

ALLEGATO 1 ALLA
DETERMINA N. 185/19
DEB. - 6 MAR. 2013

ACCORDO CONTRATTUALE TRA

L'ASUR Marche con sede legale in Ancona, via Caduti del Lavoro, 40, codice fiscale e partita iva 02175860424, rappresentata dal dott. Giovanni Stroppa, Direttore dell'Area Vasta n° 5, giusta delega rilasciata dal Direttore Generale ASUR Marche dott. Piero Ciccarelli con propria determina n° 827 del 05/11/2012

E

La Cooperativa "Ama-Aquilone" con sede legale in Castel di Lama (AP), c.da Collecchio n° 19, codice fiscale e partita iva 01237130446, rappresentata dal suo Legale Rappresentante, dott. Francesco Cicchi, che interviene nel presente atto per conto delle seguenti sedi operative:

- Comunità Terapeutica "Casa Ama" di Castel di Lama (AP), c.da Collecchio, 19 per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti in regime residenziale con una dotazione di n° 30 posti letto, tariffa terapeutico riabilitativa, accreditata con decreto della Regione Marche n° 310/AIR del 28/11/2011;
- Comunità Terapeutica "Casa Aquilone" di Appignano del Tronto (AP), c.da Valle Orta, 121 per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti in regime residenziale con una dotazione di n° 19 posti letto, tariffa per doppia diagnosi con l'invio presso la struttura operativa in modo congiunto e cioè con parere favorevole del Ser.T./STDP e del Responsabile di Salute Mentale per i casi psichiatrici, accreditata con decreto della Regione Marche n° 297/AIR del 11/11/2011;
- Comunità Terapeutica "Casa Augusto Agostini" di Spinetoli (AP), strada vicinale Schiavoni, per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti in regime residenziale con una dotazione di n° 13 posti letto, tariffa terapeutico riabilitativa per ragazze tossicodipendenti con figli minori, accreditata con decreto della Regione Marche n° 168/AIR del 12/05/2011;
- Centro Residenziale a bassa soglia "Casa La Bussola" di Ascoli Piceno, via Fosso Riccione, 7, per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti in regime residenziale con una dotazione di n° 12 posti letto, tariffa terapeutica riabilitativa, accreditata con decreto della Regione Marche n° 104/AIR del 14/03/2011;
- Comunità Terapeutica Semiresidenziale "Aquilone" di San Benedetto del Tronto (AP), viale Pasubio, 78, per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ed educative assistenziali per tossicodipendenti in regime semiresidenziale per 8 posti, tariffa semiresidenziale, accreditata con decreto della Regione Marche n° 301/AIR del 14/11/2011;

PREMESSO

- Che con l'accordo quadro tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari Accreditati (CREA) e l'ASUR Marche, recepito ed approvato dalla Regione Marche con DGRM n° 1245/2012, è stata definita la spesa pluriennale Regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2012-2014;
- Che con determina del Direttore Generale ASUR n° 827 del 05/11/2012 è stato stabilito, per l'anno 2012, per l'Area Vasta 5, il costo di EURO 2.130.758,65 per la spesa residenziale per tossicodipendenti ed il costo di Euro 887,94 per la spesa semiresidenziale per tossicodipendenti;

- 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 d'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, a seconda dell'accreditamento regionale avuto dalla sede operativa;
- Che le 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.

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 ASL/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 Ser.T./ISTDP 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 ASL/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

l'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 96/2003) ai fini dell'inserimento presso la struttura, 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 della ASL/Area Vasta dell'ASUR Marche che nomina i 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 d'intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possono 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 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.

Art. 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 provvedimento.

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 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.

Art. 5 – Conclusione del programma

Il 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 s'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 per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR Area Vasta 5.

L'ASUR Area Vasta 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'ASUR Area Vasta 5 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

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

Le rette giornaliere stabilite dalla Regione Marche con DGRM 1245 del 06/08/2012, sono da intendersi IVA 4% esclusa, e sono differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite ad utenti che seguono uno dei seguenti programmi terapeutici:

- pedagogico riabilitativo;
- terapeutico riabilitativo;
- per utenti con doppia diagnosi;
- per minorenni;
- semiresidenziale

Si riportano di seguito le rette giornaliere così come stabilite dalla Regione Marche:



	Retta giornaliera anni 2012-2013-2014
Residenziale Pedagogico-Riabilitativo	€ 50,09 + iva 4% se dovuta
Residenziale Terapeutico-Riabilitativo	€ 85,45 + iva 4% se dovuta
Residenziale per soggetti con doppia diagnosi	€ 97,89 + iva 4% se dovuta
Residenziale per minorenni	€ 90,00 + iva 4% se dovuta
Non-residenziale	€ 34,84 + iva 4% se dovuta

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 1245/2012.

Per i pazienti con doppia diagnosi (tossicodipendenza più diagnosi psichiatrica) inviati nella Comunità terapeutica, 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.

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 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 30 giorni, una quota 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.

Ad esecuzione di quanto disposta dalla determina del Direttore Generale ASUR Marche n° 827 del 05/11/2012, nonché dall'Accordo quadro per il triennio 2012-2014 tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari Accreditati delle Marche e l'ASUR Marche relativo alle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, recepito dalla Regione Marche con deliberazione della Giunta Regionale n° 1245 del 06/08/2012, per l'anno 2012, la spesa residenziale per tossicodipendenti non potrà superare Euro 2.130.758,65, quella semiresidenziale Euro 887,94; quanto sopra per espressa previsione della Determina del Direttore Generale ASUR n° 827 del 05/11/2012. Per gli anni 2013 e 2014, di vigenza del presente accordo, la spesa sarà determinata annualmente in relazione ai limiti di budget stabiliti dalla Regione Marche. Pertanto, in mancanza di espressa e diversa previsione regionale, il convenzionamento *ex novo* per la struttura semiresidenziale s'intende nel rispetto del tetto di spesa complessivo, residenziale e semiresidenziale, stabilito per l'anno 2012.

Articolo 9 – Trasmissione dati informativi

La sede operativa s'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 "file R" 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 è tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso d.lgs. 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 d.lgs. 196/03. Preventivamente alla stipula del presente provvedimento, 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'ASUR Area Vasta 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 01/01/2012 al 31/12/2014, salvo quanto previsto dall'art. 11 e dall'art.13.

Le parti concordano, altresì, che, per le strutture operative "Casa Ama" di Castel di Lama (AP), "Casa Aquilone" di Appignano del Tronto (AP), "Casa Augusto Agostini" di Spinetoli (AP) e "Casa La Bussola" di Ascoli Piceno, il precedente accordo contrattuale con validità dal 01/01/2010 al 31/12/2012, ha cessato la propria efficacia a decorrere dal 01/01/2012 per effetto delle disposizioni contenute nella deliberazione della Giunta Regionale Marche n° 1245 del 06/08/2012 e nella determina del Direttore Generale ASUR n° 827 del 05/11/2012.

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

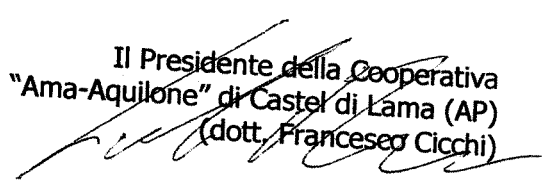
Per ogni controversia che dovesse sorgere in relazione della presente convenzione, le parti si obbligano ad esperire un tentativo stragiudiziale mediante apposito collegio arbitrate di tre membri nominati in accordo tra le parti, ed in caso di disaccordo, nominati uno per parte ed il terzo dal Presidente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

Art. 15 – Effetti della convenzione

Il presente accordo contrattuale ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del Servizio Sanitario Nazionale, come previsto dal d.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. Il presente accordo contrattuale viene comunicato, entro 15 giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione, nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone l'opportuna diffusione.

Ascoli Piceno, li 15/11/2012


Il Direttore dell'Area Vasta 5
(dott. Giovanni Stroppa)


Il Presidente della Cooperativa
"Ama-Aquilone" di Castel di Lama (AP)
(dott. Francesco Cicchi)

legati al presente Accordo Contrattuale vi sono:

- SCHEDA A di richiesta di presa in carico presso la struttura
- SCHEDA B di consenso informato al trattamento sanitario
- SCHEMA di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445

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

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./dott.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).

19e

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 _____

19cc

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 445)

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____ con residenza nel _____ Via _____
Comune di _____ 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)

II/ La dichiarante _____

hac

ACCORDO CONTRATTUALE TRA

L'ASUR Marche con sede legale in Ancona, via Caduti del Lavoro, 40, codice fiscale e partita iva 02175860424, rappresentata dal dott. Giovanni Stroppa, Direttore dell'Area Vasta n° 5, giusta delega rilasciata dal Direttore Generale ASUR Marche dott. Piero Ciccarelli con propria determina n° 827 del 05/11/2012

E

L'Associazione "Dianova" con sede legale in Garbagnate Milanese (MI), viale Forlanini n° 121, codice fiscale 97033640158, partita iva 01824880023, per la sede operativa di Montefiore dell'Asso (AP), rappresentata dal Legale rappresentante, sig. Mauro Luccardini, che interviene nel presente atto per conto della seguente sede operativa:

- Comunità Terapeutica "Dianova", c.da Manocchia, 149 per una struttura di riabilitazione per tossicodipendenti in regime residenziale per 23 posti letto, tariffa terapeutico riabilitativa, inserita nell'elenco delle strutture accreditate di cui al BUR Marche n° 107 del 15/12/2011 ;

PREMESSO

- Che con l'accordo quadro tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari Accreditati (CREA) e l'ASUR Marche, recepito ed approvato dalla Regione Marche con DGRM n° 1245/2012, è stata definita la spesa pluriennale regionale per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali relativa al periodo 2012-2014;
- Che con determina del Direttore Generale ASUR n° 827 del 05/11/2012 è stato stabilito, per l'anno 2012, per l'Area Vasta 5, il costo di EURO 2.130.758,65 per la spesa residenziale per tossicodipendenti ed il costo di Euro 887,94 per la spesa semiresidenziale per tossicodipendenti;
- 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 d'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, sulla base dell'accreditamento regionale avuto dalla sede operativa;
- Che la sede operativa possiede 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.

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 ASL/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 Ser.T./I'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 ASL/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 guide 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, 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 della ASL/Area Vasta dell'ASUR Marche che nomina i 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 d'intervento congiunto e quelli propri del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP), anche in riferimento all'attivazione delle risorse disponibili che possono favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto.

Il progetto individuale deve indicare il periodo presuntivo di permanenza nella struttura.

Per lo 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 libertà di scelta e l'autonomia della permanenza nella struttura.

Art. 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 provvedimento.

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 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.

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.

La sede operativa s'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 per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR Area Vasta 5.

L'ASUR Area Vasta 5 dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e li aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, promuovendone la partecipazione degli operatori.

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

Per le eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'ASUR Area Vasta 5 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

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

Le rette giornaliere stabilite dalla Regione Marche con DGRM 1245 del 06/08/2012, sono da intendersi IVA 4% esclusa, e sono differenziate in relazione alla diversa tipologia di utenza e di programma terapeutico, riferite ad utenti che seguono uno dei seguenti programmi terapeutici:

- pedagogico riabilitativo;
- terapeutico riabilitativo;
- per utenti con doppia diagnosi;
- per minorenni;
- semiresidenziale

Si riportano di seguito le rette giornaliere così come stabilite dalla Regione Marche:

Tipologia dei programmi terapeutici	Retta giornaliera anni 2012-2013-2014
Residenziale Pedagogico-Riabilitativo	€ 50,09 + iva 4% se dovuta
Residenziale Terapeutico-Riabilitativo	€ 85,45 + iva 4% se dovuta
Residenziale per soggetti con doppia diagnosi	€ 97,89 + iva 4% se dovuta
Residenziale per minorenni	€ 90,00 + iva 4% se dovuta
Semiresidenziale	€ 34,84 + iva 4% se dovuta

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 1245/2012.

Per i pazienti con doppia diagnosi (tossicodipendenza più diagnosi psichiatrica) inviati nella Comunità terapeutica, 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.

L'atto relativo alla programmazione degli inserimenti nelle strutture accreditate deve essere assestato dall'Area Assistenza 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 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 30 giorni, una quota 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.

Ad esecuzione di quanto disposto dalla determina del Direttore Generale ASUR Marche n° 827 del 05/11/2012, nonché dall'Accordo quadro per il triennio 2012-2014 tra la Regione Marche, il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari Accreditati delle Marche e l'ASUR Marche relativo alle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, recepito dalla Regione Marche con deliberazione della Giunta Regionale n° 1245 del 06/08/2012, per l'anno 2012, la spesa residenziale per tossicodipendenti non potrà superare Euro 2.130.758,65, quella semiresidenziale Euro 887,94; quanto sopra per espressa previsione della Determina del Direttore Generale ASUR n° 827 del 05/11/2012. Per gli anni 2013 e 2014, di vigenza del presente accordo, la spesa sarà determinata annualmente in relazione ai limiti di budget stabiliti dalla Regione Marche. Pertanto, in mancanza di espressa e diversa previsione regionale, il convenzionamento *ex novo* per la struttura semiresidenziale s'intende nel rispetto del tetto di spesa complessivo, residenziale e semiresidenziale, stabilito per l'anno 2012.

Articolo 9 – Trasmissione dati informativi

La sede operativa s'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 "file R" 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 è tenuto, nell'espletamento dei compiti assegnati al rispetto di quanto previsto dallo stesso d.lgs. 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 d.lgs. 196/03. Preventivamente alla stipula del presente provvedimento, 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'ASUR Area Vasta 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 01/01/2012 al 31/12/2014, 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 arbitrate 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.

Art. 15 - Effetti della convenzione

Il presente accordo contrattuale ha effetto oltre che tra le parti, anche nei confronti di tutte le ASL del Servizio Sanitario Nazionale, come previsto dal d.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. Il presente accordo contrattuale viene comunicato, entro 15 giorni dalla relativa sottoscrizione, alla Regione, nonché al Ministero della Salute, che predispone l'elenco nazionale, curandone l'opportuna diffusione.

Montefiore Piceno, lì 15/11/2012

Il Direttore dell'Area Vasta 5
(dott. Giovanni Stroppa)

Il Legale Rappresentante dell'Associazione "Dianova"

Associazione Garbagnate Milanese (MI)

C.N. (sig. Mauro Luccardini)
Sede Leg.: Via Forlani, 24 - 20124 Garbagnate Milanese (MI)
Cod. Fisc.: 97033040158 - Part. IVA: 01824880023
E-mail: contabile@dianova.it

Sede Operativa di MONTEFIORE DELL'ASO (AP)
C.da Menocchia, 149 - Tel. e Fax 0734 938450
E-mail: montef.amministrazione@dianova.it

Allegati al presente Accordo Contrattuale vi sono:

- SCHEDA A di richiesta di presa in carico presso la struttura
- SCHEDA B di consenso informato al trattamento sanitario
- SCHEMA di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n° 44

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

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./dott.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 .

19

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 _____

Ugec

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(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)

II/La dichiarante _____

hsc