

ACCORDO CONTRATTUALE TRA

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Oberdan n. 2, P.I. 02175860424, rappresentata dalla Dott.ssa Giulietta Capocasa, Direttore della Area Vasta n. 5 di Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tr., giusta delega rilasciata dal Direttore Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro Marini con determina n. 278 del 21/04/2016

E

La Cooperativa "Ama-Aquilone Cooperativa Sociale", con sede legale in Castel di Lama (AP), c.da Collecchio n.19, P.I. 01237130446, nella persona del suo legale rappresentante dott. Francesco Cicchi che interviene nel presente atto per conto delle seguenti sedi operative:

- **Comunità Terapeutica "Casa Ama"** con sede operativa in Castel di Lama (AP) c.da Collecchio n.19, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n.5, ed accreditata con Decreto n. 305/ACR del 18/12/2014, 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 convenzionati pari a n. 30 unità;
- **Comunità Terapeutica "Casa Aquilone"** con sede operativa in Appignano del Tronto (AP) c.da Valle Orta n.121, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n.5, ed accreditata con Decreto n. 306/ACR del 18/12/2014 e provvisoriamente accreditata con D.G.R.M n.1221/2015, senza fine di lucro, per lo svolgimento di attività di cura e riabilitazione di persone con dipendenze patologiche in regime residenziale per soggetti con doppia diagnosi per un n. di posti convenzionati pari a n. 10 unità;
- **Comunità Terapeutica "Casa Augusto Agostini"** con sede operativa in Spinetoli (AP) Strada Vicinale Schiavoni n.11, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n.5, ed accreditata con Decreto n. 258/ACR del 18/11/2014 e provvisoriamente accreditata con D.G.R.M n.1221/2015, senza fine di lucro, per lo svolgimento di attività di cura e riabilitazione di persone con dipendenze patologiche in regime residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza o con figli minorenni per un n. di posti convenzionati pari a n. 13 unità;
- **Centro Crisi per Tossicodipendenti "Casa La Bussola"** con sede operativa in Ascoli Piceno (AP) Località Fosso Riccione n.7, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n.5, ed accreditata con Decreto n. 262/ACR del 24/11/2014, 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 convenzionati pari a n. 12 unità;



- **Centro Diurno "Casa L'Aquilone"** con sede operativa in San Benedetto del Tronto (AP) Via Pasubio n.78, ubicata nel territorio della suddetta Area vasta n.5, ed accreditata con Decreto n. 83/ACR del 24/02/2015, 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 n. 8 unità;
- **Gruppo Appartamento "Il mio nome sul campanello bis"** gestito dalla Cooperativa "Ama-Aquilone Cooperativa Sociale" situato nel Comune di Castel di Lama (AP) in Via Napoli n.3, autorizzato ai sensi della L.R. n.20/2002 dal Comune di Castel di Lama con provvedimento n.6663 del 13/06/2016 quale "Alloggio Sociale per adulti in difficoltà" per un numero di posti convenzionati pari a n.2 unità;
- **Gruppo Appartamento "Il mio nome sul campanello tris"** gestito dalla Cooperativa "Ama-Aquilone Cooperativa Sociale" situato nel Comune di S. Benedetto del Tronto (AP) in Via Terracini n.8, autorizzato ai sensi della L.R. n.20/2002 dal Comune di S. Benedetto del Tronto con provvedimento n.19 del 09/06/2016 quale "Alloggio Sociale per adulti in difficoltà" per un numero di posti convenzionati pari a n.6 unità;
- **Gruppo Appartamento "Il mio nome sul campanello"** gestito dalla Cooperativa "Ama-Aquilone Cooperativa Sociale" situato nel Comune di Colli del Tronto (AP) in Via Giacomo Matteotti n.1, autorizzato ai sensi della L.R. n.20/2002 dal Comune di Colli del Tronto con provvedimento n.1 del 22/06/2016 quale "Alloggio Sociale per adulti in difficoltà" per un numero di posti convenzionati pari a n.3 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 - 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 le sopra indicate sedi operative svolgono 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;

- che l'attività di cui trattasi è svolta dalle sedi operative in forma residenziale o in forma semiresidenziale, a seconda dell'accREDITAMENTO regionale concesso alla sede operativa;
- che la sedi operative possiedono i requisiti professionali 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 potrà 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.

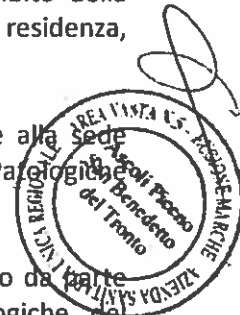
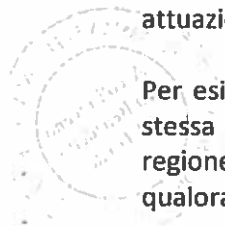
In ogni caso, la retta non potrà avere decorrenza anteriore alla data di richiesta di inserimento da parte della AUSL/Area Vasta dell'ASUR Marche il cui Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche ha elaborato il Programma Terapeutico.

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 minorenni 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 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. 5, 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



*g*

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. 5 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.



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script.

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 numero di posti letto 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 da intendersi IVA 4% esclusa, e sono differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite a strutture classificate come segue:

- terapeutico riabilitative;
- per utenti con doppia diagnosi;
- semiresidenziale

Si riportano di seguito le rette giornaliere:

Tipologia della struttura	Retta anno 2015
Residenziale Terapeutico Riabilitativa	€ 85,45 + IVA 4%
Residenziale per soggetti con doppia diagnosi	€ 96,45 + IVA 4%
Semiresidenziale	€ 34,84 + IVA 4%



Per gli anni 2016-17 saranno applicate le rette giornaliere stabilite dalla Regione Marche con DGR 1221/2015 da intendersi IVA esclusa, e sono differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite a strutture classificate come segue:

- **STD1 - Strutture residenziali terapeutiche specializzate per tossicodipendenti:**
  - STD1A Comunità residenziale per soggetti con comorbidità psichiatrica
  - STD1B Comunità residenziale per madri tossicodipendenti con figli minorenni
- **STD2 - Strutture residenziali terapeutiche riabilitative per tossicodipendenti**
  - STD2 Comunità residenziale terapeutica (max 24 mesi)
- **STD4 - Gruppi appartamento**
- **CDT - Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche**
  - CDT2 - Strutture semiresidenziali - Centro Diurno

Si riportano di seguito le rette giornaliere, 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 = 18h/sett.; UE1/6 = 6h/sett.; UE 1/9 = 4h/sett. – così come stabilite dalla Regione Marche:

**STD1 Strutture residenziali terapeutiche specializzate per tossicodipendenti****STD1A Comunità residenziale per soggetti con comorbidità psichiatrica**

Definizione generale: comunità residenziale ad alta specializzazione per l'osservazione, la diagnosi ed il trattamento di soggetti tossicodipendenti con comorbidità 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 <sup>1</sup>	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	
<b>Note: *nel caso in cui il responsabile sia psicologo deve essere garantita almeno UE=1/3 di attività psicoterapeutica</b>		
<b>Totale</b>	<b>7+2/3</b>	

**STD1B Comunità residenziale per madri tossicodipendenti con figli minorenni**

Definizione generale: comunità residenziale specialistica per madri con problemi di dipendenze con figli minorenni, che necessitano del recupero di autonomia psicofisica e del ruolo genitoriale, per un riequilibrio delle dinamiche familiari funzionali ad una efficace ed armonica educazione del/dei figli.

Standard per max 13 NUCLEI

	Unità equivalente	Tariffa LEA per nucleo
Responsabile di programma: psicologo	1	€ 97,89*
Medico Psichiatra	Almeno 1/36	
Psicologo	Almeno 1	
Educatore/Infermiere, con esperienza sulla genitorialità e sull'osservazione del minorenne	Almeno 1 + 1 ogni 4 nuclei	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1	
<b>Note: *La quota integrativa sociale per i bisogni assistenziali sociali del nucleo non è compresa.</b>		
<b>Totale operatori</b>	<b>Almeno 7+1/36</b>	

**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.

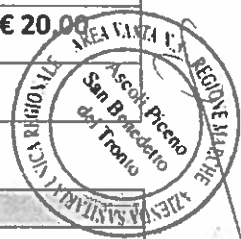
Standard per 20 posti. In caso di occupazione inferiore o superiore a 20 posti è applicabile una riduzione/aumento proporzionale di UE fino ad un massimo del 30%.

	Unità equivalente	tariffa
Responsabile di programma: psicologo, o educatore con almeno 5	1	€ 85,45

anni di esperienza nel settore	
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
<b>Totale</b>	<b>6 + 1/18</b>

#### STD4 Gruppi appartamento

<i>STD4 Gruppi appartamento</i>		
Definizione generale: struttura residenziale a bassa intensità rivolta ad utenti che stanno completando un programma terapeutico ambulatoriale, residenziale o semiresidenziale. Utenza con elementi di "cronicità" con una buona funzionalità sociale. La struttura deve essere autorizzata ai sensi della L.R. 20/2002 come "Alloggio sociale per adulti in difficoltà".		
Nella manutenzione dell'atto di fabbisogno (8DGRM 289/2015) saranno indicati i criteri per la quantificazione complessiva e per la distribuzione territoriale di questa tipologia di servizio.		
n. posti: massimo 6		
	<b>Unità equivalente</b>	<b>tariffa</b>
Responsabile: educatore o assistente sociale	1/2	€ 20,00
<b>Totale</b>	<b>1/2</b>	



#### CDT Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche<sup>2</sup>

##### CDT2 Strutture semiresidenziali - Centro Diurno

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.		
n° posti: massimo 12		
	<b>Unità equivalente</b>	<b>tariffa</b>
Responsabile di programma: psicologo o psichiatra, o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore	2/3	€ 45,50 <sup>3</sup>
Medico Psichiatra	0	
Psicologo	Almeno 1/3	
Educatore/infermiere	Almeno 1	
Altre figure professionali con specifica formazione nel campo delle tossicodipendenze	Almeno 1/6	
<b>Totale</b>	<b>Almeno</b>	

*Handwritten signature or initials.*

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:

<sup>2</sup> Per le prestazioni erogate nell'anno 2015 si fa riferimento all'unica tariffa pari ad € 34,84.

<sup>3</sup> Tariffa in vigore dal 01/01/2016

- 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 provvisoria mente accreditate :

1. "Casa Aquilone" (c. da Valle Orta 121, Appignano del Tronto AP)

Analogamente, con riferimento specifico alle strutture residenziali terapeutiche specializzate per donne tossicodipendenti in gravidanza o con figli minorenni, preso atto della positiva sperimentazione, la Regione Marche individua le seguenti strutture terapeutiche specializzate, che si intendono provvisoriamente accreditate:

1. "Casa Augusto Agostini" (Strada Vicinale Schiavoni 11, Spinetoli AP)

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, 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 D.Lgs 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 comunicate per iscritto dal Direttore dell'Area Vasta n. 5, 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 01/01/2015 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 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 predispone l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in Ascoli Piceno il 23.09.2016

per  
"Ama-Aquilone Cooperativa Sociale "

IL PRESIDENTE  
(Dott. Francesco Cicchi)



per  
l'A.S.U.R. MARCHE Area Vasta n. 5

IL DIRETTORE  
(Avv.to Giulietta Capocasa)



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

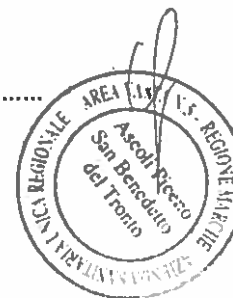
Ai sensi della convenzione vigente (determina del ..... n ..... in data .....), si prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig..... residente in ..... via .....

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° .....  
(nome e cognome).....

data .....



IL sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, dichiara la disponibilità di posti contrattualizzati liberi per l'accoglienza della persona inviata.

Per accettazione

Il Responsabile dell'Ente Ausiliario accreditato convenzionato  
(nome e cognome) .....

data .....

**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.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

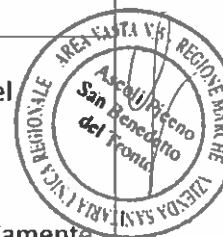
FIRMA PAZIENTE	_____	FIRMA DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
IN CASO DI MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____

**(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° \_\_\_\_\_

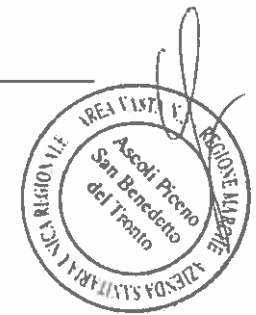
Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

**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 TRA

L'ASUR Marche con sede in Ancona, via Oberdan n. 2, P.I. 02175860424, rappresentata dalla Dott.ssa Giulietta Capocasa, Direttore della Area Vasta n. 5 di Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tr., giusta delega rilasciata dal Direttore Generale dell'ASUR Marche Dr. Alessandro Marini con determina n. 278 del 21/04/2016

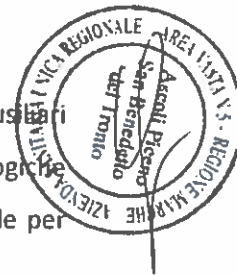
E

L'Associazione "Dianova Onlus", con sede legale in Garbagnate Milanese (MI), viale Forlanini n.121, nella persona del suo legale rappresentante sig. Puppo Pierangelo che interviene nel presente atto per conto delle seguenti sedi operative:

- **Comunità Terapeutica "Dianova Montefiore dell'Aso"** con sede operativa in Montefiore dell'Aso (AP) c.da Menocchia n.149, accreditata con Decreto n. 141/ACR del 13/03/2015, 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 convenzionati pari a n. 23 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 - 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 le sopra indicate sedi operative svolgono 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;
- che l'attività di cui trattasi è svolta dalle sedi operative in forma residenziale o in forma semiresidenziale, a seconda dell'accreditamento regionale concesso alla sede operativa;
- che la sedi operative possiedono i requisiti professionali 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 potrà 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.

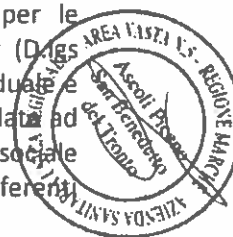
L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà 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 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. 5, 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.

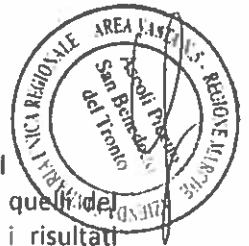
### Articolo 6 - Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L'ASUR Area Vasta n. 5 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 numero di posti letto 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 da intendersi IVA 4% esclusa, e sono differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite a strutture classificate come segue:

- terapeutico riabilitative;
- per utenti con doppia diagnosi;
- semiresidenziale

Si riportano di seguito le rette giornaliere:

Tipologia della struttura	Retta anno 2015
Residenziale Terapeutico Riabilitativa	€ 85,45 + IVA 4%

Per gli anni 2016-17 saranno applicate le rette giornaliere stabilite dalla Regione Marche con DGR 1221/2015 da intendersi IVA esclusa, e sono differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite a strutture classificate come segue:

- **STD2 - Strutture residenziali terapeutiche riabilitative per tossicodipendenti**
  - STD2 Comunità residenziale terapeutica (max 24 mesi)

Si riportano di seguito le rette giornaliere, 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 = 18h/sett; UE1/6 = 6h/sett; UE 1/9 = 4h/sett. – così come stabilite dalla Regione Marche:



<b>STD2 Comunità residenziale terapeutica</b> (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	Almeno 2/3	

tossicodipendenze	
<b>Totale</b>	<b>6 + 1/18</b>

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, 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.

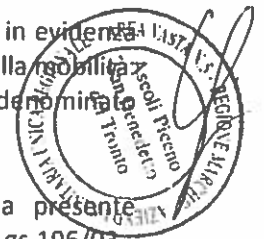
Il committente dovrà certificare che il personale impegnato nel servizio, in forza della presente convenzione, è stato formato mediante corsi di formazione e di aggiornamento specifici sul D.Lgs 196/03 - Codice Privacy.

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. 5, 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 01/01/2015 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 membri nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal presidente del Tribunale.

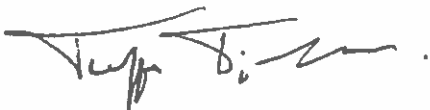
## Articolo 15 - Effetti della convenzione

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 predisponde l'elenco nazionale, curandone la opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in Ascoli Piceno 23.08.2016

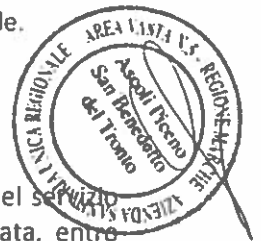
per  
L'Associazione "Dianova Onlus "

IL PRESIDENTE  
(Puppo Pierangelo)



per  
l'A.S.U.R. MARCHE Area Vasta n. 5

IL DIRETTORE  
(Avv.to Giulietta Capocasa)



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

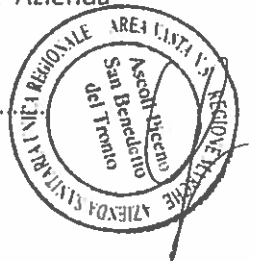
Ai sensi della convenzione vigente (determina del ..... n ..... in data .....), si prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig..... residente in ..... via .....

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° .....  
(nome e cognome).....

data .....



IL sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, dichiara la disponibilità di posti contrattualizzati liberi per l'accoglienza della persona inviata.

Per accettazione

Il Responsabile dell'Ente Ausiliario accreditato convenzionato  
(nome e cognome) .....

data .....

**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 \_\_\_\_\_

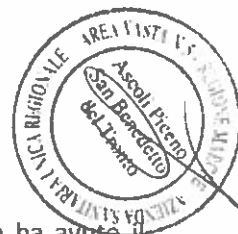
**A TAL FINE DICHIARA**

di essere stato informato dal dr./dr.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_, 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 .



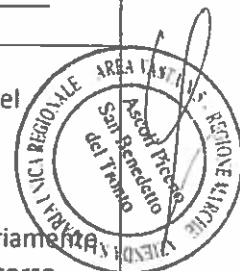
(segue SCHEDA B)

**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 MINORE	Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.	FIRMA DEL GENITORE	_____
<b>(Parte riservata all'operatore sanitario )</b> 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° \_\_\_\_\_

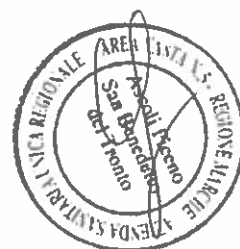
Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

### 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.