavoro n. 40, P.I. 02175860424, rappresentata dal Dott. Alessandro MACCIONI Direttore della Area Vasta n. 3, giusta delega rilasciata dal Direttore Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro MARINI con Determina n. 278/ASURDG del 21/4/16.

E

La Cooperativa Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS (d'ora in poi e per brevità PARS) nella persona del suo legale rappresentante Dott.^{ssa} Nicoletta CAPRIOTTI, nata a Offida (AP) il 09/11/1964, residente a Corridonia, contrada Cigliano, 15, Codice Fiscale CPRNLT64S49G005K che interviene nel presente atto per conto della Comunità Terapeutica "S. Regina" sita in Contrada Cigliano 15, Corridonia (MC), ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n. 3, autorizzata all'erogazione di prestazioni di riabilitazione terapeutica per tossicodipendenti con Provvedimento Amministrativo Protocollo N. 21866 del 19.07.2010 del Comune di Corridonia ed Accreditata con Decreto N. 297/AIR.04 del 30.11.2010 del Dirigente del Servizio Salute della Regione Marche, per un n. di posti totali pari a n. **10 unità in regime residenziale** e **n. 10 unità in regime semiresidenziale**; inoltre per i n. 10 posti residenziali, come sancito con l'Accordo di cui alla DGRM n. 1221 del 30/12/2015, in riferimento specifico alle strutture residenziali terapeutiche specializzate per tossicodipendenti con doppia diagnosi, in attesa dell'attuazione di quanto disposto dalla L.R. 33/2014 (Assestamento del bilancio 2014), art. 29, comma 2, che richiede la modifica dei relativi Manuali di autorizzazione e di accreditamento, preso atto della positiva sperimentazione, la Regione Marche ha individuato la struttura terapeutica specializzata PARS "S. Regina" (Contrada Cigliano 15, Corridonia MC) che si intende provvisoriamente accreditata

PREMESSO

- che con Accordo Quadro — tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la cura dipendenze patologiche (ACUDIPA) e l'ASUR Marche — recepito con DGRM n. 1221 del 30/12/2015, è stata definita la spesa pluriennale Regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2015-2017;
- che la sopra indicata sede operativa svolge la propria attività perseguendo, senza fini di lucro, il recupero della salute fisica o psichica dei soggetti con dipendenze patologiche, con modalità di intervento conformi alle norme di legge, regolamentari e di indirizzo sia statali che regionali, con esclusione dei programmi farmacologici;
- che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa in forma residenziale o in forma semiresidenziale;
- che la sede operativa possiede i requisiti professionali e prescritti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- che la disciplina di cui al presente accordo si attua nel rispetto della normativa regionale;

tutto ciò premesso;

si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 - Ammissione

L'ammissione al trattamento nella sede operativa, nel rispetto delle regole proprie dell'ente accreditato, avviene sulla base della richiesta della AUSL/ASUR Marche Area Vasta di residenza del soggetto, in attuazione del Programma Terapeutico Individuale (PTI).

Per esigenze terapeutico-riabilitative il soggetto può essere trasferito presso altra sede operativa della stessa associazione o cooperativa, purché anch'essa convenzionata, prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Il trasferimento deve essere concordato con il SERT/STDP di residenza, qualora non sia già stato previsto nel progetto iniziale.

Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente residente nelle Marche si rivolga direttamente alla sede operativa, questa provvederà ad indirizzare il soggetto stesso al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) di residenza, al fine della necessaria formulazione del programma terapeutico.

In ogni caso, la retta non potrà avere decorrenza anteriore alla data di richiesta di inserimento da parte della AUSL/Area Vasta dell'ASUR Marche il cui Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche ha elaborato il Programma Terapeutico.

L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà parentale.

Articolo 2 – Valutazione del caso e permanenza nella struttura

In adempimento alle indicazioni contenute nella DGR Marche n. 154/2009 (Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR), e nel rispetto della vigente disciplina in materia di privacy (D.lgs 196/2003) ai fini dell'inserimento presso la struttura residenziale e semiresidenziale "S. Regina" sita in Contrada Cigliano 15, Corridonia (MC), per la definizione del Piano Terapeutico Individuale e la valutazione del percorso durante la permanenza ed al momento della sua conclusione sono affidate ad una équipe multi-professionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta n.3, che nomina i rispettivi referenti del caso.

Il momento dell'impostazione del percorso terapeutico individualizzato richiede il concorso delle varie professionalità presenti nel DDP, appartenenti alle strutture pubbliche e del privato sociale. Per ciascun soggetto inserito nella sede operativa questa provvede a predisporre un progetto di riabilitazione e reinserimento finalizzato al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di autonomia psicofisica, in attuazione del PTI.

In tale progetto devono essere identificati gli ambiti di intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possano favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto. Il progetto individuale deve indicare il periodo presuntivo permanenza nella struttura.

Nello svolgimento dei progetti la sede operativa si impegna a rispettare i fondamentali diritti della persona e ad evitare in tutte le fasi del trattamento ogni forma di costrizione, garantendo la volontarietà della permanenza nella struttura.

Articolo 3 – Consenso informato

È dovuta una specifica informativa da parte degli operatori sanitari preposti, da fornire al paziente al fine di renderlo opportunamente edotto e consapevole circa le terapie/procedure terapeutiche di carattere sanitario eventualmente somministrate o da somministrare nell'ambito del programma terapeutico definito.

Detta informativa rientra nelle responsabilità del personale sanitario preposto che avrà cura di sottoporre al paziente e ai genitori, se minore, e/o al tutore-amministratore di sostegno la sottoscrizione di apposito modello di consenso informato allegato al presente atto.

Articolo 4. Verifiche periodiche

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche verifica periodicamente l'andamento del programma terapeutico avvalendosi dell'equipe multi-professionale che ha redatto il PTI e, se del caso, concorda con la sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione.

Qualora l'equipe multi-professionale di residenza non possa seguire l'andamento del trattamento attuato presso una sede operativa sita fuori del proprio ambito territoriale di competenza, la verifica può essere effettuata, su richiesta, dal Servizio Dipendenze Patologiche territorialmente competente.

Articolo 5 - Conclusione del programma

Al fine di evitare ogni possibile forma di cronicizzazione, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza, concordato per ciascun soggetto, i responsabili della sede operativa e quelli del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può essere continuato per un periodo concordato e con l'assenso dell'interessato.

La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto ogni interruzione del progetto di riabilitazione.

Articolo 6 - Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L'ASUR Area Vasta n. 3 dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

Alla sede operativa è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze.

Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'Area Vasta promuovendone la partecipazione del personale pubblico.

Articolo 7 – Prestazioni, budget e posti letto convenzionati

Le prestazioni (giornate di presenza), il budget ed il n° di posti letto da utilizzare sono definiti dall'ASUR annualmente secondo gli indirizzi regionali.

Articolo 8 – Sistema tariffario e standard assistenziali

La retta per l'ammissione dei soggetti alla sede operativa è a carico delle Aree Vaste dell'ASUR o ASL di residenza degli stessi.

Per l'anno 2015 saranno applicate le rette giornaliere — stabilite dalla Regione Marche con DGRM n.1245 del 06/08/2012 in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico — riferite a strutture classificate **semiresidenziale** pari a € 34,84, **terapeutico riabilitativo** pari a € 85,45 e **residenziale per soggetti con doppia diagnosi** pari a € 96,45 le rette sono da intendersi al netto dell'IVA, se ed in quanto dovuta.

Per gli anni 2016-17 nella Comunità Terapeutica "S. Regina" sita in Contrada Cigliano 15, Corridonia (MC), struttura autorizzata all'erogazione del programma terapeutico per la quale è stata classificata:

1. CDT - Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche

- ∠ CDT1 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico
- ∠ CDT2 Strutture semiresidenziali - Centro Diurno

CDT1 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico		
Definizione generale: centro semiresidenziale diurno terapeutico per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per n° posti: massimo 12. In caso di strutture attualmente autorizzate per un numero superiore di posti il personale aumenta in proporzione.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 55,00
Medico Psichiatra	1/6	
Psicologo psicoterapeuta	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 2	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/3	
Totale	Almeno 3 + 1/2	

CDT2 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico		
Definizione generale: centro semiresidenziale diurno per supporto logistico, sostegno psicosociale e tutela di pazienti inseriti in un programma di cura a bassa intensità, o nella fase di completamento di altro programma.		
Standard per n° posti: massimo 12		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 45,50
Medico Psichiatra	0	
Psicologo	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 1	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/6	
Totale	Almeno 3 + 1/2	

2. STD2 Strutture residenziali terapeutiche riabilitative per tossicodipendenti

STD2 Comunità residenziale terapeutica (max 24 mesi)		
Definizione generale: comunità residenziale terapeutica per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore o superiore a 20 posti è applicabile una riduzione/aumento proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	1	€ 85,45
Medico Psichiatra: qualora la struttura tratti pazienti complessi (dipendenti da alcol e da cocaina anche inviati in compartecipazione dal dsm), max 20% dei posti, o svolga funzioni di COD/centro crisi.	1/18	
Psicologo psicoterapeuta	1/3	
Educatore/Infermiere	Almeno 2 + 1 ogni 8 pazienti	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 2/3	
Totale	6 + 1/18	

3. STD1A Comunità residenziale per soggetti con comorbilità psichiatrica

STD1A Comunità residenziale per soggetti con comorbilità psichiatrica		
Definizione generale: comunità residenziale ad alta specializzazione per l'osservazione, la diagnosi ed il trattamento di soggetti tossicodipendenti con comorbilità psichiatrica.		
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore a 20 posti è applicabile una riduzione proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo o psicoterapeuta	1	€ 112,06
Medico Psichiatra	1/2	
Psicologo psicoterapeuta	0	
Educatore/Infermiere/psicologo	2 + 1 ogni 5 pazienti	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze (maestro d'opera)	1/3	
Note: nel caso in cui il responsabile sia psicologo deve essere garantita almeno UE=1/3 di attività psicoterapeutica		
Totale	7+2/3	

Al fine di ottenere il diritto al pagamento della relativa retta nella Comunità dovranno essere garantiti gli standard previsti dall'accordo quadro 2015-17 — tenendo conto che il personale viene espresso in Unità Equivalente (UE): l'Unità di lavoro (persona) rapportata all'orario di lavoro a tempo pieno; UE 1 = 36 h/sett.; UE 2/3 = 24 h/sett.; UE 1/2 = 18 h/sett.; UE 1/6 = 6 h/sett.; UE 1/9 = 4 h/sett. — sopra riportati.

Le retta giornaliera, da intendersi al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta, viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

In assenza di ulteriori determinazioni da parte della Regione Marche, e fatto salvo l'adeguamento ad ogni successiva direttiva e/o disposizione regionale in materia, verrà applicata la retta già definita con DGRM n.1221/15.

Per i pazienti inseriti in STD1A Comunità residenziale per soggetti con comorbidità psichiatrica, è possibile corrispondere le rette specifiche come sopra quantificate, nel caso di coesistenza dei seguenti requisiti:

- che l'invio presso la struttura operativa avvenga in modo congiunto e cioè con parere favorevole del Ser.T/STDP e del Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale per i casi psichiatrici, del Ser.T/STDP e delle strutture di riferimento individuate per i soggetti con AIDS conclamato;
- che il parere favorevole congiunto si basi sulla valutazione della compatibilità tra diagnosi del singolo paziente e adeguatezza e competenza della struttura ospitante, in modo che venga assicurata una corretta e pertinente gestione del caso.

Come sancito con l'Accordo di cui alla DGR 1221/2015, in riferimento specifico alle strutture residenziali terapeutiche specializzate per tossicodipendenti con doppia diagnosi, in attesa dell'attuazione di quanto disposto dalla L.R. 33/2014 (Assestamento del bilancio 2014), art. 29, comma 2, che richiede la modifica dei relativi Manuali di autorizzazione e di accreditamento, preso atto della positiva sperimentazione, la Regione Marche individua le seguenti strutture terapeutiche specializzate, che si intendono provvisoriamente accreditate:

1. "Casa Aquilone" (c. da Valle Orta 121 Appignano del Tronto AP)
2. PARS "S. Regina" (Contrada Cigliano 15, Corridonia MC).

L'atto relativo alla programmazione degli inserimenti nelle strutture accreditate deve essere assestato dall'Area Vasta su indicazione degli STDP al termine del primo semestre dell'annualità corrente.

La retta giornaliera viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

Per periodi di assenza del soggetto dalla sede operativa residenziale, immediatamente notificati al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, viene riconosciuta, a domanda, fino ad un massimo di 40 giorni nell'anno solare per ciascun paziente, una quota della retta giornaliera pari al 20%.

I pagamenti sono effettuati non oltre novanta giorni dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa, come previsto nell'Accordo tra la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), firmato il 29/10/2009. Nessuna anticipazione o contributo finanziario può essere richiesto dalla sede operativa ai soggetti assistiti o alle loro famiglie per le attività disciplinate dalla presente convenzione.

Articolo 9 - Trasmissione di dati informativi

La sede operativa si impegna a trasmettere al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche territorialmente competente una relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti, ed al Servizio Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto, qualora non coincidenti, i dati relativi al programma riabilitativo e le notizie di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448.

Inoltre il committente si impegna a produrre un report trimestrale di avanzamento che metta in evidenza gli inserimenti degli utenti residenti nella Regione Marche, al fine di fornire alla Regione i dati sulla mobilità. Tale report dovrà essere trasmesso quale flusso informativo con tracciato record predefinito denominato "fileR" già in uso in questa Regione.

Il committente dovrà certificare che il personale impegnato nel servizio, in forza della presente convenzione, è stato formato mediante corsi di formazione e di aggiornamento specifici sul DLgs 196/03 – Codice Privacy.

Lo stesso personale sarà tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso DLgs 196/03 e del regolamento Aziendale sulla Privacy.

Articolo 10 – Tutela della Privacy

La Struttura è tenuta ad operare nel rispetto della normativa sulla privacy e, in particolare, ad adempiere agli obblighi imposti dal decreto legislativo n. 196/03. Preventivamente alla stipula del presente atto, la Struttura provvede a comunicare formalmente il nominativo del soggetto da nominare, a cura dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali comunicati e condivisi ai sensi del sopra citato decreto per le finalità espresse negli artt. 1), 2), 4), 5) del presente accordo.

All'atto della nomina saranno declinate le responsabilità e gli adempimenti posti a carico del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sopra richiamata.

Articolo 11 - Inadempienze

Eventuali inadempienze alla presente convenzione da parte della sede operativa, devono essere contestate per iscritto dal Direttore dell'Area Vasta n° 3, con fissazione di un termine per la relativa regolarizzazione.

Qualora le inadempienze riguardino la comunicazione di interruzione o di variazione del progetto riabilitativo, nonché spostamenti da una sede operativa ad un'altra non preventivamente concordati, ovvero non previsti nell'iniziale progetto, l'Area Vasta/ASL di residenza del soggetto non corrisponde la retta per il periodo contestato e segnala l'inadempienza all'Area Vasta ASUR nel cui territorio è situata la sede operativa. Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente convenzione a seguito di reiterate inadempienze agli obblighi assunti con la medesima, compresa l'omessa trasmissione dei dati e la sovrapposizione di finanziamenti per gli stessi interventi, o per gravi inosservanze della vigente normativa.

Articolo 12 - Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità triennale dal 1/1/2015 al 31/12/2015, salvo quanto previsto dall'art. 11 e dall'art.13.

Articolo 13 - Recesso

Il recesso è possibile da entrambe le parti; va comunicato dalla parte che intende avvalersene con un preavviso di 60 giorni, con lettera Raccomandata A.R.

Articolo 14- Controversie

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione della presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrale di tre membro nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente del Tribunale.

Articolo 15 – Effetti della convenzione

La presente convenzione ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del servizio sanitario nazionale, come previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i.. La convenzione viene comunicata, entro quindici giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in _____ il _____

per la Cooperativa Sociale
P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS
IL PRESIDENTE
Dott. Alessandro MACCIONI

per l'A.S.U.R. MARCHE
Area Vasta n. 3
IL DIRETTORE
Dott.^{ssa} Nicoletta CAPRIOTTI

ALLEGATI ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

SCHEDA A

SCHEMA DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PRESSO LA STRUTTURA

REGIONE di residenza del soggetto

ASUR Marche Area Vasta/ASL di residenza del soggetto

All'ente ausiliario accreditato via

e, per conoscenza:

All'ASUR Marche Area Vasta/ASL di competenza territoriale

Ai sensi della convenzione vigente (determina del n° in data), si
prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig.
residente in via
.....

Rimane inteso che questa ASUR/Azienda Sanitaria Locale corrisponderà a codesto ente la retta giornaliera nella misura stabilita da detta convenzione per un periodo presunto di mesi ____ a partire dal ____ secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato con il competente Servizio dipendenze.

Copia della presente lettera, debitamente sottoscritta per accettazione dal responsabile di codesto ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data dell'accoglienza, alla scrivente Azienda Sanitaria e per conoscenza all'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Il rappresentante dell'ASUR Marche Area Vasta/ASL n° data
(nome e cognome).....

Per accettazione

Il responsabile dell'ente ausiliario accreditato convenzionato data
(nome e cognome)

SCHEDA B

SCHEMA DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

DIRETTORE/RESPONSABILE: _____

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al
trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal dr./dr.^{ssa} _____, in
qualità di _____, dei seguenti aspetti relativi al trattamento
sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- scopo del trattamento;
- rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza;
- il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento proposto
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un operatore sanitario di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;
- in caso di donna in età fertile (dal menarca fino a 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza. (sì no non so .

(segue SCHEDA B)

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy;
- dispone che, in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

Luogo _____ e data ____/____/____

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
IN CASO DI MINOR E	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____

(Parte riservata all'operatore sanitario)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL Dr. _____ (firma) _____ DATA ____/____/____

L'operatore sanitario che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.

Ritiro il consenso data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel
Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minorenni compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

DICHIARO

1) di essere genitore del minore _____

2) che l'altro genitore (cognome e nome) _____

non sottoscrive il modulo iscritto sul "fronte" del presente foglio in quanto:

da me informato della necessità del trattamento è consenziente ad esso trattamento;

che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;

che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;

altro (es.: morte, interdizione, ecc.) _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

(luogo e data)

Il/La dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 D.L.gs. 30 giugno 2003, n° 196)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tal scopo da _____, titolare del trattamento.

ACCORDO CONTRATTUALE

ALLEGATO 5 ALLA
DETERMINA N. 470/16
DEL 26 LUG. 2016

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Caduti del Lavoro n. 40, P.I. 02175860424, rappresentata dal Dott. Alessandro MACCIONI Direttore della Area Vasta n. 3, giusta delega rilasciata dal Direttore Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro MARINI con Determina n. 278/ASURDG del 21/4/16.

E

La Cooperativa Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS (d'ora in poi e per brevità PARS) nella persona del suo legale rappresentante Dott.^{ssa} Nicoletta CAPRIOTTI, nata a Offida (AP) il 09/11/1964, residente a Corridonia, contrada Cigliano, 15, Codice Fiscale CPRNLT64S49G005K che interviene nel presente atto per conto della Comunità Terapeutica "Don Vincenzo Cappella" sita in Contrada Gabbi, Corridonia (MC), ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n. 3, autorizzata all'erogazione di prestazioni di riabilitazione terapeutica per tossicodipendenti con Provvedimento Amministrativo Protocollo N. 21866 del 19.07.2010 del Comune di Corridonia ed Accreditata con Decreto N. 297/AIR.04 del 30.11.2010 del Dirigente del Servizio Salute della Regione Marche, per un n. di posti totali pari a n. 18 unità in regime residenziale o semiresidenziale;

PREMESSO

- che con Accordo Quadro — tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari accreditati (CREA) delle Marche, l'Associazione italiana per la cura dipendenze patologiche (ACUDIPA) e l'ASUR Marche — recepito con DGRM n. 1221 del 30/12/2015, è stata definita la spesa pluriennale Regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2015-2017;
 - che la sopra indicata sede operativa svolge la propria attività perseguendo, senza fini di lucro, il recupero della salute fisica o psichica dei soggetti con dipendenze patologiche, con modalità di intervento conformi alle norme di legge, regolamentari e di indirizzo sia statali che regionali, con esclusione dei programmi farmacologici;
 - che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa in forma residenziale o in forma semiresidenziale;
 - che la sede operativa possiede i requisiti professionali e prescritti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
 - che la disciplina di cui al presente accordo si attua nel rispetto della normativa regionale;
- tutto ciò premesso;

si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 - Ammissione

L'ammissione al trattamento nella sede operativa, nel rispetto delle regole proprie dell'ente accreditato, avviene sulla base della richiesta della AUSL/ASUR Marche Area Vasta di residenza del soggetto, in attuazione del Programma Terapeutico Individuale (PTI).

Per esigenze terapeutico-riabilitative il soggetto può essere trasferito presso altra sede operativa della stessa associazione o cooperativa, purché anch'essa convenzionata, prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Il trasferimento deve essere concordato con il SERT/STDP di residenza, qualora non sia già stato previsto nel progetto iniziale.

Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente residente nelle Marche si rivolga direttamente alla sede operativa, questa provvederà ad indirizzare il soggetto stesso al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) di residenza, al fine della necessaria formulazione del programma terapeutico.

In ogni caso, la retta non potrà avere decorrenza anteriore alla data di richiesta di inserimento da parte della AUSL/Area Vasta dell'ASUR Marche il cui Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche ha elaborato il Programma Terapeutico.

L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà parentale.

Articolo 2 – Valutazione del caso e permanenza nella struttura

In adempimento alle indicazioni contenute nella DGR Marche n. 154/2009 (Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR), e nel rispetto della vigente disciplina in materia di privacy (D.lgs 196/2003) ai fini dell'inserimento presso la struttura residenziale e semiresidenziale "Don Vincenzo Cappella" sita in Contrada Gabbi, Corridonia (MC), per la definizione del Piano Terapeutico Individuale e la valutazione del percorso durante la permanenza ed al momento della sua conclusione sono affidate ad una équipe multi-professionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta n.3, che nomina i rispettivi referenti del caso.

Il momento dell'impostazione del percorso terapeutico individualizzato richiede il concorso delle varie professionalità presenti nel DDP, appartenenti alle strutture pubbliche e del privato sociale. Per ciascun soggetto inserito nella sede operativa questa provvede a predisporre un progetto di riabilitazione e reinserimento finalizzato al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di autonomia psicofisica, in attuazione del PTI.

In tale progetto devono essere identificati gli ambiti di intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possano favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto. Il progetto individuale deve indicare il periodo presuntivo permanenza nella struttura.

Nello svolgimento dei progetti la sede operativa si impegna a rispettare i fondamentali diritti della persona e ad evitare in tutte le fasi del trattamento ogni forma di costrizione, garantendo la volontarietà della permanenza nella struttura.

Articolo 3 – Consenso informato

È dovuta una specifica informativa da parte degli operatori sanitari preposti, da fornire al paziente al fine di renderlo opportunamente edotto e consapevole circa le terapie/procedure terapeutiche di carattere sanitario eventualmente somministrate o da somministrare nell'ambito del programma terapeutico definito. Detta informativa rientra nelle responsabilità del personale sanitario preposto

che avrà cura di sottoporre al paziente e ai genitori, se minore, e/o al tutore-amministratore di sostegno la sottoscrizione di apposito modello di consenso informato allegato al presente atto.

Articolo 4. Verifiche periodiche

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche verifica periodicamente l'andamento del programma terapeutico avvalendosi dell'equipe multi-professionale che ha redatto il PTI e, se del caso, concorda con la sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione.

Qualora l'equipe multi-professionale di residenza non possa seguire l'andamento del trattamento attuato presso una sede operativa sita fuori del proprio ambito territoriale di competenza, la verifica può essere effettuata, su richiesta, dal Servizio Dipendenze Patologiche territorialmente competente.

Articolo 5 - Conclusione del programma

Al fine di evitare ogni possibile forma di cronicizzazione, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza, concordato per ciascun soggetto, i responsabili della sede operativa e quelli del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può essere continuato per un periodo concordato e con l'assenso dell'interessato.

La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto ogni interruzione del progetto di riabilitazione.

Articolo 6 - Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L'ASUR Area Vasta n. 3 dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

Alla sede operativa è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze.

Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'Area Vasta promuovendone la partecipazione del personale pubblico.

Articolo 7 – Prestazioni, budget e posti letto convenzionati

Le prestazioni (giornate di presenza), il budget ed il n° di posti letto da utilizzare sono definiti dall'ASUR annualmente secondo gli indirizzi regionali.

Articolo 8 – Sistema tariffario e standard assistenziali

La retta per l'ammissione dei soggetti alla sede operativa è a carico delle Aree Vaste dell'ASUR o ASL di residenza degli stessi.

Per l'anno 2015 saranno applicate le rette giornaliere — stabilite dalla Regione Marche con DGRM n.1245 del 06/08/2012 in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico — riferite a strutture classificate semiresidenziale pari a € 34,84 e terapeutico riabilitative pari a € 85,45 le rette sono da intendersi al netto dell'IVA, se ed in quanto dovuta.

Per gli anni 2016-17 nella Comunità Terapeutica "Don Vincenzo Cappella" sita in Contrada Gabbi, Corridonia (MC), struttura autorizzata all'erogazione del programma terapeutico per la quale è stata classificata:

1. CDT - Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche

- ∟ CDT1 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico
- ∟ CDT2 Strutture semiresidenziali - Centro Diurno

CDT1 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico		
Definizione generale: centro semiresidenziale diurno terapeutico per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per n° posti: massimo 12. In caso di strutture attualmente autorizzate per un numero superiore di posti il personale aumenta in proporzione.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 55,00
Medico Psichiatra	1/6	
Psicologo psicoterapeuta	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 2	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/3	
Totale	Almeno 3 + 1/2	

CDT2 Strutture semiresidenziali terapeutiche - Centro Diurno Terapeutico		
Definizione generale: centro semiresidenziale diurno per supporto logistico, sostegno psicosociale e tutela di pazienti inseriti in un programma di cura a bassa intensità, o nella fase di completamento di altro programma.		
Standard per n° posti: massimo 12		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 45,50
Medico Psichiatra	0	
Psicologo	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 1	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/6	
Totale	Almeno 3 + 1/2	

2. STD2 Strutture residenziali terapeutiche riabilitative per tossicodipendenti

STD2 Comunità residenziale terapeutica (max 24 mesi)		
Definizione generale: comunità residenziale terapeutica per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto personalizzato ed il conseguente trattamento, cura e riabilitazione, compresa la prevenzione della recidiva.		
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore o superiore a 20 posti è applicabile una riduzione/aumento proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.		
	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	1	€ 85,45
Medico Psichiatra: qualora la struttura tratti pazienti complessi (dipendenti da alcol e da cocaina anche inviati in compartecipazione dal dsm), max 20% dei posti, o svolga funzioni di COD/centro crisi.	1/18	
Psicologo psicoterapeuta	1/3	
Educatore/Infermiere	Almeno 2 + 1 ogni 8 pazienti	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 2/3	
Totale	6 + 1/18	

Al fine di ottenere il diritto al pagamento della relativa retta nella Comunità dovranno essere garantiti gli standard previsti dall'accordo quadro 2015-17 — tenendo conto che il personale viene espresso in Unità Equivalente (UE): l'Unità di lavoro (persona) rapportata all'orario di lavoro a tempo pieno; UE 1 = 36 h/sett.; UE 2/3 = 24 h/sett.; UE 1/2 = 18 h/sett.; UE 1/6 = 6 h/sett.; UE 1/9 = 4 h/sett. — sopra riportati.

Le retta giornaliera, da intendersi al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta, viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

In assenza di ulteriori determinazioni da parte della Regione Marche, e fatto salvo l'adeguamento ad ogni successiva direttiva e/o disposizione regionale in materia, verrà applicata la retta già definita con DGRM n.1221/15 .

L'atto relativo alla programmazione degli inserimenti nelle strutture accreditate deve essere assestato dall'Area Vasta su indicazione degli STDP al termine del primo semestre dell'annualità corrente.

La retta giornaliera viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

Per periodi di assenza del soggetto dalla sede operativa residenziale, immediatamente notificati al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, viene riconosciuta, a domanda, fino ad un massimo di 40 giorni nell'anno solare per ciascun paziente, una quota della retta giornaliera pari al 20%.

I pagamenti sono effettuati non oltre novanta giorni dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa, come previsto nell'Accordo tra la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), firmato il 29/10/2009. Nessuna anticipazione o contributo finanziario può essere richiesto dalla sede operativa ai soggetti assistiti o alle loro famiglie per le attività disciplinate dalla presente convenzione.

Articolo 9 - Trasmissione di dati informativi

La sede operativa si impegna a trasmettere al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche territorialmente competente una relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti, ed al Servizio Dipendenze Patologiche di residenza del soggetto, qualora non coincidenti, i dati relativi al programma riabilitativo e le notizie di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448.

Inoltre il committente si impegna a produrre un report trimestrale di avanzamento che metta in evidenza gli inserimenti degli utenti residenti nella Regione Marche, al fine di fornire alla Regione i dati sulla mobilità. Tale report dovrà essere trasmesso quale flusso informativo con tracciato record predefinito denominato "fileR" già in uso in questa Regione.

Il committente dovrà certificare che il personale impegnato nel servizio, in forza della presente convenzione, è stato formato mediante corsi di formazione e di aggiornamento specifici sul DLgs 196/03 – Codice Privacy.

Lo stesso personale sarà tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso DLgs 196/03 e del regolamento Aziendale sulla Privacy.

Articolo 10 – Tutela della Privacy

La Struttura è tenuta ad operare nel rispetto della normativa sulla privacy e, in particolare, ad adempiere agli obblighi imposti dal decreto legislativo n. 196/03. Preventivamente alla stipula del presente atto, la Struttura provvede a comunicare formalmente il nominativo del soggetto da nominare, a cura dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali comunicati e condivisi ai sensi del sopra citato decreto per le finalità espresse negli artt. 1), 2), 4), 5) del presente accordo.

All'atto della nomina saranno declinate le responsabilità e gli adempimenti posti a carico del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sopra richiamata.

Articolo 11 - Inadempienze

Eventuali inadempienze alla presente convenzione da parte della sede operativa, devono essere contestate per iscritto dal Direttore dell'Area Vasta n° 3, con fissazione di un termine per la relativa regolarizzazione.

Qualora le inadempienze riguardino la comunicazione di interruzione o di variazione del progetto riabilitativo, nonché spostamenti da una sede operativa ad un'altra non preventivamente concordati, ovvero non previsti nell'iniziale progetto, l'Area Vasta/ASL di residenza del soggetto non corrisponde la retta per il periodo contestato e segnala l'inadempienza all'Area Vasta ASUR nel cui territorio è situata la sede operativa. Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente

convenzione a seguito di reiterate inadempienze agli obblighi assunti con la medesima, compresa l'omessa trasmissione dei dati e la sovrapposizione di finanziamenti per gli stessi interventi, o per gravi inosservanze della vigente normativa.

Articolo 12 - Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità triennale dal 1/1/2015 al 31/12/2015, salvo quanto previsto dall'art. 11 e dall'art.13.

Articolo 13 - Recesso

Il recesso è possibile da entrambe le parti; va comunicato dalla parte che intende avvalersene con un preavviso di 60 giorni, con lettera Raccomandata A.R.

Articolo 14- Controversie

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione della presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrale di tre membro nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente del Tribunale.

Articolo 15 – Effetti della convenzione

La presente convenzione ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del servizio sanitario nazionale, come previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i.. La convenzione viene comunicata, entro quindici giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in _____ il _____

per la Cooperativa Sociale
P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS
IL PRESIDENTE
Dott. Alessandro MACCIONI

per l'A.S.U.R. MARCHE
Area Vasta n. 3
IL DIRETTORE
Dott.^{ssa} Nicoletta CAPRIOTTI

ALLEGATI ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

SCHEDA A

SCHEMA DI RICHIESTA DI PRESA IN CARICO PRESSO LA STRUTTURA

REGIONE di residenza del soggetto

ASUR Marche Area Vasta/ASL di residenza del soggetto

All'ente ausiliario accreditato via

e, per conoscenza:

All'ASUR Marche Area Vasta/ASL di competenza territoriale

Ai sensi della convenzione vigente (determina del n in data), si
prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig.....
residente in via
.....

Rimane inteso che questa ASUR/Azienda Sanitaria Locale corrisponderà a codesto ente la retta giornaliera nella misura stabilita da detta convenzione per un periodo presunto di mesi _____ a partire dal _____ secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato con il competente Servizio dipendenze.

Copia della presente lettera, debitamente sottoscritta per accettazione dal responsabile di codesto ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data dell'accoglienza, alla scrivente Azienda Sanitaria e per conoscenza all'Azienda Sanitaria competente per territorio.

Il rappresentante dell'ASUR Marche Area Vasta/ASL n° data

(nome e cognome).....

Per accettazione

Il responsabile dell'ente ausiliario accreditato convenzionato data

(nome e cognome)

SCHEDA B

SCHEMA DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

DIRETTORE/RESPONSABILE: _____

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi al
trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal dr./dr.^{ssa} _____, in
qualità di _____, dei seguenti aspetti relativi al trattamento
sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- scopo del trattamento;
- rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza;
- il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento.

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto la nota informativa specifica per il trattamento proposto
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un operatore sanitario di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;
- in caso di donna in età fertile (dal menarca fino a 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza. (sì no non so).

(segue SCHEDA B)

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy;
- dispone che, in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

Luogo _____ e data ___/___/___

FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
IN CASO DI MINOR E	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____
(Parte riservata all'operatore sanitario) Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso. IL Dr. _____ (firma) _____ DATA ___/___/___ L'operatore sanitario che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.			

Ritiro il consenso data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ con residenza nel
Comune di _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minorente compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

DICHIARO

- 1) di essere genitore del minore _____
- 2) che l'altro genitore (cognome e nome) _____

non sottoscrive il modulo iscritto sul "fronte" del presente foglio in quanto:

- da me informato della necessità del trattamento è consenziente ad esso trattamento;
- che non è possibile contattarlo nei tempi necessari;
- che non è necessaria la sua sottoscrizione per disposizione del Giudice;
- altro (es.: morte, interdizione, ecc.) _____

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

(luogo e data)

Il/La dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 D.L.gs. 30 giugno 2003, n° 196)

**Accordo contrattuale tra Cooperativa Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" ONLUS - ASUR Marche
per la Comunità Terapeutica "Don Vincenzo Cappella" sita in Contrada Gabbi, Corridonia (MC)**

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tal scopo da _____, titolare del trattamento.