Logo Azienda
Richiedente

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro
una Squadra al lavoro per garantire salute

C O N V E N Z I O N E

T R A

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, (di seguito per brevità denominata ASL)**,** Partita I.V.A. n. 06328131211, legalmente rappresentata dal Direttore Generale dott. …….. , domiciliato per la carica in Via Comunale del Principe, 13/a – 80145 Napoli,

E

Azienda…….. Via …… C.F…….partita Iva……, legalmente rappresentata da ……., domiciliato per la carica ……..,

congiuntamente denominate le "**Parti**"

PREMESSO:

che le parti come sopra operano nel rispetto della normativa vigente e nella compatibilità con i propri fini istituzionali,

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE:

Art. 1- Oggetto

L'A.S.L. Napoli 1 Centro, aderendo alla richiesta avanzata dall' Azienda…….., s'impegna ad assicurare alla stessa *l'effettuazione di Accertamenti Sanitari (di II° livello) di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi della "Conferenza Unificata Stato-Regioni, città e autonomie locali G.U. n. 266 del 15.11.2007 e successive integrazioni del 18.09.2008"* per i circa n°…….dipendenti dell'Azienda…….. e per la quale il Medico Competente dott. ……, effettua la Sorveglianza Sanitaria ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008.

Art. 2- Procedura

Le procedure di accertamento di II° livello, in attuazione della Delibera ex ASL Napoli 1 n. 967/2008 e della delibera n. 360/2010 di recepimento della DGRC n. 1448/2009, vengono effettuate presso le UU. OO. Ser.D. competenti afferenti al Dipartimento Dipendenze dell'ASL, e dovranno accertare l'assenza di tossicodipendenza in coerenza con gli atti deliberativi citati.

La richiesta di tali accertamenti sarà effettuata a cura del Medico Competente dell'Azienda…….., individuato all'art. 1 e dovrà essere inoltrata al Dipartimento Dipendenze - Calata Capodichino 230 - 80144 ex O.P. L. Bianchi (NA) a mezzo e-pec : *farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it*

La predetta richiesta, (adeguatamente motivata, a firma del Medico Competente dell'Azienda…… a seguito di positività degli accertamenti di primo livello, o qualora ravvisi la necessità di ulteriori accertamenti sanitari sulla base di criteri clinico/diagnostici segni e sintomi di sospetta tossicodipendenza, ai sensi dell'art. 5 comma d) dell'Atto d'Intesa provv. 178/CU/08), sarà prontamente riscontrata, dalla PEC: farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it, al medico competente con l'individuazione della data e dell'orario di un primo incontro di accettazione (entro e non oltre gg.10 dalla richiesta del Medico Competente).

In tale fase sarà comunicata dagli Uffici Dipartimentali con apposita nota al lavoratore, inoltrata a mezzo e-mail, la data e l'ora per un primo incontro con l'équipe multiprofessionale della U.O. Ser.D. (Servizio Dipendenze) all'uopo individuata dal Referente Aziendale ASL.

L'intero procedimento sarà reso al di fuori dell'orario di lavoro nelle predette strutture del Dipartimento Dipendenze, al fine di garantire, in base alla vigente normativa, un accesso a percorsi paralleli e diversificati dagli interventi protocollari, il tutto nel massimo rispetto della privacy.

Nel caso in cui il lavoratore non si presenti alla suddetta convocazione, sarà disposta nuova convocazione, a mezzo raccomandata A.R., entro gg.10.

In quest'ultimo caso, perdurando l'eventuale assenza del lavoratore, sarà data apposita notifica al Medico Competente dell'Azienda…….. – dott. ……. - per il prosieguo.

Art. 3- Relazione Finale ed eventuale programma riabilitativo

La relazione diagnostica finale redatta secondo un modello di tipo dipartimentale, firmata dai componenti dell'équipe multidisciplinare della U.O. presso cui è stata eseguita la procedura di valutazione sarà inviata al Medico Competente dell'Azienda……. – dr ……. – a mezzo pec. La suddetta relazione dovrà esplicitare i vari aspetti della diagnosi cui hanno concorso le varie componenti professionali, in uno alla valutazione dei risultati delle indagini tossicologiche.

Nel caso in cui gli accertamenti diagnostici di cui al successivo art. 4 evidenzino uno stato di tossicodipendenza, il lavoratore sarà invitato a seguire un adeguato programma riabilitativo presso la U.O. Ser.D. dell'ASL di riferimento, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Art. 4- Prestazioni e Corrispettivo

Il Processo Diagnostico prevede che siano realizzate almeno le seguenti prestazioni:

a) Accertamenti diagnostici clinici e b) Accertamenti Tossicologici Analitici.

a) Accertamenti diagnostici clinici che saranno svolti c/o la U.O. Ser.D. individuata dal Dipartimento Dipendenze.

L'intervallo di tempo minimo, individuato nelle deliberazioni citate, per garantire un'osservazione diagnostica adeguata, oltre che mettere in atto tutte le procedure necessarie per formulare la diagnosi, può essere considerato, mediamente, *di quattro settimane* durante le quali le diverse professionalità possono valutare l'esistenza o meno di una condizione patologica complessa e multifattoriale qual è la tossicodipendenza. L'equipe di riferimento si *riserva in ogni caso di prolungare l'intervallo di tempo* indicato qualora siano individuate ulteriori necessità di approfondimento diagnostico, e di prevedere, altresì, l'esigenza adeguatamente motivata, di ulteriori indagini cliniche e/o tossicologiche prima di emettere una diagnosi precisa e attendibile.

Durante il periodo suddetto sono previste:

- *Due visite con il medico e l'infermiere, mediamente in fase iniziale e finale del periodo di valutazione.* La durata della singola visita medica sarà di 30 minuti, mentre l'attività dell'infermiere del periodo di 20 minuti, sarà comprensiva di assistenza al medico e di collegamento con il Polo Tossicologico di Riferimento Territoriale sito all'ex P.S.P. "Loreto Crispi" per i prelievi tossicologici su matrice urinaria.

- *Due colloqui con lo psicologo, in fase iniziale e finale del periodo di osservazione, della durata di 30 minuti ciascuno;*

- *Due colloqui con l'assistente sociale, sempre in fase iniziale e finale del periodo suddetto, della durata di 30 minuti ciascuno.*

Per ciascun **certificato richiesto**, sarà fatturato, dal competente Ufficio Fatture dell'UOC G.E.F. ASL NA1 Centro, all' Azienda …… **l'importo totale di € 280,00**, che sarà ripartito ai sensi del comma 2 così come disposto dalla Deliberazione ASL NA1 Centro n. 360/2010, nel seguente modo:

Dirigente Medico € 80,00 - Dirigente Psicologo € 80,00, Personale di supporto del comparto € 80,00 (di cui € 40,00 assistente sociale ed € 40,00 personale infermieristico) e per ASL Napoli 1 Centro € 40,00;

all'importo predetto va aggiunto, nella fattura di che trattasi, anche quanto dovuto per gli Accertamenti *Tossicologici Analitici*:

b) Accertamenti Tossicologici Analitici che saranno effettuati c/o il Polo Tossicologico di Riferimento Territoriale sito all'ex P.S.P. "Loreto Crispi" - Via Michelangelo Schipa 9, Napoli - Tel. 081.2547234 - 7294, email: lab.crispi@aslnapoli1centro.it, autorizzato e certificato ai sensi della normativa vigente.

Riguardo agli accertamenti tossicologici, questi andranno effettuati su matrice biologica urinaria.

L'equipe dell'UO Ser.D valuterà il numero e la frequenza dei prelievi in base alle esigenze diagnostiche. Test previsti:

Amphetamine + Metamphetamine, Buprenorfina, Cannabinoidi, Cocaina, Ecstasy, Metadone, Oppiacei, Creatinina, Test di conferma per droghe di abuso.

Gli accertamenti diagnostici richiesti saranno fatturati secondo il Tariffario regionale pubblicato con Decreto n. 32 del 27 marzo 2013 con maggiorazione del 10% disposta dal D.G. con nota prot. n. 28396/2014 del 25.06.2014.

Tutti i suddetti importi di cui ai precedenti punti a) e b) saranno maggiorati della vigente imposta IRAP pari all'8,50 % a carico dell'ente committente.

- a seguire, a titolo esemplificativo e non esaustivo, prospetto dei principali codici con

reltive descrizioni e tariffe:

CODICE Decreto n° 32 27.03.2013	**Descrizione**		**COSTI €** Decreto n° 32 27.03.2013	**Maggiorazione del 10% in €** ---------- Nota del DG n° 28396/14 25.06.2014
90.18.3	**DROGHE D'ABUSO**	AMFETAMINA	**5,39**	**5,93**
		CANNABINOIDI	**5,39**	**5,93**
		COCAINA	**5,39**	**5,93**
		METADONE	**5,39**	**5,93**
		OPPIACEI	**5,39**	**5,93**
		BUPRENORFINA	**5,39**	**5,93**
		ECSTASY	**5,39**	**5,93**
90.09.3		BARBITURICI	**7,36**	**8,10**
90.09.4		BENZODIAZEPINE	**10,33**	**11,36**
Disposizione n° 1448 dell'11.09.2009 dell'A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria	**Analisi Tossicologiche di conferma in GC/MS (Matrice Urinaria)**		**105,00 per ogni analita**	

Il test di conferma per le droghe di abuso, con metodologia cromatografica accoppiata alla spettometria di massa, sarà effettuato presso il laboratorio di Patologia e caratterizzazione Tossicologica presso il Loreto Crispi dell'Asl Napoli 1 Centro, gli accertamenti su matrice cheratinica (capello e pelo pubico) saranno effettuati secondo quanto concordato con il laboratorio della Seconda Università in attesa dell'attivazione della procedura presso il Loreto Crispi dell'Asl Napoli 1 Centro.

Art 5 – Comunicazioni e Certificazioni sulle prestazioni rese

-L'Azienda……dovrà comunicare, all'indirizzo pec:farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it con nota al *Direttore del Dipartimento Dipendenze* il numero di utenti cui sono state effettuate le procedure tese all'accertamento diagnostico di assenza di tossicodipendenze o assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, attestandone il regolare svolgimento, al fine di consentire all'Asl l'emissione delle fatture, se in quanto dovute.

-Il Referente Aziendale della presente convenzione è il Direttore del Dipartimento Dipendenze dell'ASL Napoli 1 Centro.

-*Il Direttore del Dipartimento Dipendenze*, previo controllo del rispetto dei limiti di durata massima dell'orario settimanale di lavoro e riposo giornaliero ex Legge n. 161/2014 del personale coinvolto, trasmetterà all'UOS ALPI e all'UOC GEF (CUFA) i nomi dei partecipanti e le percentuali di competenza dei rispettivi Ser.D, nonché il resoconto delle prestazioni debitamente documentate e conformi alle richieste della Committente, al fine di consentire rispettivamente la contabilizzazione in percentuale (UOS ALPI) e l'emissione delle fatture;

-*Il Direttore dell'UOC Laboratorio di Patologia Clinica del PSP S.M. Loreto Crispi*, previo controllo del rispetto dei limiti di durata massima dell'orario settimanale di lavoro e riposo giornaliero ex Legge n. 161/2014, trasmetterà all'UOS ALPI e all'UOC GEF (CUFA) il resoconto delle attività documentate, i nomi e le ore rese dai professionisti coinvolti nonché la quantificazione dei costi sostenuti (per uso strumentazione aziendale), onde consentire rispettivamente la contabilizzazione in percentuale (UOS ALPI) e l'emissione della fattura.

Una volta accreditata la somma, **l'UOC GEF** trasmetterà al UOS Staff Monitoraggio, analisi e controllo attività intramoenia, la reversale di incasso per consentire alla medesima l'inserimento dei dati nella procedura informatizzata **ALPI – JSISAN**.

Art. 6- Fatturazione e Pagamento

L'Azienda……. provvederà alla liquidazione dell'importo relativo all'ammontare del corrispettivo, a seguito di emissione da parte dell'A.S.L. Napoli 1 Centro di regolare fattura.

Il pagamento della fattura fiscale - esclusivamente in formato elettronico - dovrà avvenire da parte dell'Azienda…….., entro 60 gg dal ricevimento.

La stessa dovrà essere trasmessa tramite il canale servizio di fatturazione elettronica web e dovrà essere:

intestata al "……"

codice fiscale …….

Via ……..,

Riportare il Codice Univoco Ufficio ……..

Riportare l'**IBAN** dell'ASL NAPOLI 1 Centro **IT84J 03069 034961 00000300030**

Riportare il **numero di protocollo / delibera di adozione** del presente accordo

Art.7- Percorso diagnostico non completato

Nel caso in cui il percorso diagnostico non sia completato, è previsto il pagamento della singola prestazione erogata.

Art. 8- Eventuali accordi di sensibilizzazione

L'ASL Napoli 1 Centro, attraverso il Dipartimento Dipendenze, e l'Azienda…. …….. si riservano di concordare iniziative di sensibilizzazione rivolte ai lavoratori e finalizzate a migliorare le proprie competenze sulla prevenzione dei comportamenti a rischio legati al consumo di sostanze stupefacenti e di aggiornamento rivolte ai medici competenti.

Qualora da parte dell'Azienda…….. si ritenga opportuno concordare in modo continuativo la realizzazione di tali iniziative si porrà in essere apposita specifica convenzione.

Art. 9- durata

La presente convenzione, redatta conformemente ai dettami della presente normativa sull'attività-libero professionale, *ha decorrenza* ***dal ……. al ……..*** *per la durata di un anno.*

La stessa potrà eventualmente essere rinnovata, per uguale periodo, solo a seguito di specifica richiesta e di formale accettazione da parte dell'ASL Napoli 1 centro.

L'eventuale risoluzione anticipata potrà essere richiesta da una delle parti con preavviso di almeno 30 giorni a mezzo PEC.

Art. 10- Oneri fiscali

Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi degli artt. 5 e 39 del D.P.R. 26 aprile 1986 n.131 e successive modificazioni ed integrazioni, con relativo onere a carico della parte richiedente.

Il presente contratto viene redatto per scrittura privata non autenticata in formato digitale, ai sensi dell'art.15, comma 2 bis, della L. n. 241/1990 esso sconta l'imposta di bollo sin dall'origine, assolta in formato virtuale da parte dell'Azienda ……..

Art. 11- Controversie…

In caso di controversia relativa all'interpretazione o all'esecuzione della presente convenzione e delle eventuali parti ad essa allegate, la questione verrà in prima istanza definita per via bonaria composizione; qualora non fosse possibile procedere a tale forma di composizione, il foro competente per ogni decisione nel merito della controversia è quello di Napoli.

Art. 12 – Obblighi di riservatezza

Le parti si impegnano a trattare i dati esclusivamente per la finalità dichiarata nel presente atto, osservando i principi di necessità, pertinenza e non eccedenza e disponendo misure organizzative e di sicurezza adeguate al dettato normativo vigente in materia di trattamento dei dati D. Lgs. n. 196/2003 e G.D.P.R. 2016/679 e ss.mm.ii., conseguentemente la A.S.L. si impegna a mantenerle riservate e non formulare e/o cederle ad altri soggetti. Il personale dell'ASL Napoli 1 Centro coinvolto nelle attività oggetto nella presente convenzione verrà individuato dalla richiedente Azienda….……..……. come proprio "INCARICATO AUTORIZZATO" al trattamento dei dati personali, ai sensi del art. 29 del G.D.P.R. 2016/679.

Il presente accordo è sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 15, comma 2 bis della Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Per l'Azienda……..	**per l'ASL NAPOLI 1 CENTRO**
il Rappresentante Legale	**il Direttore Generale**