

ALLEGATO ALLA
DETERMINAZIONE N. 135/18
DEL 03 APR. 2018

SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE

L' ASUR Marche/ Area Vasta 2 - sede legale in Ancona, Via Oberdan n.2, C.F. e P.I. 02175860424, rappresentata ad ogni effetto dal Direttore dell'Area Vasta 2 Ing. Dott. Maurizio Bevilacqua giusta delega rilasciata dal Direttore Generale ASUR con Det. _____, domiciliato per la carica presso la sede di V.Turati 51 – 50044 FABRIANO

E

L'Associazione "OIKOS" organizzazione non lucrativa di utilità sociale – Centro di Solidarietà con sede in Jesi, viale dell'Industria, 5, codice fiscale-P.IVA 01318330428, nella persona del suo Legale Rappresentante Don Giuliano Fiorentini che interviene nel presente atto per conto della Struttura Terapeutica semi -residenziale ubicata nel territorio dell'Area Vasta 2: "ARCHE", sita in Ancona, P.le Europa 9

PREMESSO

- che con Accordo quadro n. 1221 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 semi – residenziali 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 la suddetta Associazione risulta iscritta all'Albo degli Enti Ausiliari predisposto dalla Regione Marche ai sensi dell'art. 116 del D.P.R. 9/10/1990 e successivamente inserita, con decreto n.17 del 14/2/01, nella Sezione "A" – settore sanitario - dell'Albo anzidetto, come riformulato in attuazione della D.G.R. 12/09/00 n.1880;
- che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa suddetta in forma semiresidenziale terapeutica;
- che la sede operativa possiede i requisiti professionali e prescritti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie avendo conseguito l'Accreditamento istituzionale ex artt. 16-17 L.R. 21/2016 come di seguito indicato:
 1. Decreto PF Accreditamenti 353/ACR del 28/12/2017- struttura sanitaria "ARCHE" – situata nel Comune di Ancona – Piazzale Europa - per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti in regime semiresidenziale con una dotazione di n. 09 posti letto in regime semiresidenziale (classe 5)
- 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 semiresidenziale "ARCHE", nel rispetto delle regole proprie dell'ente accreditato, avviene sulla base della richiesta dell'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 dell'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 "ARCHE' ", 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. 196/03) ai fini dell'inserimento presso la struttura " ARCHE' ", la definizione del Piano Terapeutico Individuale e la valutazione del percorso durante la permanenza ed al momento della sua conclusione sono affidate ad un' équipe multi - professionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell' Area Vasta 2, 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 psico – fisica, 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 di permanenza nella struttura.

Nello svolgimento dei progetti ciascuna 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.

E' 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.

Art.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 ciascuna sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione.

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

Art.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.

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

Art.6 – Formazione

Le attività di formazione congiunta sono coordinate dal Dipartimento Dipendenze.

L' ASUR Area Vasta 2 dà comunicazione alle sedi operative di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze, che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

A ciascuna 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 dalle sedi operative è data comunicazione all' Area Vasta promuovendone la partecipazione del personale pubblico.

Articolo 7 – Prestazioni, budget e posti letto convenzionati.

La struttura " ARCHE" ha una capacità ricettiva di n. 09 posti letto potenzialmente utilizzabili sia da parte dell'ASUR Marche sia da parte delle ASL presenti sul territorio nazionale.

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

Per l'annualità 2017 in cui il presente accordo è destinato a spiegare i propri effetti, le parti si danno reciprocamente atto che l'ASUR/Area Vasta 2 prenderà in carico esclusivamente gli oneri sanitari connessi agli inserimenti effettuati dal DDP dell'Area Vasta 2 in favore dei propri residenti, mentre gli oneri relativi agli inserimenti effettuati dalle altre Aree Vaste dell'ASUR Marche risultano in carico alle medesime.

Quanto sopra, fermo restando il rispetto della capacità ricettiva massima della struttura di 09 posti semi- residenziali

Articolo 8 – Sistema tariffario.

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 2017 saranno applicate le rette giornaliere stabilite dalla Regione Marche con DGRM 1221 del 30.12.2015, recepita con successiva determina del DG/ASUR n. 278 del 21/04/2016, da intendersi IVA 5% esclusa, differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico e riferite alla struttura classificata come segue:

- **CDT– Strutture semiresidenziali Dipendenze patologiche**
- CDT1– Strutture semiresidenziali terapeutiche – Centro Diurno Terapeutico

Si riporta di seguito la retta giornaliera, 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. – così come stabilite dalla Regione Marche segnatamente alla Comunità semiresidenziale terapeutica CDT1:

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.

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 psichiatra o educatore con almeno 5 anni di esperienza nel settore.	2/3	
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	

La retta giornaliera 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 1221/15 e recepita con successiva determina del DG/ASUR n. 278 del 21/04/2016.

Per i 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 nei termini di legge decorrenti dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa, come previsto nell' Accordo tra la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT), il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), firmato il 29.10.09. Nessun 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: " ARCHE' ", 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 D.M. 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

L'Associazione 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, l'Associazione 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 al Direttore dell'Area Vasta 2, 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 sono situate le sedi operative. 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 annuale dal 01.01.2017 al 31.12. 2017, salvo quanto previsto dall'art.11 e dall'art.13 e ferma restando la validità e vigenza dei Decreti di Accreditamento di ciascuna struttura/modulo oggetto di convenzione.

Articolo 13 – Recesso

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

Articolo 14 - Controversie

Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione alla presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrale di tre membri nominati in accordo tra le parti e, 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 15 giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone l'opportuna diffusione.

Letto, confermato e sottoscritto in _____ il _____

Per l'Associazione OIKOS Onlus

IL PRESIDENTE
Don Giuliano Fiorentini

per l' A.S.U.R. Marche
Area Vasta n.2

IL DIRETTORE
Ing. Maurizio Bevilacqua

ALLEGATI ALL'ACCORDO CONTRATTUALE

SCHEMA 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. (si no non so).

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 AMMINISTRATOR E 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 _____