



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell' Umbria  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2  
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni  
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

Delibera del Direttore Generale n. 341 del 28/04/2014

Oggetto: ☐ Progetto dipartimentale per la costruzione d'una rete aziendale integrata per il trattamento dei DCA - Convenzione con il centro ☐ Città Giardino ☐ di Terni della CASALIGHA Soc. Cooperativa Sociale ☐

#### IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 1689 del Servizio Proponente, DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI TERNI

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario parere FAVOREVOLE  
Direttore Amministrativo parere FAVOREVOLE

#### DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE SANITARIO (\*)  
(Dr. Imolo Fiaschini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (\*)  
(Dott. Roberto Americoni)

IL DIRETTORE GENERALE (\*)  
(Dr. Sandro Fratini)

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
CONSTA DI N. 24 PAGINE  
TERNI, li 21/4/14

A.U.S.L. UMBRIA N.2  
IL RESP. SERVIZIO AFFARI GENERALI  
LEGALI E LOGISTICA  
(Dott. Piero Carsili)



\* Documento sottoscritto con firma digitale

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI TERNI ALLEGATO ALLA DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 341 DEL 28/04/2014

Oggetto: "Progetto dipartimentale per la costruzione d'una rete aziendale integrata per il trattamento dei DCA - Convenzione con il centro "Città Giardino" di Terni della CASALIGHA Soc. Cooperativa Sociale".

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Decreto Legislativo n.502/92 avente ad oggetto: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma della Legge 23 ottobre 1992 n.241".

Legge regionale n.18/12 avente ad oggetto: " Ordinamento del Sistema Sanitario Regionale".

D.P.R. 14 gennaio 1997, avente ad oggetto: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Regolamento Regionale 25.02.2000, n. 2: "Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie".

Regolamento regionale n.3/02 avente ad oggetto: "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie".

DCR del 28 aprile 2009, n. 298: " Piano Sanitario Regionale 2009-2011".

Disciplinare per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio- sanitarie pubbliche e private della regione Umbria (anno 2005). Il Disciplinare è stato aggiornato, a seguito di nuova gara per l'esternalizzazione del Servizio di gestione delle verifiche di accreditamento con D.D. n. 1387 del 28/02/2012 "Aggiornamento del Disciplinare per l'Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private della Regione Umbria con DGR 413/2010, DGR 1120/2010 e DGR 1551/2010. Emanazione delle modalità operative".

D.G.R. n.6475/98 e D.G.R. n.263/00 che hanno introdotto una regolamentazione provvisoria dei rapporti tra il SSR e strutture private, fino al completamento della procedura dell'accreditamento istituzionale.

D.G.R. n.21/05 avente ad oggetto: "Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del D.P.C.M. 14/02/01".

D.G.R. 30 novembre 2009, n. 1708: "Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni": Programmazione delle risorse, riferimenti metodologici per la redazione del Piano attuativo triennale del PRINA e del Programma operativo del PRINA, approvazione Nomenclatore-tariffario delle prestazioni e degli interventi per i non autosufficienti, e ulteriori misure attuative"



D.G.R. 20 dicembre 2010, n.1928: Definizione tariffa per la remunerazione delle strutture che si occupano di DCA.

D.G.R. n.134/11 avente per oggetto: " Accredитamento istituzionale: riconoscimento dello status di struttura provvisoriamente accreditata nelle more dell'espletamento della gara di cui alla D.G.R. 1551/10 ".

## MOTIVAZIONE

I "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DCA) costituiscono un problema emergente e di sempre maggiore diffusione ed incidenza nella realtà nazionale e regionale. Sulla base di tale considerazione il Dipartimento di Salute mentale ha elaborato un "Progetto dipartimentale per la costruzione d'una rete aziendale integrata per il trattamento dei DCA", che si allega quale parte integrante e sostanziale.

Per gli aspetti organizzativi previsti dal progetto che non coinvolgono soggetti esterni, si ritiene che sia opportuno rinviare ad un successivo atto le valutazioni e le conseguenti determinazioni di merito, in quanto attengono all'organizzazione aziendale.

Per ciò che riguarda invece la previsione di attività in collaborazione con soggetti esterni all'Azienda, sulla base delle valutazioni espresse nel progetto, è stata avviata una trattativa con la CASALIGHA Soc. Cooperativa Sociale, titolare della Comunità Terapeutica di tipo 2 per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare "Città Giardino" di Terni, nel corso della quale si è evidenziata l'opportunità di stabilire rapporti convenzionali ai sensi della vigente normativa per l'utilizzazione della struttura di riferimento, sia come "residenziale" che come "semiresidenziale".

Inoltre, la stessa Cooperativa ha chiesto di poter utilizzare alcuni servizi di questa Azienda, in particolare per ciò che riguarda la professionalità di "psicologo".

Si dà atto che la suddetta Cooperativa, in relazione alla Struttura "Città Giardino", è in possesso dell'autorizzazione all'esercizio delle attività di cui si tratta, rilasciata dalla Regione Umbria, Direzione Regionale salute, coesione sociale e società della conoscenza – Servizio accreditamento e valutazione di qualità - con Determinazione Dirigenziale n.5726 del 18/07/2012.

Si dà atto altresì che la medesima Cooperativa, per la medesima struttura, ha effettuato il pre-audit in data 19-11-2013, con notifica del rapporto in data 10/12/2013 da parte della Regione Umbria Direzione Regionale salute, coesione sociale e società della conoscenza – servizio accreditamento e valutazione di qualità -, e, pertanto, la stessa deve essere considerata in regime di accreditamento provvisorio in attesa dell'audit conclusivo, come previsto dal Disciplinare per l'accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie pubbliche e private della Regione Umbria.

Si evidenzia inoltre che la Regione dell'Umbria, con DGR n.1928 del 20/12/2010, ha definito le tariffe massime per la remunerazione per le prestazioni erogate nelle strutture che prestano assistenza nei casi di DCA prevedendo la retta per il residenziale (€ 230) e quella per due diversi regimi di semiresidenziale (12 ore: €150; 6 ore: € 80).



Rispetto a quanto definito con la sopra richiamata DGR, le esigenze rappresentate nel progetto del DSM dell'Azienda fanno riferimento ad una diversa modulazione delle attività di semiresidenziale, prevedendo un regime modulato anche sulle otto ore e sulle quattro ore. Ne consegue che è necessario definire le tariffe anche per i regimi aggiuntivi, rapportandoli alle tariffe definite dalla Regione. In proposito, considerato che il regime di 6 ore stabilito dalla Regione è parametrato a quello di 12 ore come la metà della tariffa aumentata di € 5 ( $150 / 2 = 75 + 5 = 80$ ), si ritiene congruo prevedere che per il regime di 8 ore si stabilisca la tariffa di € 90, valutato che effettuando un rapporto proporzionale con la tariffa di 12 ore si arriverebbe all'importo di € 100 ( $150 / 12 = 12,50 * 8 = 100$ ) e che sarebbe somministrato un pasto in meno; analogamente, per la tariffa di 4 ore si ritiene congruo prevedere la tariffa di € 50, valutato che effettuando un rapporto proporzionale con la tariffa di 6 ore si arriverebbe all'importo di € 53,32 ( $80 / 6 = 13,33 * 4 = 53,32$ ).

In base alla trattativa effettuata sono state stabilite inoltre le seguenti modalità di computo delle giornate di presenza presso la struttura:

- **residenziale:** la giornata di ingresso è considerata intera se l'arrivo è nelle ore antimeridiane, mentre è ridotta della metà se l'arrivo avviene nelle ore postmeridiane; analogamente è da considerare la giornata di uscita, dunque questa non sarà conteggiata se la dimissione avviene in orario antimeridiano, mentre sarà ridotta della metà nel caso di dimissioni pomeridiane; l'eventuale ricovero o altra causa di allontanamento dell'utente dalla struttura, comporterà una riduzione della tariffa pari a €10,00=(dieci/00), riferita alla mancata erogazione di pasti, che sarà comunque corrisposta sino alle dimissioni eventualmente formalizzate dal DSM;
- **semiresidenziale:** la tariffa sarà corrisposta per la durata del piano assistenziale, anche nell'eventualità che l'utente non si rechi presso la struttura, fatta salva la possibilità per il DSM di interrompere il piano assistenziale e sino alla comunicazione di tale interruzione; in questi casi, per le giornate di assenza sarà praticata una riduzione di € 5,00=(cinque) per il regime di sei e di otto ore e di € 10,00=(dieci/00) per il regime di 12 ore, con riferimento alla mancata erogazione di pasti,.

Si è quindi provveduto a definire il testo di convenzione allegato al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale, con il quale sono state stabilite le norme per la regolamentazione dei rapporti da intrattenere con la CASALIGHA Soc. Cooperativa Sociale, in relazione alle esigenze prospettate nel progetto presentato dal DSM.

#### ESITO DELL'ISTRUTTORIA

Tutto ciò premesso, si propone che il Direttore generale adotti una deliberazione con la quale, avendo fatto proprio il presente documento istruttorio, disponga:

- 1) di stipulare tra questa Azienda e la CASALIGHA Soc. Cooperativa Sociale, la convenzione il cui testo è allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, per l'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale presso la Comunità Terapeutica di



tipo 2 per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare "Città Giardino" di Terni;

- 2) di rinviare ad un successivo atto le valutazioni e le conseguenti determinazioni di merito gli aspetti organizzativi previsti dal progetto allegato che non coinvolgono soggetti esterni, in quanto attengono all'organizzazione aziendale;
- 3) di dare atto che i costi conseguenti al presente atto sono previsti sul Bilancio di previsione 2014, per complessivi € 450.000 così suddivisi: Residenziale € 300.000 Co.Co.GE. 3100500113; Semiresidenziale € 150.000 Co.Co.GE. 3100500116; mentre per le annualità successive, sarà necessario prevedere i seguenti importi proporzionalmente suddivisi nei conti sopra indicati: 2015 - € 600.000; 2016 - € 600.000; 2017 - € 150.000;
- 4) di dare atto che i ricavi conseguenti al presente atto, ammontano, per l'anno corrente a € 10.800, per gli anni 2015 e 2016 a 14.040 per ogni annualità, mentre per il 2017 a € 3.240;
- 5) di delegare il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, per tutta la durata dell'accordo, alla vigilanza sulla permanenza dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa vigente;
- 6) di dare atto che la presente decisione non è sottoposta a controllo regionale;
- 7) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale;

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
DEL DISTRETTO DI TERNI  
dott. Enrico Martelli

IL DIRETTORE  
DEL DISTRETTO DI TERNI  
Dr. Stefano Federici





## PROGETTO DIPARTIMENTALE PER LA COSTRUZIONE D'UNA RETE AZIENDALE INTEGRATA PER IL TRATTAMENTO DEI DCA

### Introduzione

Che i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscano un problema emergente e di sempre maggior diffusione ed incidenza nella realtà nazionale e regionale è un dato ormai inconfutabile. A supportare questa affermazione ci sono diversi elementi che vanno dal proliferare di studi e pubblicazioni sull'argomento alla costruzione di linee guida internazionali (NICE 2004; APA 2006) e regionali (Regione Umbria 2013) all'interno delle quali sono contenute raccomandazioni sul versante della prevenzione, della terapia, della riabilitazione e dell'organizzazione dei servizi. Per quanto riguarda l'epidemiologia gli studi più recenti indicano per l'Anoressia nervosa una prevalenza tra l'1,4% e il 2,8% che può arrivare fino al 4% se si prendono in considerazione anche i disturbi sottosoglia. Il dato di prevalenza relativo alla Bulimia nervosa è indicato nella maggior parte degli studi intorno al 5%, mentre per quanto riguarda i Disturbi da alimentazione incontrollata il dato oscilla tra il 3% e il 6%. L'incidenza di disturbo alimentare risulta di circa 164 casi/100.000 con un incremento negli ultimi anni soprattutto dei disturbi bulimici. Nella regione Umbria una ricerca condotta nel biennio 2008/2009 evidenziava che erano afferiti ai servizi dedicati al trattamento dei DCA 769 nuovi casi nel 2008 e 986 nel 2009. A livello locale i Dipartimenti di salute mentale sia dell'ex ASL 3 sia dell'ex ASL 4 hanno già da diversi anni avviato percorsi formativi, progettuali e organizzativi al fine di rispondere ad una domanda di salute così complessa e mutevole. Ne sono derivati assetti organizzativi differenziati che risentono sia della storia che delle risorse a disposizione di ciascun servizio. Il presente progetto è il frutto di un lavoro di confronto e di approfondimento che si muove all'interno di un'ottica di integrazione e di ottimizzazione delle risorse.

### Obiettivi

- garantire nel territorio la presenza di tutti i 4 livelli di assistenza (ambulatoriale, ospedaliero, residenziale e semiresidenziale);
- fornire interventi integrati e diversificati in grado di intercettare e di rispondere con appropriatezza a quadri patologici sempre più complessi;
- evitare, o almeno limitare, da parte degli utenti il ricorso a ricoveri in strutture esterne che comporta per loro un allontanamento dal contesto di attività e di relazione e per l'ASL un costo elevato senza che a questo corrispondano risultati significativi e permanenti per la salute;
- costruire un modello operativo integrato sia dal punto di vista della rete dei servizi ospedalieri e territoriali in grado di rapportarsi con le associazioni presenti nel territorio, sia dal punto di vista dell'interdisciplinarietà delle figure professionali coinvolte.

### Articolazione del servizio

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2**

tel. 0744 20 41 / fax 0744 30 36 39

Sede Legale (provvisoria)

05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n.18/12.11.2012)

p.iva / c.f. 01499590550



Il servizio si struttura in 5 fasi: accoglienza, assessment diagnostico, definizione del progetto di trattamento, trattamento terapeutico e/o riabilitativo, rivalutazione e dimissione.

- 1□ Accoglienza: può richiedere 1/2 incontri non strutturati dedicati all'analisi della richiesta e alla presentazione delle modalità di lavoro (psicologo).
- 2□ Assessment diagnostico: prevede un numero di incontri che può variare da un minimo di 4 ad un massimo di 8 da realizzarsi in un tempo che va da 15 a 30 giorni. Si compone di una parte dedicata alla valutazione medico-nutrizionale che si realizza con una visita o al massimo 2 se sono necessari esami o altri approfondimenti (medico nutrizionista) e di una parte dedicata alla valutazione psicologico-psichiatrica che prevede 1 visita psichiatrica per diagnosi differenziale e di comorbidità (psichiatra), 1 colloquio psicologico strutturato EDE (psichiatra o psicologo), 1/2 valutazioni del contesto familiare (psicoterapeuta), 1/2 somministrazione test (psicologo o psichiatra).
- 3□ Definizione del progetto di trattamento: al termine della fase di assessment diagnostico l'équipe si riunisce per mettere insieme quanto emerso e definisce un progetto di trattamento a partire dalla scelta del livello assistenziale in cui realizzarlo. In base a ciò viene individuato un referente del caso che convocherà l'utente (solo o con la famiglia in base all'età) per condividere il progetto e motivare al trattamento (tutta l'équipe).
- 4□ Trattamento terapeutico e/o riabilitativo: dovrà realizzarsi nel rispetto dei principi di interdisciplinarietà e di appropriatezza. Le attività previste sono:
  - 4a□ terapia internistico-nutrizionale (medico nutrizionista)
  - 4b□ riabilitazione psico-nutrizionale (dietista)
  - 4c□ terapia psichiatrica (psichiatra)
  - 4d□ psicoterapia individuale, familiare e di coppia (psicoterapeuta)
  - 4e□ gruppi di psicoterapia e psico-nutrizionali (psicoterapeuta, dietista)
- 5□ Rivalutazione e dimissione: durante il trattamento il processo terapeutico e/o riabilitativo sarà sottoposto a periodiche rivalutazioni all'interno delle riunioni di équipe fino alla decisione di dimissione del paziente, o perché sono stati raggiunti gli obiettivi o perché si rende necessaria la prosecuzione del trattamento presso altro servizio.

#### Modello organizzativo e risorse

La Commissione di studio del Ministero per la salute nel 1998 ha definito un modello organizzativo di riferimento secondo una rete dipartimentale che viene articolata nei seguenti livelli di trattamento:

- Unità ambulatoriali necessarie per rispondere a circa il 70% della domanda di cura;
- Unità semiresidenziali necessarie per il trattamento di circa il 20% delle pazienti;
- Servizi di degenza residenziale riabilitativa necessari per il circa 10% delle pazienti;
- Disponibilità di posti letto per ricoveri in emergenza presso presidi ospedalieri.

Come già detto il progetto prevede la presenza nel territorio dell'ASL di tutti i quattro livelli assistenziali (ospedale, ambulatorio, residenziale e semiresidenziale) sulla base delle indicazioni che si possono desumere sia dalle linee guida sia dai dati epidemiologici disponibili a livello



nazionale e regionale. L'andamento delle patologie collocabili all'interno dei DCA negli ultimi anni mostra le seguenti tendenze:

- Una sostanziale stabilità per quanto riguarda i casi diagnosticabili come anoressie o bulimie con un abbassamento dell'età di esordio, minori compromissioni medico-nutrizionali a fronte di una comorbidità psichiatrica più complessa soprattutto sul versante dei disturbi di personalità;
- Un aumento sensibile di casi classificabili come sindromi parziali nei quali la componente psicologica e relazionale è prevalente;
- Un aumento di richieste per quanto riguarda i Disturbi di alimentazione incontrollata che interessano una popolazione più adulta.

Il dato certo per quanto riguarda l'efficacia degli interventi è riferito alla necessità che la diagnosi e il trattamento, oltre naturalmente alla loro appropriatezza, siano caratterizzati dalla tempestività rispetto all'esordio sintomatologico. Per questo è necessario che il servizio per i DCA sia ben radicato nel territorio dell'ASL per quanto riguarda il livello ambulatoriale deputato all'intercettazione della domanda, mentre per quel che riguarda gli altri tre livelli destinati al trattamento (ospedale, residenzialità e semiresidenzialità) possono essere individuate sedi opportune e differenziate nelle quali convogliare gli utenti di tutto il territorio dell'ASL sulla base del progetto definito dopo la fase di assessment diagnostico. Ogni singola articolazione dovrà avere una propria équipe definita e un referente e devono essere previsti momenti di formazione e periodiche riunioni organizzative che coinvolgano tutto il personale.

In sintesi dovrebbe essere previsto il seguente modello organizzativo:

- Un ufficio di coordinamento dipartimentale;
- Tre ambulatori territoriali (Terni, Spello e Spoleto) aperti rispettivamente il primo 5 giorni a settimana, il secondo 3 e il terzo 2, in grado di assicurare le attività di assessment diagnostico e di trattamento precedentemente descritte; ciascun ambulatorio dovrà avere nel suo organico almeno un medico nutrizionista, un dietista e almeno tre tra psichiatri, psicologi e psicoterapeuti;
- Due posti letto presso l'ospedale di Spoleto per gli interventi in fase di acuzie e/o di emergenza;
- Un servizio di Day Hospital presso l'SPDC di Foligno per i casi che necessitano di approfondimenti diagnostici;
- La struttura semiresidenziale di Spello destinata ad accogliere pazienti giovani con diagnosi di anoressia, bulimia e DCA n.a.s. residenti nel territorio dell'ex ASL 3;
- La struttura di Terni che per la sua parte semiresidenziale può svolgere la stessa funzione per le pazienti residenti nel territorio dell'ex ASL 4

Gli ambulatori territoriali



Dovranno essere ubicati all'interno di uno spazio specificamente dedicato che non abbia possibilmente connotazione ospedaliera o psichiatrica. Come evidenziato dal documento della Commissione ministeriale rappresentano l'approccio di elezione sia perché in grado di rispondere al 70% della domanda di cura, sia perché costituiscono il luogo di valutazione diagnostica e di costruzione del progetto terapeutico. Le attività che vi si svolgono sono state già descritte nel precedente paragrafo sull'articolazione del servizio. Il progetto dipartimentale prevede tre ambulatori situati rispettivamente a Spello, a Spoleto e a Terni allo scopo di facilitare l'accesso delle pazienti. Inoltre presso l'SPDC di Foligno è attivo un servizio di Day Hospital per i casi che necessitano di approfondimenti diagnostici sia sul versante medico-nutrizionale sia su quello psichiatrico.

#### Ambulatorio territoriale di Spello

E' prevista l'apertura per tre giorni alla settimana. Il personale che vi opera è costituito da uno psichiatra referente, un medico nutrizionista, una dietista e due psicologi referenti rispettivamente per il CSM adulti e per l'età evolutiva.

#### Ambulatorio territoriale di Spoleto

E' prevista l'apertura per due giorni alla settimana. Il personale che vi opera è costituito da un medico nutrizionista, due psicologi, uno psichiatra e una dietista.

#### Ambulatorio territoriale di Terni

Ormai da alcuni anni sia il numero dei casi nuovi che dei casi complessivamente in carico ha una sua stabilità (rispettivamente intorno a 60 e intorno a 150) mentre si è avuto un progressivo aumento delle prestazioni complessive (nel 2013 si supereranno le 1200) determinata dalla maggiore complessità delle situazioni e dalla necessità di organizzare trattamenti più intensivi per i casi per i quali non era possibile ricorrere al semiresidenziale.

Per permettere all'ambulatorio di svolgere la sua fondamentale funzione all'interno della rete dei servizi occorre superare la precarietà del personale coinvolto. A questo proposito in base all'andamento delle prestazioni effettuate negli ultimi anni, dell'attivazione del progetto aziendale e dei dati epidemiologici si può ipotizzare che a partire dal prossimo anno sarà necessario attivare le seguenti attività:

- ▣ prestazioni in ambito diagnostico ( mediche, nutrizionali, psicodiagnostiche, psichiatriche, relazionali) per i casi nuovi e per i rientri (medico nutrizionista, psichiatra, psicologo);
- ▣ prestazioni psicoterapeutiche individuali, familiari e di sostegno ai genitori (psicoterapeuti);
- ▣ prestazioni di riabilitazione nutrizionale (medico nutrizionista e dietista);
- ▣ prestazioni di conduzione di gruppi psicoterapeutici (psicoterapeute con formazione psicodinamica e sistemico-relazionale).

Attualmente l'ambulatorio è in funzione per quattro giorni alla settimana, ma alla luce dell'incremento della domanda si passerà a cinque.

Oltre a queste attività tutti gli operatori dovranno partecipare ad una riunione settimanale di coordinamento della durata di tre ore.

Per assicurare questo standard di attività sono necessari i seguenti operatori, alcuni dei quali già operanti all'interno del DSM:

□ psicologo responsabile di struttura per 20 ore settimanali ( conferma dell'attuale) per coordinamento, attività diagnostica e psicoterapeutica;  
□ uno psicologo per 8 ore settimanali, da reperire all'interno dei CSM dell'ex ASL 4, per psicoterapia individuale e sostegno ai genitori;  
□ uno psichiatra per 8 ore settimanali, da reperire all'interno dei CSM dell'ex ASL 4, per attività diagnostica, psicofarmacologica e psicoterapeutica;  
Inoltre sarà necessario reperire altri operatori specificamente deputati alla realizzazione del progetto:  
□ un medico nutrizionista per 10 ore settimanali;  
□ un dietista per 10 ore settimanali;  
□ due psicoterapeuti esperti nella conduzione dei gruppi e in psicodiagnostica rispettivamente con specializzazione in ambito psicodinamico e sistemico relazionale, ciascuno per 10 ore settimanali.

#### Attività di coordinamento

Oltre alle riunioni di coordinamento che ciascuna singola équipe terrà all'interno dell'ambulatorio è prevista una riunione di coordinamento di tutti gli operatori coinvolti nel progetto aziendale con cadenza bimestrale.

#### La struttura residenziale

Si ricorre a questo livello di trattamento quando è necessario un intervento più intensivo di quello realizzabile in ambulatorio, quando sono presenti situazioni familiari difficili o conflittuali, quando vi è un'importante comorbidità psichiatrica e quando la residenza del paziente non è compatibile con uno spostamento quotidiano.

Come riportato nelle linee guida sono necessarie per circa il 10% degli utenti complessivi. La presenza di una struttura nel nostro territorio ("Città Giardino" di Terni) con la quale convenzionarsi rappresenta un'importante risorsa per la costruzione di percorsi terapeutico riabilitativi che garantiscano una maggiore continuità e quindi anche una maggiore stabilizzazione dei risultati. Sulla base dell'andamento degli ultimi anni si può ipotizzare un fabbisogno di 11 posti complessivi annui per percorsi della durata media di due mesi che producono un'occupazione totale di circa 90 settimane e quindi una presenza media di 2 pazienti.

#### Le strutture semiresidenziali

Rappresentano la risposta più adeguata per il 20% delle pazienti. Si ricorre a questo livello di assistenza quando si rende necessario un trattamento più intensivo di quello realizzabile in ambulatorio sia per le condizioni fisiche e psicologiche della paziente, sia per la presenza di un contesto ambientale e familiare non del tutto favorevole alla cura. Le attività che vi vengono svolte riguardano prevalentemente:

- la riabilitazione nutrizionale;
- la psicoterapia individuale;

- gruppi psicoterapeutici e psico nutrizionali;
- monitoraggio costante delle condizioni fisiche;
- supporto alle famiglie e ai partner;
- terapie di mediazione corporea ed espressiva.
- eventuale terapia farmacologica.

Nel nostro territorio prevediamo due strutture semi residenziali una ubicata a Spello e l'altra a Terni.

Spello – il Centro diurno, gestione diretta, è aperto 5 giorni a settimana dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17; può ospitare 6/8 pazienti che accedono previa valutazione effettuata presso l' Day □ hospital e/o l'ambulatorio territoriale nei quali viene costruito il progetto terapeutico; la durata del trattamento va dai 4 ai 6 mesi e si articola in attività individuali e di gruppo riguardanti la sfera nutrizionale, quella psicologica e quella espressiva; in una fase conclusiva può essere prevista una fase di consolidamento della durata di 8 settimane con 2 accessi settimanali di 4 ore ciascuno.

#### Terni – Struttura " Città Giardino"

Sono previsti 10 posti complessivi. Oltre alle modalità già previste dalla normativa Regionale in materia (6 e 12 ore) si prevede una modulazione aggiuntiva che preveda due ulteriori tipologie semi residenziali di 4 ed 8 ore per una migliore aderenza alle esigenze terapeutico assistenziali, sulla base del progetto terapeutico definito dall'ambulatorio e concordato con l'équipe della struttura. La durata del trattamento viene stabilita al momento dell'ingresso e rivalutata periodicamente in incontri congiunti tra il sanitario referente del caso per l'ambulatorio e l'équipe della struttura. E' comunque ipotizzabile un percorso della durata media di 4 settimane che si articola in attività individuali e di gruppo riguardanti la sfera nutrizionale, quella psicologica e quella espressiva.

#### Il ricovero ospedaliero

Nei casi in cui si viene a determinare una situazione clinica critica riguardo lo stato di nutrizione, le condizioni cardiocircolatorie e le condizioni metaboliche è necessario ricorrere al cosiddetto ricovero salva vita. A tal fine vengono individuati due posti letto da riservare all'interno del Reparto di Medicina dell'Ospedale di Spoleto per il trattamento della fase acuta e l'impostazione della rialimentazione che poi andrà proseguita, in base alla valutazione del sanitario responsabile del caso, o a livello ambulatoriale o a livello residenziale o semi residenziale.

#### Azioni più urgenti

- individuare la collocazione dei tre ambulatori territoriali;
- prevedere un percorso di formazione per tutti gli operatori;
- stipulare la convenzione con la cooperativa Casaligha relativamente alla struttura di Terni.
- attivazione Centro diurno di Spello;
- definire il personale per l'ambulatorio di Terni.

ALLEGATO A



## CORSO DI FORMAZIONE SUI DCA

Per la realizzazione della rete aziendale, in considerazione delle diversità nella storia e nell'organizzazione dei servizi dedicati ai DCA nell'ex ASL 3 e nell'ex ASL 4 e delle innovazioni previste dal progetto, si ritiene indispensabile un percorso di formazione e aggiornamento intensivo diretto a tutti gli operatori coinvolti.

Destinatari: tutti gli operatori che afferiscono alla "rete"

Metodologia: ☐ presentazione da parte di esperti esterni di modelli teorici ed operativi, lavori di gruppo, costruzione di un modello condiviso

Durata: 24 ore articolate in 2 moduli per un totale di 4 giorni

Contenuti:

- I DCA: al di là dell'anoressia e della bulimia
- L'assessment diagnostico
- L'intervento nutrizionale
- La riabilitazione psiconutrizionale
- Le psicoterapie: individuali, familiari e di gruppo
- L'approccio integrato e il gruppo multiprofessionale

Possibili esperti esterni da coinvolgere:

prof. Cuzzolaro – neuropsichiatra, già presidente della SISDCA

dr. Perriello – medico nutrizionista – DIMISEM Azienda ospedaliera Perugia

dr. Apazzi – psichiatra – responsabile centro Auryn Arezzo

dr.ssa Bertelli – dietista – centro Auryn Arezzo

## ALLEGATO B

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2**

tel. 0744 20 41 / fax 0744 30 36 39

Sede Legale (provvisoria)

05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n.18/12.11.2012)

p.iva / c.f. 01499590550





## ANDAMENTO DELLA RICHIESTA DI RICOVERI IN STRUTTURE PER DCA NEL 2013 E PREVISIONE DI SPESA

Relativamente alla ex ASL 4 (i dati della ex ASL 3 sono incorporati nell'attività complessiva del DSM), nel 2013, a fronte di un aumento di nuovi casi ( 65 rispetto a 58 con un incremento del 10%) abbiamo avuto una stabilità sia per quanto riguarda le situazioni di emergenza per le quali si è reso necessario un ricovero in ospedale ( 4 in totale di cui 3 presso il DIMISEM di Perugia e 1 al Sant'Orsola di Bologna), sia per quanto riguarda le richieste di ricovero in strutture specialistiche residenziali e semiresidenziali. La gestione di tali richieste è stata assicurata dall'ambulatorio territoriale che ha svolto, come negli anni precedenti, la funzione di valutazione e di filtro. Le richieste sono state complessivamente 26 riguardanti i quattro gruppi di patologie dei DCA e sono esitate in:

□ In 11 casi è stato autorizzato l'inserimento in regime residenziale e semiresidenziale per una spesa complessiva di circa 110.000 euro;

□ In 3 casi la richiesta è stata rigettata perché non congrua;

□ In un caso è ancora in corso la valutazione;

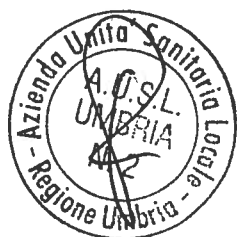
□ In 11 casi la richiesta è stata ridefinita ed è stato impostato un progetto terapeutico gestito in ambulatorio, in alcuni casi in integrazione con altri servizi. In 6 di questi casi il livello di trattamento più adeguato sarebbe stato quello semiresidenziale (pazienti dimesse dall'ospedale dopo un intervento sull'emergenza clinica con necessità di trattamento più intensivo), ma anche per la resistenza da parte di alcune pazienti nell'allontanarsi dal proprio contesto familiare, scolastico e/o lavorativo, il trattamento è proseguito a livello ambulatoriale.

Sulla base di questi dati, che possono essere ragionevolmente proiettati anche sul 2014, si può ipotizzare che per quanto riguarda il territorio dell'ex ASL 4 dovremmo avere una richiesta di ricovero da un numero di pazienti intorno ai 20-22; mentre per quanto riguarda il territorio dell'ex ASL 3 si può ritenere che la necessità di ricovero in regime residenziale possa riguardare al massimo 8 pazienti.

Tale richiesta di ricovero in regime residenziale riteniamo possa essere soddisfatta attraverso un convenzionamento con la struttura "Città Giardino" di Terni per un 60 % dei posti disponibili in residenzialità; anche se, per la nostra esperienza, non è possibile escludere un numero assai esiguo di situazioni che potrebbero comunque avere necessità di ricovero in una struttura diversa o per la presenza di complicanze mediche o per un'importante comorbidità psichiatrica.

Per quanto riguarda l'area della semiresidenzialità, la stessa può essere completamente soddisfatta (per tutto il territorio della USL Umbria 2) attraverso la Struttura di Spello ed il convenzionamento con il 90-100% dei posti semiresidenziali disponibili presso la Struttura "Città Giardino".

La costituzione del modello "in rete"; il pieno utilizzo delle risorse semiresidenziali; la costruzione di programmi terapeutici più elastici ed adattati alle esigenze dell'utenza, ci



permetterebbero di dare risposte assai più funzionali al problema, sia in termini qualitativi che quantitativi (numero di situazioni prese in carico) a fronte di un contenimento del budget economico di spesa all'interno dei livelli già espressi nel 2013.

Per quanto attiene ad una ipotesi di convenzionamento con la struttura "Città Giardino" di Terni, si può fare riferimento alla Normativa di riferimento della Regione Umbria, prevedendo, per quanto attiene alla semiresidenzialità, una modulazione aggiuntiva di due ulteriori fasce d'impegno operativo, funzionali ad una maggiore aderenza, anche economica, ai programmi terapeutici effettuati e particolarmente utile alle esigenze del Servizio. Nello specifico dovrebbero quindi essere previste le seguenti fasce: 4, 6, 8, 12 ore giornaliere.

## RISORSE

Come è possibile evidenziare dal modello organizzativo descritto all'interno del progetto la maggior parte degli operatori sono già in servizio nell'azienda all'interno del DSM e solo per alcuni sarà necessario un parziale distacco dal servizio di appartenenza.

Le uniche risorse aggiuntive riguardano la stabilizzazione dell'ambulatorio di Terni per il funzionamento del quale è necessario reperire il seguente personale:

- Un medico nutrizionista per 10 ore settimanali
- Un dietista per 10 ore settimanali
- Due psicoterapeuti esperti in conduzione di gruppi e in psicodiagnostica per 10 ore settimanali ciascuno

dr.ssa A. Tamantini

dr. A. Antonini

dr. I. Masci

Convenzione tra l'Azienda USL n.2 e la CASALIGHA Soc.  
Cooperativa Sociale per l'attivazione di un Progetto dipartimentale  
per la costruzione d'una rete aziendale integrata  
per il trattamento dei DCA.

L'anno \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_, presso  
la sede legale dell'Azienda USL Umbria 2, sono presenti:

- L'Azienda USL Umbria n.2, con sede in Terni, via Donato Bramante n. 37, partita IVA 01499590550, in persona del suo rappresentante legale e Direttore Generale, dott. Sandro Fratini, di seguito denominata "Azienda",
- La CASALIGHA Soc. Cooperativa Sociale, con sede legale in Terni, via gorizia, 13, partita iva e codice fiscale: 00363200551; iscrizione alla C.C.I.A.A. di Terni al n. rea 49904; iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali della Regione Umbria: n. 23, in data in 02/08/2006 come da determina dirigenziale nr. 7088 (sezione A); iscrizione all'albo delle cooperative D.M. Attività Produttive del 23/6/2004: N. A150565 data iscrizione 29/03/2005 – Sezione cooperative a mutualità prevalente di diritto di cui agli artt. 111 septies, 111 undicies e 223 tredices comma 1; Categoria : Cooperative sociali; in persona del suo legale rappresentante sig.ra Anna Catania, nata a Terni il 25/03/1955, residente in Terni, Via Donizetti, 63, cod. fisc. CTN NNA 55 C 65 L117 S, seguito denominata "Gestore",

PREMESSO CHE

Ai sensi dell'art. 8 bis del Decreto Legislativo 502/92, le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, nonché di soggetti accreditati nel rispetto di appositi accordi contrattuali.

Lo svolgimento di attività sanitarie e socio sanitarie a carico delle SSN presuppone, ai sensi del D. Lgs. n. 502/92 e del regolamento Regionale n.2/2000, un percorso articolato in tre fasi: autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali.

L'autorizzazione all'esercizio di attività socio sanitarie presuppone il possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal D.P.R. 14/01/97 e dalle disposizioni regionali di riferimento.



Lo svolgimento di attività socio sanitarie a carico delle SSN avviene nel quadro di specifici accordi contrattuali che le Aziende USL possono stipulare, laddove ritenuto necessario, con soggetti accreditati nell'ambito della programmazione annuale di ogni Azienda.

La Regione dell'Umbria ha dettato disposizioni mediante il regolamento regionale n.3/2002 "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie", in base al quale le Aziende USL regionali possono instaurare rapporti convenzionali nel rispetto con questa tipologia di strutture che, a seguito dei controlli effettuati dalle USL competenti per territorio, sono risultate in possesso dei requisiti previsti ed hanno quindi ottenuto l'autorizzazione da parte del competente servizio della Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali.

La Regione dell'Umbria, con DGR n.1928 del 20/12/2010, ha definito le tariffe massime per la remunerazione per le prestazioni erogate nelle strutture che prestano assistenza nei casi di DCA prevedendo la retta per il residenziale (€ 230) e quella per due diversi regimi di semiresidenziale (12 ore: €150; 6 ore: € 80).

Rispetto a quanto definito con la sopra richiamata DGR, le esigenze rappresentate nel progetto del DSM dell'Azienda fanno riferimento ad una diversa modulazione delle attività di semiresidenziale, prevedendo un regime modulato anche sulle otto ore e sulle quattro ore. Ne consegue che è necessario definire le tariffe anche per i regimi aggiuntivi, rapportandoli alle tariffe definite dalla Regione.

Il Gestore è titolare della struttura "Città Giardino" di Terni, via Pasubio n.5, che è stata autorizzata dalla Regione Umbria, Direzione Regionale salute, coesione sociale e società della conoscenza – Servizio accreditamento e valutazione di qualità -, con Determinazione Dirigenziale n.5726 del 18/07/2012, quale Comunità Terapeutica di tipo 2 per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il Gestore, per la medesima struttura, ha effettuato il pre-audit in data 19-11-2013, con notifica del rapporto in data 10/12/2013 da parte della Regione Umbria Direzione Regionale salute, coesione sociale e società della conoscenza – servizio accreditamento e valutazione di qualità -, e, pertanto, la stessa deve essere considerata in regime di accreditamento provvisorio in attesa dell'audit conclusivo, come previsto dal Disciplinare per l'accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie pubbliche e private della Regione Umbria.

Tutto ciò premesso, si conviene quanto segue:





#### Art. 1 – Premessa.

La premessa costituisce parte integrante della presente convenzione.

#### Art. 2 – Oggetto.

Con la presente convenzione il Gestore si impegna ad fornire servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale a carattere terapeutico-riabilitativo a favore di soggetti affetti da "Disturbi del Comportamento Alimentare" (DCA) residenti nel territorio dell'Azienda, sulla base dei progetti personalizzati elaborati dai servizi del Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda stessa (DSM).

In particolare il Gestore assicura la disponibilità di n. 6 posti letto in regime residenziale presso la propria struttura "Città Giardino", riservando all'Azienda la priorità per l'accesso agli stessi; il Gestore assicura poi n. 10 posti in regime semiresidenziale, che sarà articolato, in funzione dei programmi terapeutici da effettuare, in quattro fasce di impegno operativo. In particolare sono previste frequenze in diurno della durata di 4, 6, 8 e 12 ore giornaliere. L'utilizzazione da parte dell'Azienda dei posti in regime semiresidenziale, sarà tendenzialmente per l'intera disponibilità offerta dal Gestore, ferma restando la possibilità per questo di effettuare inserimenti di pazienti sui i posti eventualmente non utilizzati dall'Azienda.

Per parte sua l'Azienda si impegna a fornire prestazioni professionali specialistiche di psicologo, per complessive n. 9 ore settimanali o comunque in un numero ritenuto congruo in funzione dell'attività realmente espletata dal Gestore, anche al fine di garantire la congruità delle attività con il progetto del DSM dell'Azienda. È facoltà del Gestore di esprimere il proprio gradimento specifico sul professionista messo a disposizione dell'Azienda.

#### Art. 3 – Accesso ai servizi convenzionati.

Gli inserimenti nella struttura si attuano con parere favorevole del direttore del Dipartimento di Salute Mentale o della figura da questi specificatamente individuata, che provvederà a concordarli con il Responsabile della Struttura, previa autorizzazione del Direttore del Distretto competente per gli aspetti economici e finanziari.

Il Servizio inviante stilerà la richiesta di inserimento corredata da una breve relazione sulla storia sanitaria, profilo psico-sociale, diagnosi e terapia in atto della persona da inserire e la invierà al Direttore del DSM o alla figura da questi specificatamente individuata per il r



elativo parere ed il proseguo del percorso d'inserimento. L'equipe Terapeutica della Struttura valuta l'opportunità e la compatibilità dell'inserimento e concorda con i referenti del Servizio inviando il progetto Terapeutico e il calendario delle verifiche periodiche. Concorde inoltre i tempi e le modalità dei rapporti e delle visite al paziente da parte dei familiari.

Ragioni che escludono automaticamente ogni ingresso sono: la presenza di malattie infettive ad alto rischio; l'incompatibilità della patologia del Paziente con l'intervento terapeutico della struttura; la mancata presa in carico economico - amministrativa della retta da parte dell'Azienda.

Le richieste di inserimento pervenute dalle famiglie di origine sono ricondotte ai Servizi territoriali di competenza, con i quali sono concordati i progetti terapeutici. In mancanza di posti liberi, la richiesta è trasferita in una lista di attesa tenuta a cura del DSM.

#### Art. 4 – Corrispettivi e modalità di pagamento.

Per le prestazioni previste all'art.2 sono stabilite le seguenti tariffe:

- Posto letto residenziale: € 210,00= (duecentodieci/00) per ogni giorno di residenzialità;
- Posto semiresidenziale 12 ore: € 130,00= (centotrenta/00);
- Posto semiresidenziale 8 ore: € 90,00= (novanta/00);
- Posto semiresidenziale 6 ore: € 80,00= (ottanta/00);
- Posto semiresidenziale 4 ore: € 50,00=(cinquanta/00);
- Prestazione specialistica di psicologo ad ora: € 30,00=(trenta/00).

Le tariffe si intendono IVA esclusa, se ed in quanto dovuta.

Si precisano le seguenti modalità di computo delle giornate di presenza:

- **residenziale:** la giornata di ingresso è considerata intera se l'arrivo è nelle ore antimeridiane, mentre è ridotta della metà se l'arrivo avviene nelle ore postmeridiane; analogamente è da considerare la giornata di uscita, dunque questa non sarà conteggiata se la dimissione avviene in orario antimeridiano, mentre sarà ridotta della metà nel caso di dimissioni pomeridiane; l'eventuale ricovero o altra causa di allontanamento dell'utente dalla struttura, comporterà



una riduzione della tariffa pari a €10,00=(dieci/00), che sarà comunque corrisposta sino alle dimissioni eventualmente formalizzate dal DSM;

- **semiresidenziale:** la tariffa sarà corrisposta per la durata del piano assistenziale, anche nell'eventualità che l'utente non si rechi presso la struttura, fatta salva la possibilità per il DSM di interrompere il piano assistenziale e sino alla comunicazione di tale interruzione; in questi casi, per le giornate di assenza sarà praticata una riduzione di € 5,00=(cinque) per il regime di sei e di otto ore e di € 10,00=(dieci/00) per il regime di 12 ore.

Le prestazioni saranno fatturate, sia dal Gestore che dall'Azienda, con cadenza mensile e il pagamento delle stesse dovrà essere effettuato entro 90 giorni dal ricevimento, rispettivamente con le modalità del bonifico bancario e del mandato di tesoreria.

La fatturazione da parte del Gestore dovrà essere accompagnata da una distinta nella quale siano riportati, per ogni ospite, i giorni di effettiva presenza ed il regime di riferimento.

La fatturazione da parte dell'Azienda dovrà essere accompagnata dal foglio firme di presenza dello specialista.

L'Azienda, qualora ritenuto funzionale ai propri sistemi di gestione economica e finanziaria, è autorizzata ad effettuare compensazioni finanziarie in relazione ai pagamenti ed agli incassi riferiti alle fatture passive ed a quelle attive.

Si dà atto che l'Azienda, in quanto pubblica Amministrazione, è soggetta alle disposizioni di cui all'art. 16 bis, comma 10, della Legge n.2/09 (acquisizione obbligatoria DURC).

#### Art. 5 – Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

Il Gestore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art.3 della Legge 13/08/10 n.136.

Il Gestore, contestualmente alla stipula della presente convenzione, indica i conti correnti dedicati ed i nominativi dei soggetti che potranno operare su tali conti.

Il Gestore si obbliga altresì a comunicare all'Azienda ogni modifica relativa ai dati sopra richiamati.



#### Art. 6 – Obblighi di prestazione ed onnicomprensività della tariffa

A fronte del pagamento della tariffa nei termini sopra indicati il gestore è tenuta ad erogare tutte le prestazioni relative ad assistenza diretta alla persona, assistenza tutelare, servizio alberghiero, trasporto (finalizzato al progetto terapeutico), attività riabilitativa, flusso mensile di informazioni sulle condizioni cliniche degli ospiti, attività educative, occupazionali, ricreative e culturali riportate nel piano assistenziale personalizzato elaborato per ogni ospite e codificato nella cartella.

In ogni caso le prestazioni erogate dal Gestore devono essere conformi ai requisiti minimi previsti dalla normativa vigente, in particolare sotto il profilo organizzativo e strutturale deve essere garantito il rispetto di quanto disposto dal D.P.R. 14 gennaio 1997, dalla D.G.R. 21/05 e dalla D.G.R. 1708/09. Eventuali modifiche normative in materia, comporteranno l'impegno delle parti alla modifica della convenzione.

#### Art. 7 - Organizzazione del Centro Diurno.

Il Gestore deve garantire:

una organizzazione flessibile nelle ore diurne basata sulle necessità dei soggetti presi in carico e sui Piani terapeutico-riabilitativi individualizzati con apertura nell'intero anno, nei giorni feriali dalle ore 08.00 alle ore 20.00.

un'organizzazione del personale adeguata ai bisogni degli utenti nel rispetto del programma terapeutico-riabilitativo individualizzato;

spazi e servizi adeguati alla tipologia di utenti nel rispetto degli standard definiti nelle normative nazionali e regionali di riferimento;

la rispondenza alle vigenti norme in materia igienico-sanitaria ed infortunistica.

#### Art. 8 – Personale

Il personale che opera nella struttura per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo, risulta da apposito elenco, depositato presso la Direzione del Distretto Sanitario di Terni, al momento della stipula della convenzione. Nell'elenco viene indicato, accanto a ciascun nominativo, il profilo professionale, la qualifica, la tipologia del rapporto contrattuale, l'orario settimanale svolto nel Centro, il curriculum formativo e lavorativo.





È fatto obbligo al Gestore di comunicare entro 48 ore, qualsiasi variazione del personale in servizio presso la struttura, anche se in via temporanea e semestralmente l'elenco aggiornato del personale in servizio.

Il Gestore si impegna ad impiegare personale in possesso delle idonee qualifiche professionali e con specifica formazione comprovata attraverso curricula ed attestati di frequenza a corsi di qualificazione specifici, con competenze professionali nell'area socio-riabilitativa, educativa ed occupazionale ed esperienza maturata nei servizi educativi e socio-riabilitativi. Si impegna altresì a predisporre un piano annuale di aggiornamento del personale impiegato.

Il Gestore si impegna ad applicare integralmente, al personale in servizio nel Centro i contratti collettivi di lavoro vigenti per le singole categorie.

Il Gestore si impegna ad assicurare la continuità del personale addetto, tenendo conto dei rapporti e delle relazioni che si instaurano tra assistito ed operatore.

Nel Centro deve essere previsto un Responsabile della struttura con compiti di coordinamento e di supervisione metodologica ed organizzativa.

#### Art. 9 – Documentazione

Il Gestore si impegna a tenere aggiornata la documentazione relativa agli ospiti e all'organizzazione della vita comunitaria.

Gli strumenti essenziali della documentazione comprendono:

- scheda/cartella sanitaria individuale;
- scheda di report mensile sull'attività svolta;
- registro presenze ospiti;
- registro delle presenze del personale con indicazioni dei turni di lavoro;
- eventuale altra documentazione richiesta dall'Azienda;

Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, la documentazione relativa agli ospiti dovrà essere esibita ai soggetti formalmente incaricati della vigilanza.



## Art. 10 – Controlli

L'Azienda attiverà un sistema di monitoraggio e controllo (vigilare sull'andamento della struttura, controllare l'adempimento degli obblighi previsti dalla presente convenzione, verificare che le attività svolte rispondano agli obiettivi stabiliti nei Piani di Assistenza Individuale).

L'esito negativo del controllo comporta, a discrezione dell'Azienda, l'applicazione di una penale nella misura massima di € 2.000,00= per ogni contestazione, che comunque devono essere effettuate in forma scritta.

Trascorsi 10 gg. dalla contestazione, qualora il Gestore non abbia provveduto a sanare le inadempienze, l'Azienda adotterà i provvedimenti di competenza.

Qualora vi fosse reiterazione nella violazione di articoli della presente convenzione, l'Azienda si riserva di procedere alla risoluzione del rapporto.

In ogni caso, il rapporto potrà essere risolto per accertata carenza dei requisiti in base ai quali il competente Servizio della Direzione Regionale Sanità e Servizi sociali ha rilasciato l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

## Art. 11 - Protezione dei dati personali

Le informazioni e i dati relativi all'Azienda ed agli assistiti che vengono comunicati al Gestore, che comunque dovranno essere acquisite, devono essere trattati nel rispetto della normativa vigente. Le operazioni di trattamento dovranno essere effettuate esclusivamente per il perseguimento delle finalità correlate ai servizi e alle attività oggetto della presente convenzione.

E' obbligatorio, inoltre, mantenere la massima riservatezza sulle informazioni e i dati predetti e adottare idonee misure affinché nessuno possa prendere visione o impossessarsene, con particolare riguardo ai dati degli assistiti che consistono in dati sensibili e sanitari, adottando ogni opportuna misura fisica, logico-informatica e organizzativa.

Alla scadenza della convenzione o, comunque al termine del rapporto di collaborazione, il gestore dovrà riconsegnare all'Azienda tutti i dati di cui è in possesso, comunque conservati, e continuare a rispettare l'obbligo di riservatezza.

## Art. 12 - Copertura assicurativa



Il Gestore è tenuto a stipulare apposita copertura assicurativa di legge a favore degli utenti trattati, con congrui massimali di rischio, a garanzia di eventuali danni arrecati dal proprio personale agli ospiti, compresa la responsabilità civile di questi ultimi verso terzi per qualsiasi evento dannoso da essi causato nel periodo di permanenza nella struttura.

Di tali atti il Gestore è tenuto a dare formale comunicazione all'Azienda.

#### Art. 13 – Durata della convenzione

Gli accordi di cui alla presente convenzione avranno decorrenza dalla data \_\_\_\_\_ e scadenza in data \_\_\_\_\_.

Sono fatte salve le altre cause di cessazione previste dalla presente convenzione o da eventuali provvedimenti regionali o statali

#### Art. 14 – Disposizioni finali

Il Gestore riconosce a suo carico tutti gli oneri e le spese per la predisposizione del presente atto e la sua eventuale registrazione, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale Umbria n. 51/1995, ivi compresi quelli derivanti dall'eventuale erronea dichiarazione di cui al comma che precede.

Il Gestore dichiara di essere una ONLUS e, pertanto, i relativi atti sono esenti dall'imposta di bollo, ai sensi del D.P.R. n. 642/1972 e del D.Lgs. n.460/1997.

#### Art. 15 – Foro competente

Per qualsiasi controversia viene eletto quale foro competente quello di Terni.

La presente scrittura privata è redatta in duplice originale e consta di nove pagine dattiloscritte, oltre che di parte della successiva, e, dopo la sua lettura, viene approvata con la sottoscrizione che segue.

Il Gestore \_\_\_\_\_



L'Azienda \_\_\_\_\_

Il Gestore espressamente dichiara di aver preso piena conoscenza e di accettare tutte le clausole del presente contratto, ai sensi dell'art. n. 1341 c.c. e di approvare specificatamente quelle di cui agli artt. 4 (Corrispettivi e modalità di pagamento), 5 (Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari), 12 (Controlli) e 14 (Protezione dei dati personali), ai sensi dell'art. 1342 c.c..

Il Gestore \_\_\_\_\_

