

DAM  
DSM  
CE  
FO PROT.  
RA

**ACCORDO LOCALE DI FORNITURA TRA L'AZIENDA USL DELLA ROMAGNA E GLI ENTI AUSILIARI IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE A FAVORE DI PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA. PERIODO 01.01.0215 – 31.12.2016.**

Vista la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1718 del 25.11.2013 avente ad oggetto " Approvazione dell'Accordo Generale per il triennio 2014 – 2016 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso e requisiti specifici per l'accreditamento del percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche",

Per Competenza  
Diniatto,  
Rimini  
Per conoscenza  
Dipartimento  
Salute Rimini  
Protocollo  
CE-RA-FO

**TRA**

**L'AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA**, avente sede in Via De Gasperi, 8, 48121 Ravenna, Codice Fiscale e Partita IVA 02483810392, legalmente rappresentata dal Direttore Generale dott. Marcello Tonini, che con Delibera n. 424 del 19/05/2015 dà mandato al dott. Saverio Lovecchio, Coordinatore dei Servizi Sanitari Territoriali, a sottoscrivere il presente atto,

**E**

**I SEGUENTI ENTI AUSILIARI**

- o **Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale a.r.l. ONLUS** avente sede legale in Via Valverde n. 10/B – 47923 Rimini e legalmente rappresentata da Ramonda Giovanni nato a Fossano (CN) il 3/5/1960, residente a S. Albano Stura (CN) in Via Morozzo n.6
- o **Associazione Comunità San Maurizio**, senza fini di lucro, avente sede legale in Via Prati Verdi n. 9 – 47030 Borghi e legalmente rappresentata dal sig. Massimo Molari nato il 25.03.1964 a Zurigo, residente a Borghi via Prov. le USO 24;
- o **Cooperativa Sociale Cento Fiori ONLUS** avente sede legale in Via Portogallo n. 10 – 47900 Rimini e legalmente rappresentata da Ciavatta Monica, nata a Rimini il 18/9/1967, residente a Rimini in Via Cesare Beccaria n. 20
- o **Saman Servizi Cooperativa Sociale a.r.l.** avente sede legale in Via Bolzano n. 26 – 20127 Milano e legalmente rappresentata da Saletti Achille, nato a Verona il 16/5/1961, residente a Milano in Via Gluck Cristoforo n.56
- o **Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo ONLUS** avente sede legale in Via 56 Martiri n. 79 – 48124 Ravenna e legalmente rappresentata da Belletti Giuseppe Paolo, nato a Gatteo (FC) il 23/6/1949, residente a S. Alberto (RA) in Via Rivoletto n.29
- o **CO.M.E.S. Cooperativa Sociale ONLUS** avente sede legale in Piazza Scaelle n. 8 – 50034 Marradi Filippini Angelo, nato a Marradi (FI) il 10/5/1953, residente a Marradi (FI) in Popolano Via E. ordigiani n.13
- o **Centro Ravennate di Solidarietà ( CE.RA.S.) Cooperativa Sociale La CASA** avente sede legale in Via Cavour n.6 – 48100 Ravenna e legalmente rappresentata dal Presidente sig. Fausto Maresi nato ad Alfonsine il 25.05.1961, residente a Ravenna in Via G.Galassi, 10;

A  
Z  
M  
R  
A  
M  
P

AOO - AZIENDA U.S.L. della ROMAGNA  
PROTOCOLLO IN ARRIVO  
23 GIU 2015  
Prot. N. 0161820  
Tr. .... Cl. .... S.c. .... N.Fc.lo .....

si conviene quanto segue:

**ART. 1  
OGGETTO**

1

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

1. Con il presente atto si intende regolamentare a livello locale gli aspetti di carattere generale in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con problemi di dipendenza patologica, ai sensi dell'Accordo Generale, approvato con DGR 1718/2013, stipulato fra la Regione ed il Coordinamento degli Enti Ausiliari per il triennio 2014-2016 e, specificamente, in attuazione del punto 1 dello stesso.
2. Il presente Accordo Locale persegue gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi così come definiti dalla normativa specifica vigente, con le seguenti finalità:
- migliorare le condizioni di salute, di vita e di integrazione sociale delle persone affette da dipendenza patologica;
  - ridurre i danni sanitari e sociali connessi all'abuso di sostanze;
  - programmare percorsi di disintossicazione dalle sostanze;
  - strutturare percorsi finalizzati alla riduzione della cronicizzazione ;
  - garantire la continuità del percorso terapeutico e riabilitativo nelle varie fasi di trattamento ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e di reinserimento sociale;
  - aumentare l'efficacia dei trattamenti condivisi con riduzione contestuale delle interruzioni;
  - programmare, valutare e monitorare il fabbisogno dei percorsi terapeutico riabilitativi dell'utenza sulla base dei bisogni e dell'appropriatezza degli interventi, differenziando l'offerta per tipologia di trattamento e volumi di attività con riferimento ai risultati del monitoraggio di domanda, consumo di servizi, spesa e valutazione degli esiti dei percorsi;
  - privilegiare il trattamento dei pazienti presso le strutture residenziali e semiresidenziali ubicate nel territorio di competenza dell'Azienda USL della Romagna, riducendo gli invii presso centri di cura e riabilitazione extra Regione ER ed extra aziendali;
  - sperimentare nuove tipologie di intervento, in alternativa o ad integrazione dei trattamenti già oggetto di accreditamento compresi nella DGR n. 26/2005, per far fronte a bisogni emergenti, sanitari e socio-sanitari, delle persone con dipendenza patologica, mediante progetti personalizzati affidati ai medesimi Enti Ausiliari che sottoscrivono il presente Accordo Locale;
  - incentivare lo sviluppo di interventi territoriali e facilitare percorsi riabilitativi individualizzati di inclusione sociale delle persone affette da dipendenza patologica attraverso la sperimentazione della metodologia del budget di salute.
3. Le parti si impegnano ad individuare criteri di valutazione degli interventi socio-sanitari e di valorizzazione dei fattori produttivi che li compongono, con l'intento di addivenire alla definizione di un sistema tariffario omogeneo per livelli assistenziali.
- A tal fine, preliminarmente o contestualmente alla stipula del presente Accordo, gli Enti Ausiliari si impegnano a comunicare all'Azienda USL i seguenti dati relativi alle rispettive strutture socio-sanitarie da essi gestite:
- organigramma relativo a ciascuna sede erogativa, definendo i livelli di responsabilità organizzativa del servizio e dichiarando il personale ad esso assegnato, con riferimento a numero di operatori, titolo di studio/qualifica professionale e competenze acquisite nel campo specifico, piano di attività degli operatori, tipologia di contratto di lavoro e situazione contributiva;
  - schema degli orari di lavoro e dei turni settimanali, piani di sostituzione delle assenze del personale, modalità e strumenti del passaggio di consegne;
  - piano/programma delle attività settimanali;
  - programmi di formazione continua del proprio personale.
4. Le parti concordano sull'opportunità di avviare un percorso condiviso finalizzato alla futura definizione di una regolamentazione omogenea della compartecipazione alla spesa da parte del paziente relativamente agli interventi socio-sanitari residenziali.

*Handwritten notes and signatures on the right margin:*  
A. M. P. Per A  
A. M. P. Per A  
A. M. P. Per A  
A. M. P. Per A

**ART. 2**  
**VOLUMI DI PRODUZIONE**

1. Le parti concordano che:

- i volumi complessivi di produzione affidati in committenza dall'AUSL della Romagna negli anni 2015 e 2016 sono definiti con riferimento all'importo medio della spesa a consuntivo sostenuta per inserimenti nel triennio 2011-2013 (di seguito definita "spesa storica"), pari a complessivi € 4.389.800;
- il volume complessivo annuo di produzione, definito sulla base del fabbisogno stimato per ciascuna annualità del biennio 2015 - 2016, viene articolato, per tipologie di intervento e per fornitori, secondo la seguente ripartizione in percentuali, con uno scostamento del 5%:

% DEDICATA		TIPOLOGIA DI INTERVENTI	IMPORTO
A	70%	per interventi residenziali e semiresidenziali erogati dalle strutture sanitarie accreditate operanti sul territorio dell'Azienda USL della Romagna, gestite dagli EEAA firmatari	3.072.860
B	30% di cui:		
B1	10%	per interventi non compresi nelle tipologie di accreditamento sanitario di cui alla DGR n.26/05 gestiti ed erogati dagli EEAA firmatari	438.980
B2	10%	per interventi residenziali e semiresidenziali erogati da strutture specifiche per le dipendenze patologiche operanti fuori dal territorio dell'ASL della Romagna e fuori dal territorio regionale	438.980
B3	10%	per interventi residenziali, semiresidenziali e territoriali in strutture non specifiche per le dipendenze patologiche	438.980
Tot 100%			

- la committenza dei volumi e delle tipologie prestazionali di cui ai punti A e B1, sarà affidata in via esclusiva ai soli EEAA firmatari del presente Accordo e sarà erogata presso le strutture da essi gestite ed operanti sul territorio dell'AUSL della Romagna, elencate nell'All. 1 (*elenco strutture sanitarie e socio-sanitarie*). Tale elenco potrà essere periodicamente rivisto in relazione alle eventuali integrazioni/modifiche che intervengano nel piano dell'offerta di ciascun EA a seguito dell'attivazione/cessazione/trasformazione in corso d'anno di una o più strutture da esso gestite, ferma restando, da parte dell'AUSL, la fruibilità fin da subito del servizio sanitario o socio sanitario ivi erogato, previa verifica del possesso dei requisiti autorizzativi stabiliti dalla normativa vigente in materia.

2. L'Azienda USL della Romagna affiderà in committenza agli EEAA firmatari del presente accordo i volumi complessivi definiti nella tabella precedente, punti A e B1, facendo riferimento alla "spesa storica" delle preesistenti Aziende USL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini, come di seguito indicato:

	spesa storica	A (70%)	B1 (10%)	Totale (A+B1)
AUSL di Ravenna	1.446.890	1.012.823	144.689	1.157.512
AUSL di Forlì	757.525	530.268	75.753	606.020
AUSL di Cesena	728.485	509.940	72.849	582.788
AUSL di Rimini	1.456.900	1.019.830	145.690	1.165.520
AUSL della Romagna	4.389.800	3.072.860	438.980	3.511.840

Eventuali scostamenti rispetto ai valori sopraindicati saranno concordati fra i Direttori delle U.O. Dipendenze Patologiche al fine di mantenere inalterato il volume complessivo del budget affidato in committenza agli EEAA da parte dell'AUSL della Romagna.

3. Le condizioni del presente accordo si intendono confermate per tutta la durata di validità dello stesso fermo restando eventuali aggiornamenti relativi ai volumi massimi di produzione connessi ai fabbisogno stimato per la seconda annualità del biennio di vigenza del presente accordo.

4. In conseguenza dell'eventuale entrata in vigore di normativa nazionale e/o regionale che, definendo sistemi e individuando strumenti di monitoraggio dei volumi e dei costi riferite alle suddette prestazioni, introduca vincoli e/o imponga riduzioni al tetto massimo di spesa sostenibile su base annuale e/o pluriennale, la spesa complessiva per le prestazioni oggetto del presente accordo verrà conseguentemente ridefinita, restando tuttavia invariate le percentuali dei volumi di produzione sopraindicate.

### Art 3

#### INTERVENTI NON COMPRESI NELLA TIPOLOGIA OGGETTO DI ACCREDITAMENTO SANITARIO AI SENSI DEL DGR 26/2005

1. Le parti, su indicazione della Commissione Paritetica Locale dell'AUSL della Romagna, concordano che la quota del 10% della spesa storica di cui al punto B1, va destinata allo sviluppo di attività ulteriori e/o alternative rispetto agli interventi riabilitativi residenziali e semiresidenziali accreditati (DGR n.26/05). Tali interventi, ai sensi della DGR n. 1718/2013 potranno consistere in:

- a) Interventi sanitari riabilitativi a bassa intensità assistenziale, residenziali/territoriali;
- b) Interventi socio-sanitari residenziali/territoriali a bassa intensità per pazienti che necessitano prevalentemente di supporto sociale ed educativo anche per il reinserimento sociale;
- c) interventi territoriali e di sperimentazione del budget di salute.

2. Le parti concordano di estendere l'attività della Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), quale strumento di garanzia dell'equità dell'accesso alle prestazioni, ai soggetti con dipendenza patologica che necessitano della tipologia di interventi di cui al presente articolo.

3. Per gli interventi di cui alle lett. a) e b) le tariffe sono espressamente indicate nell'All.1. Per gli interventi di cui alla lett.c) si precisa che occorre procedere preliminarmente alla regolamentazione del budget di salute in ambito dipartimentale con la previsione dei criteri di valorizzazione economica delle prestazioni che andranno a comporre il progetto individualizzato.

*[Handwritten signatures and initials]*

#### Art. 4 SPERIMENTAZIONI

1. Si da atto che, al momento, in ambito aziendale, sono state avviate sperimentazioni di progetti individualizzati di "budget di salute", mediante accordi già stipulati che costituiscono riferimento contrattuale per qualunque U.O. D.P. dell'AUSL della Romagna ritenga necessario utilizzare i servizi di seguito indicati:

- Tipologia di intervento: appartamenti supportati
- Enti gestori: Comes, Papa Giovanni XXIII, Coop. La Casa
- Tariffe per l'anno 2015:
  - € 1.006,00 / mese per supporto educativo di n.10 h / sett
  - € 704,20 / mese per supporto educativo di n.7 h / sett
  - € 402,40 / mese per supporto educativo di n.3 h / sett

In tutti le sopra descritte tipologie di servizio è prevista la reperibilità dell'Educatore Professionale H24.

Tutti gli interventi attivati nell'ambito di tale tipologia di sperimentazione attingono le proprie risorse dal budget di cui all'art. 2 punto B1.

2. Le parti aderiscono alla sperimentazione pubblico-privato del Protocollo "Trattamento Complesso per i Disturbi Gravi di Personalità (DGP)", di cui alla Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 1182 del 21.07.2014 "Progetto di innovazione per la continuità assistenziale tra strutture residenziali e territorio nel trattamento dei disturbi gravi di personalità nei DSM-DP "Protocollo trattamento complesso i disturbi gravi di personalità". Ai fini dell'implementazione del trattamento complesso per i Disturbi Gravi di Personalità (DGP) in comorbilità con disturbi da uso di sostanze psicoattive, descritto nelle Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna (Circolare del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 7/2013), è stato definito un protocollo di sperimentazione che coinvolge le strutture del DSM DP e le seguenti strutture, Comunità terapeutiche e Residenze sanitarie accreditate, gestite da Enti privati non profit del bacino dell'Azienda USL della Romagna:

- strutture con accreditamento sanitario per le dipendenze patologiche:
    - "Villa Nina" Ravenna, Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo (dipendenze patologiche)
    - "COD Vallecchio", Montescudo (RN), Cooperativa sociale Cento Fiori (dipendenze patologiche)
    - "L'Ancora", Ravenna, Cooperativa sociale La Casa (dipendenze patologiche);
  - strutture socio-sanitarie:
    - "Sbuccia via", Dovadola (FC), Cooperativa Generazioni, Dovadola (FC) (salute mentale adulti) operante in collegamento con la struttura sanitaria accreditata "Casa Zacchera".
- Tutti gli interventi attivati nell'ambito del suddetto Protocollo attingono le proprie risorse dal budget di cui all'art. 2 punto A.

#### Art 5 ARRESTI DOMICILIARI

1. Le parti concordano che le tariffe per le persone agli arresti domiciliari nelle strutture accreditate devono coincidere con quelle previste nel presente accordo e si impegnano nel garantire l'appropriatezza di questi percorsi. Gli Enti si impegnano a valutare attentamente le richieste di inserimento agli arresti domiciliari e a comunicare tempestivamente tali richieste al Sert di competenza. In caso di avvenuto inserimento ne deve essere data analoga tempestiva comunicazione al Sert di residenza dell'utente.

2. La quota destinata agli inserimenti di persone agli arresti domiciliari inserite nelle strutture accreditate per il biennio 2015 – 2016 è pari ad euro 959.300,00, (importo medio della spesa a consuntivo sostenuta per arresti domiciliari nel triennio 2011-2013); tale spesa è oggetto di costante monitoraggio in sede di "Commissione Paritetica Locale".
3. La quota per gli inserimenti residenziali di persone agli arresti domiciliari è ulteriore rispetto alla quota indicata all'art. 2 punto A.

#### **Art. 6 MODALITA' DI ACCESSO**

1. L'ammissione al trattamento nelle rispettive sedi operative, avviene nel rispetto delle regole proprie degli Enti accreditati e nell'ambito degli accordi definiti con le DP aziendali mediante la seguente procedura:
- in base alla richiesta dell'Azienda USL, in attuazione del programma terapeutico elaborato e concordato congiuntamente dal competente Ser.T., dall' Ente privato accreditato e dal paziente previa diagnosi e valutazione funzionale di cui al successivo art.6);
  - per accesso diretto dell'utente presso una delle sedi accreditate degli Enti ausiliari previa diagnosi e valutazione funzionale. La struttura di accoglienza che effettua tale valutazione deve essere accreditata istituzionalmente per la tipologia "Struttura ambulatoriale di accoglienza e diagnosi" ai sensi delle DGR n.327/04 e n.26/05.
2. Si concorda che per dare attuazione all'accesso diretto, venga riconosciuto un tetto massimo del 5%.
3. Qualora ci fossero in futuro sedi operative accreditate come "struttura ambulatoriale di accoglienza e diagnosi", in caso di accesso diretto dell'utente, le stesse provvederanno a darne comunicazione alla UO DP aziendale territorialmente competente entro cinque giorni dal primo contatto e ad attivare le procedure per la condivisione del piano trattamentale. Il pagamento della retta decorrerà dalla data della comunicazione dell'inserimento, nell'ambito della quota percentuale disponibile.
4. Qualora l'Ente erogatore non sia accreditato per effettuare tale valutazione quest'ultima deve essere effettuata dalla UO DP aziendale territorialmente competente. Di tale valutazione deve risultare evidenza nella cartella personale dell'utente, così come di ogni variazione di programma o quant'altro necessario per la costruzione della storia clinica del soggetto.

#### **Art. 7 APPROPRIATEZZA CLINICA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

1. L'adozione della procedura e della scheda applicativa del progetto terapeutico deve essere condivisa e redatta nel modulo corrispondente adottato dalla Commissione Paritetica Locale dell'AUSL della Romagna "Inserimento e trattamento nelle strutture residenziali e semiresidenziali" (ALL. 2), e deve contenere le firme dell'operatore del Ser.T, dell'operatore o del referente della struttura accogliente, del paziente e del Direttore della U.O. Dipendenze Patologiche.
- Per esigenze terapeutico - riabilitative il soggetto può essere trasferito presso altra sede operativa dello stesso ente, associazione o cooperativa prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Il trasferimento deve essere concordato col Ser.T. di residenza, e notificato dall'Ente medesimo con apposita comunicazione, qualora non sia già stato previsto nel progetto iniziale.

2. 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.

3. I criteri di priorità all'accesso sono quelli definiti nel documento: "Criteri di appropriatezza e priorità per gli inserimenti nelle strutture private accreditate per le dipendenze", prodotto e adottato dalla Commissione Paritetica Locale dell'AUSL della Romagna (v. ALL. 3). A parità di richiesta sarà data priorità ai soggetti provenienti dal territorio dell'AUSL della Romagna nel rispetto dei volumi definiti al precedente art. 2.

4. Nello svolgimento dei progetti, l'Ente accreditato si impegna a valorizzare e rispettare i fondamentali diritti della persona in ogni sede operativa.

5. Le parti concordano nell'estendere le modalità di inserimento sopra indicate anche agli interventi sanitari e socio-sanitari che non sono oggetto di accreditamento, per quanto applicabili, con l'obiettivo di evidenziare gli elementi di qualità di percorsi non ancora standardizzati, integrandoli nel sistema di gestione delle strutture accreditate.

6. Ogni U.O. Dipendenze Patologiche costituisce al suo interno un Nucleo di Valutazione per gli inserimenti residenziali, composto dal Direttore di U.O., un referente amministrativo e uno o più operatori di riferimento sui casi.

Tale Nucleo dovrà valutare l'appropriatezza clinica degli inserimenti, la disponibilità economica rispetto al budget assegnato ed il monitoraggio dei percorsi riabilitativi.

#### **Art. 8 VALUTAZIONE DEI RISULTATI**

1. Le parti concordano sulla necessità di applicare gli indicatori di sistema individuati dalla Commissione Paritetica Locale al fine della valutazione complessiva dei risultati e degli obiettivi del presente accordo.

Tali indicatori soddisfano l'esigenza di :

- valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici del servizio;
- valutazione documentata dell'attività annuale programmata;
- valutazione documentata dei risultati complessivi raggiunti dai progetti individuali di trattamento.

2. Le parti definiscono in maniera concordata criteri, modalità e tempistica di effettuazione delle verifiche periodiche circa il raggiungimento dei risultati e degli obiettivi.

#### **Art. 9 VALUTAZIONE DEI PROGETTI RIABILITATIVI**

1. Il Ser.T. di residenza del paziente verifica e valuta periodicamente l'andamento dei progetti individualizzati, la corretta effettuazione delle prestazioni e, se del caso, concorda con la sede operativa eventuali variazioni del progetto di riabilitazione così come previsto nel "Progetto individuale di trattamento in strutture riabilitative" (di cui all'ALL. 2).

2. Gli operatori di riferimento della sede operativa e quelli del Ser.T di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza concordato per ciascun soggetto. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può continuare per un ulteriore periodo concordemente determinato e con l'assenso dell'interessato.



3. La sede erogativa comunica al Ser.T. di residenza del soggetto la data di effettiva dimissione e conclusione del programma come precedentemente concordato.
4. La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al Ser.T. di residenza del soggetto ogni interruzione non concordata del progetto di riabilitazione.
5. Sulla base delle indicazioni regionali tendenti ad una sempre maggiore integrazione tra interventi sanitari e socio-sanitari si ritiene opportuno prevedere anche, tra gli strumenti di controllo della qualità offerta, la verifica del livello di soddisfazione degli utenti.
6. Fatte salve le tipologie e le qualifiche del personale da impiegare per l'espletamento dei servizi in oggetto, è compito dell' Ente individuare e comunicare al Ser.T. di residenza degli assistiti i referenti operativi delle varie sedi accreditate e responsabili della corretta gestione amministrativa e sanitaria delle stesse.

**Art. 10**  
**OBBLIGHI E IMPEGNI DELL'ENTE AUSILIARIO**

**1. CONFORMITA' AI REQUISITI AUTORIZZATIVI E DI ACCREDITAMENTO.**

L'Ente Ausiliario si impegna ad assicurare che le prestazioni e i servizi forniti ai pazienti siano conformi e vengano mantenuti adeguati rispetto ai requisiti generali e specifici stabiliti dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento (D.G.R. 564/2000, D.G.R. 327/2004 e s.m.i., D.G.R. 26/2005, D.G.R. 53/2013 con particolare riferimento all'Allegato 1 cap. 6, D.G.R. 1718/2013) e che, in caso di modifica/integrazione delle disposizioni oggi vigenti in materia, provvederà prontamente ai necessari adeguamenti.

Inoltre, si impegna a dare immediata comunicazione di qualunque modifica intervenga rispetto alla situazione attualmente in essere in ordine all'accREDITAMENTO e/o agli aspetti autorizzativi delle strutture erogative da essi gestite.

**2. RISPETTO DELLA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA IN MATERIA DI LAVORO.**

L'Ente Ausiliario garantisce l'applicazione al personale impiegato nelle attività oggetto del presente Accordo dei vigenti CC.CC.NN.LL di categoria e delle norme di legge vigenti in materia salariale, previdenziale, assicurativa e assistenziale e, qualora richiesto dall'AUSL, è tenuto ad esibire la documentazione che attesti e comprovi tali caratteristiche.

**3. ADEMPIMENTI CONNESSI AGLI OBBLIGHI DI CONDOTTA (DPR 16 aprile 2013, n. 62)**

L'Ente Ausiliario con riferimento alle prestazioni oggetto del presente Accordo, si impegna ad osservare e fare osservare ai propri collaboratori e/o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico a qualsiasi titolo), per quanto compatibili con i ruoli e le attività svolte, gli obblighi di condotta previsti dal DPR 16.4.13, n.62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e dal Codice di comportamento dell'Azienda USL della Romagna, approvato con deliberazione n.701 del 26.6.14.

A tal fine l'Azienda USL ai sensi dell'art.17 del DPR 16.4.13 n.62 fornirà copia di tali codici sia generale che aziendale, all'atto della sottoscrizione del presente contratto, ai suddetti Enti che lo firmeranno per presa visione. L'Ente Ausiliario garantisce il rispetto degli adempimenti previsti dalla L.6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", per quanto compatibili con i ruoli e le attività svolte.

*Handwritten notes and signatures on the right margin:*  
A vertical signature on the right side of the page, possibly reading "M. ACC" or similar, with a date "2011" written vertically next to it.

#### 4. COPERTURE ASSICURATIVE.

L'Ente Ausiliario provvede, con oneri a proprio carico, ad individuare ed attivare tutte le garanzie assicurative idonee alla gestione del servizio oggetto del presente Accordo e a dotarsi di tutte le coperture necessarie a tutela di qualunque rischio possa coinvolgere i pazienti e tutti coloro che, a vario titolo accedono alla struttura.

#### 5. SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEI LUOGHI DI LAVORO.

L'Ente Ausiliario è tenuto al rispetto delle norme vigenti in materia di sicurezza, protezione ed igiene dei lavoratori e deve aver adempiuto a tutti gli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.. Redige e assicura l'applicazione delle procedure per la sicurezza e la gestione dei rischi connessi alle caratteristiche specifiche dell'utenza inserita, relativamente agli ospiti e al personale. Sottoscrive la dichiarazione per l'esclusione dell'Azienda USL dagli obblighi previsti dall'art. 26 del D.Lgs 81/2008 in materia di contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione, in quanto il servizio che svolge per conto dell'Azienda USL non prevede alcun accesso in luoghi di giuridica disponibilità di quest'ultima, né presso tali luoghi opera personale dipendente dell'Azienda USL medesima. Si impegna inoltre a cooperare e coordinarsi per gli aspetti relativi alla sicurezza sul lavoro con la Società/Ente avente disponibilità giuridica dei luoghi in cui si svolge il servizio.

#### 6. CARTA DEI SERVIZI.

L'Ente Ausiliario si impegna ad adottare un Regolamento, finalizzato ad esplicitare le norme e l'organizzazione della vita comunitaria, le regole di comportamento per l'accesso nella struttura e le misure di sicurezza adottate. Il Gestore si impegna altresì a redigere, diffondere ed aggiornare la "Carta dei servizi" finalizzata ad assicurare agli utenti ed ai loro familiari un'adeguata informazione in merito alle prestazioni assicurate.

#### 7. CESSIONE DEL CONTRATTO E SUBAPPALTO

E' fatto divieto all'Ente Ausiliario di cedere o dare in subappalto, senza autorizzazione dell'Azienda USL della Romagna, le prestazioni oggetto della fornitura. L'autorizzazione al subappalto è comunque subordinata alla dichiarazione resa dall'Ente Ausiliario all'atto della sottoscrizione del presente Accordo, indicante la parte di prestazioni che intende eventualmente subappaltare e più specificamente comprese nelle seguenti categorie: a) prestazioni alberghiere, b) prestazioni sanitarie, c) prestazioni socio-assistenziali (ALL. 5). I subappaltatori sono tenuti a rispettare integralmente le disposizioni ed i contenuti del presente accordo di fornitura.

#### 8. OBBLIGHI DI GARANZIA DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI.

L'Ente Ausiliario ha l'obbligo di garantire l'erogazione del servizio agli utenti così come programmato.

Nei casi di sciopero, oltre a darne tempestiva e preventiva comunicazione, l'Ente Ausiliario è tenuto a conformarsi alle normative per il funzionamento dei servizi pubblici essenziali in attuazione della L. 12 giugno 1990, n.146 e s.m.i. e a garantire i servizi nelle forme previste.

In caso di interruzione o sospensione degli interventi/servizi per cause indipendenti dalla volontà delle parti, l'Ente Ausiliario dovrà apprestare tutte le misure opportune e idonee ad affrontare la situazione di emergenza ed informare tempestivamente gli utenti e l'Azienda USL, mettendo in atto contestualmente tutte le misure necessarie al ripristino del servizio nel minor tempo possibile.

ART. 11

X  
G  
MM  
S  
S  
M  
P

## OBBLIGHI E IMPEGNI DELL'AZIENDA USL

### 1. ASSISTENZA MEDICA DI BASE

L'Azienda USL si impegna a fornire l'assistenza primaria mediante il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di libera scelta di ciascun paziente inserito in struttura.

### 2. ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'UO Dipendenze Patologiche del territorio su cui insiste la struttura fornisce ai pazienti residenti nel territorio dell'AUSL della Romagna i farmaci prescritti per i quali è in atto la distribuzione diretta.

### 3. REMUNERAZIONE DEL SERVIZIO

L'Azienda USL remunera i servizi e le prestazioni erogate dagli EEAA mediante corresponsione delle tariffe sulla base degli importi, secondo le modalità e alle condizioni specificate nel successivo art. 13.

### 4. VIGILANZA

L'Azienda USL svolge funzioni di vigilanza sull'adempimento degli impegni ed obblighi assunti dall'Ente Ausiliario e, mediante i propri professionisti allo scopo individuati, effettua verifiche periodiche sulle attività oggetto del presente Accordo, sul rispetto dei livelli assistenziali previsti dal Progetto individualizzato del paziente e sul relativo raggiungimento dei risultati attesi nonché sul mantenimento, nel tempo, dei requisiti e degli standard stabiliti dalla normativa di settore.

A tal fine, per l'esercizio delle proprie funzioni e in un'ottica di fattiva collaborazione, il personale dell'AUSL ha, in qualsiasi momento ed anche senza preavviso, diritto di accesso alla struttura ove viene erogato il servizio.

Il Gestore rende disponibili, per la vigilanza, i registri aggiornati delle presenze degli ospiti nonché delle presenze e dei turni degli operatori.

## ART. 12

### RESPONSABILITA' SUI BENI DEGLI OSPITI

1. L'Ente Ausiliario può, se richiesto, assumere in deposito valori, titoli, documenti personali, atti di disposizione testamentaria di pertinenza degli ospiti, rilasciando agli stessi una speciale ricevuta che costituisce titolo, a tutti gli effetti, per l'immediata restituzione a semplice richiesta dell'interessato o degli aventi causa, di quanto consegnato.

2. Per quanto riguarda i depositi di cui al presente articolo e gli eventuali titoli di deposito bancari degli ospiti, la direzione della sede erogativa, in caso di decesso del titolare, procederà alla loro restituzione agli eredi dichiarati tali per legge richiedendo regolare ricevuta di quanto consegnato.

3. I rapporti emergenti dall'applicazione del presente articolo si intendono regolati dalla normativa prevista dagli artt. 1177 e ss del vigente C.C. Per tutto quanto non previsto dal presente articolo si fa espresso rinvio alle disposizioni di legge vigenti in materia.

## Art. 13 TARIFFE

### 1. TARIFFE STRUTTURE ACCREDITATE

Le tariffe giornaliere relative alle prestazioni di cui al punto A. dell'art. 2 sono onnicomprensive, differenziate in relazione alla diversa tipologia delle strutture accreditate e determinate tenendo conto del carattere residenziale o semiresidenziale dell'intervento e delle specifiche aree di attività.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin, including a large 'X' at the top and several illegible signatures below.]*

Nelle more della definizione, con appositi provvedimenti regionali, delle tariffe per gli anni 2015-2106, l' AUSL della Romagna corrisponderà agli Enti accreditati le seguenti tariffe in vigore nell'anno 2014, di cui all'All. 1 della DGR n.1718/2013:

#### TARIFFE PRO/DIE PRO/CAPITE PER ANNO E TIPOLOGIA DI STRUTTURA

TIPOLOGIA	TARIFFA ANNO 2014
Pedagogico-riabilitativa semiresidenziale	37,84
Pedagogico-riabilitativa residenziale	54,75
Terapeutico-riabilitativa semiresidenziale	53,56
Terapeutico-riabilitativa residenziale	70,11
Supporto in caso di ricovero ospedaliero	28,92
Struttura madre-bambino	80,80
Modulo madre-bambino	79,15
Struttura doppia diagnosi	133,71
Modulo doppia diagnosi	111,37
Struttura per la gestione della crisi	111,43
Modulo per la gestione della crisi	80,41

La tariffa giornaliera viene corrisposta per intero solo per i periodi di effettiva presenza nella struttura.

Nei periodi di assenza dell'utente dalla struttura residenziale le parti concordano di adottare quanto disposto al punto 3 dell'ALL. 1 della DGR 1718/13 e precisamente:

- retta piena per un periodo massimo di n. 2 giorni (fino a 3 notti) se le assenze rispondono agli obiettivi del progetto terapeutico;
  - in caso di assenze per periodi più lunghi di n.2 giornate, retta piena per le prime due giornate e retta al 20% per un massimo di altri 5 giorni se le assenze rispondono agli obiettivi del progetto terapeutico;
  - in caso di ricovero ospedaliero una durata fino a n. 5 giorni:
    - per i primi 2 gg si applica la retta piena;
    - per i restanti n. 3 giorni si applica la retta al 20%;
    - dal 6° giorno si applica la retta stabilita dall'accordo per il ricovero ospedaliero, pari a € 28,92 (DGR n.246/2010)
  - in caso di assenze per altre cause (carcerazione, allontanamento volontario non concordato, ecc.) non viene riconosciuta alcuna retta.
- Nei periodi di assenza dell'utente da strutture semiresidenziali non verrà riconosciuta alcuna retta.

#### 2. TARIFFE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

2.1 Le tariffe per le prestazioni erogate dalle strutture non accreditate, di cui all'art. 2 punto B1, sono quelle indicate nell'All. 1. Nelle more della definizione di un sistema tariffario omogeneo per livelli assistenziali, come previsto dall'art. 1 comma 3, le suddette tariffe remunerano gli stessi fattori produttivi compresi nelle tariffe riconosciute alle strutture sanitarie accreditate.

X  
L  
M  
R  
S  
P  
M.

2.2 In caso di assenze, le medesime tariffe sono rideterminate con le seguenti modalità:  
2.2.1 con riferimento alle strutture residenziali,

a) le giornate di assenza concordata e rispondente agli obiettivi del progetto riabilitativo individualizzato oppure motivata da ricovero ospedaliero sono così remunerate:  
- nell'arco dei primi 30 giorni (i giorni di assenza si conteggiano sulla base dei pernottamenti fuori struttura) per ciascun giorno di assenza documentato dall'Ente gestore si corrisponderà una tariffa giornaliera ridotta del 50%;  
- qualora un' assenza continuativa si protragga oltre i 30 giorni, nulla sarà dovuto all' Ente gestore salvo diversa e motivata indicazione dell' equipe medico-sociale nei casi in cui per particolari patologie di pazienti si presenti la necessità di garantire una conservazione del posto per un ulteriore periodo e previa disponibilità del posto nella medesima sede: in tal caso, per il proseguimento concordato dell'assenza si continuerà a corrispondere una tariffa giornaliera ridotta del 50%;

b) per le giornate di assenza dovuta ad altre cause (carcerazione, allontanamento volontario non concordato, ecc.) non viene riconosciuta all'Ente gestore alcuna tariffa;  
2.2.2 con riferimento alle strutture semiresidenziali, per le giornate di assenza non viene riconosciuta all'Ente gestore alcuna tariffa.

#### ART. 14 CONDIZIONI DI PAGAMENTO

1. L'Ente Accreditato presenta, a cadenza mensile, regolare fattura relativa agli interventi effettuati. Alla fattura deve essere allegata, quale parte integrante ai fini della liquidazione dei compensi spettanti, l'elenco nominativo dei pazienti inseriti presso ciascuna struttura, con l'indicazione delle effettive presenze/assenze di ciascuno di essi nell'arco del mese.

2. L'importo giornaliero fatturato per l'erogazione del servizio corrisponde all'importo tariffario riconosciuto ai sensi dell'art. 7 del presente Accordo. Nessuna anticipazione o contributo finanziario può essere richiesto dall'Ente Gestore ai soggetti assistiti o alle loro famiglie per le prestazioni oggetto del presente Accordo.

3. Le fatture emesse dal Gestore dovranno essere:

- intestate a:

Azienda USL della Romagna, Via De Gasperi 8, 48121 Ravenna, CF e PI 02483810392

- recapitate, mediante fatturazione elettronica la cui ricezione avverrà da parte dell'AUSL Romagna attraverso l'intermediazione della Regione Emilia Romagna (Notier) con il Sistema di Interscambio SDI. Per la fatturazione è necessario fare riferimento ai seguenti Codici Univoci ufficio:

SEDE OPERATIVA	Codice Univoco Ufficio
di Cesena	0L06J9
di Forlì	LB6EBX
di Ravenna	7S5VLI
di Rimini	XJ0LO4

4. Verificata la regolarità delle prestazioni erogate e delle fatture emesse, queste saranno liquidate e inoltrate all'ufficio aziendale competente per l'emissione del mandato di pagamento.

5. Il pagamento delle fatture verrà corrisposto, entro i termini di legge. Gli eventuali interessi per ritardato pagamento saranno regolati secondo la normativa vigente.

*[Handwritten signature and notes on the right margin]*

**Art. 15**  
**VERIFICHE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO**

1. In analogia a quanto stabilito al par.11 dell' Accordo Regionale adottato con DGR n. 1718/2014, le parti si impegnano a monitorare l'applicazione del presente accordo mediante la costituzione di una Commissione Paritetica Locale, composta da n.1 rappresentante per ogni Ente Ausiliario aderente all'Accordo locale, Direttori Ser.T. e da rappresentanti degli osservatori aziendali dipendenze patologiche che forniscono il supporto per il monitoraggio.

L'AUSL e gli Enti Ausiliari individuano due coordinatori in rappresentanza rispettivamente del Pubblico e del Privato, secondo quanto definito dall'Accordo Regionale.

2. Tale Commissione ha il compito di:

- analizzare i bisogni e l'offerta del territorio;
- valutare e pianificare l'offerta, compresa la necessità di considerare una possibile riconversione dei posti o di diversificazione dei percorsi terapeutici;
- verificare il rispetto della spesa preventivata, analizzando le ragioni di eventuali scostamenti e adottando misure idonee a garantire il rispetto dei livelli prefissati;
- monitorare le attività e spese degli interventi non compresi nelle tipologie oggetto di accreditamento (attività e spese delle prestazioni integrative socio-sanitarie);
- valutare i fabbisogno in relazione ai programmi di riconversione di strutture e posti letto da regime sanitario a socio-sanitario. A tal fine, sono da incentivare le collaborazioni e i confronti con gli Uffici di Piano,
- redigere un rapporto annuale sperimentando modalità di presentazione dei dati agli utenti, ai familiari e ad altri portatori di interessi;
- confrontarsi almeno annualmente con la Commissione Regionale.

**Art. 16**  
**FORMAZIONE**

1. L'Azienda USL della Romagna favorisce e concorda con gli Enti accreditati iniziative di riqualificazione e aggiornamento nelle materie connesse all'oggetto del presente Accordo.

2. L' Azienda USL della Romagna comunica alle sedi operative degli Enti accreditati tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da esse promosse, riconoscendo agli stessi Enti la facoltà di parteciparvi con propri operatori.

3. Alle singole sedi operative degli Enti accreditati è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze.

4. Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dagli Enti accreditati e dalle rispettive sedi operative è data comunicazione alle l' Azienda USL della Romagna AUSL che possono richiedere di farvi partecipare il proprio personale.



**Art. 17**  
**INADEMPIENZE, PENALITÀ E RISOLUZIONE**  
**DELL'ACCORDO E DEI CONTRATTI DI SERVIZIO**

1. Le inadempienze dell'Ente Ausiliario al presente Accordo del progetto riabilitativo, devono essere contestate per iscritto, tramite apposita diffida mediante Raccomandata A.R. con fissazione di un termine per la relativa rimozione e regolarizzazione delle stesse. Dall'inoltro della diffida e fino alla data nella quale risulti accertata la rimozione dell'inadempienza l'Azienda USL si riserva di procedere ad una decurtazione non superiore al 30% dell'importo fatturato per le prestazioni erogate presso la sede operativa oggetto della contestazione, fatta salva la possibilità di giungere alla risoluzione dell'accordo.
2. Qualora l'inadempienza consista nella variazione non concordata del progetto riabilitativo o nello spostamento del paziente da una sede operativa ad un'altra non preventivamente concordato o non previsto nell'iniziale progetto, (vedi art. 6), l'Azienda USL della Romagna non riconoscerà i compensi relativi alle giornate connesse all'inadempienza, fino ad eventuale rivalutazione e definizione di un nuovo accordo con l'AUSL sul progetto individuale.
3. Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente convenzione, relativamente ad una o più sedi della struttura, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, con preavviso di non meno 90 giorni dalla data di recesso della convenzione senza alcun diritto di rivalsa della controparte, a seguito di reiterate inadempienze agli obblighi assunti con la medesima, compresa l'omessa trasmissione dei dati o per gravi inosservanze della vigente normativa.
4. L'Accordo locale è risolto "ipso facto et jure" ad insindacabile giudizio dell'Azienda USL e previa comunicazione scritta, nei seguenti casi:
  - a) quando per la terza volta, anche non consecutiva durante il periodo contrattuale, l'Azienda USL abbia dovuto contestare alla struttura gravi inadempienze al servizio fornito o quando persistano gravi violazioni per un adempimento non eliminato in seguito a formale diffida;
  - b) quando l'Ente Ausiliario non si attenga all'osservanza del contratto collettivo di lavoro tra l'impresa e i lavoratori e in particolare tra il contratto collettivo delle Cooperative e i propri lavoratori;
  - c) in caso di cessione di contratto o di esternalizzazione del servizio non autorizzata dall'Azienda USL che ha stipulato l'accordo/contratto di servizio o subcontratto non comunicato ed ogni violazione delle norme di legge inerenti il subappalto;
  - d) quando il Legale Rappresentante e gli eventuali altri amministratori muniti di poteri di rappresentanza si trovino nelle condizioni ostantive previste dall'art. 32-quater del Codice Penale e in ogni altra situazione che comporta il divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
  - e) nel caso in cui alla struttura fosse cessata l'autorizzazione o l'accreditamento regionale, fatta salva la formale comunicazione del comune o degli uffici della regione che segnalano l'avvio delle nuove procedure autorizzative o di accreditamento;
5. Ai fini della semplificazione amministrativa è prevista la compilazione di un modello di autodichiarazione da parte del Legale Rappresentante dell'Ente Ausiliario e degli altri amministratori muniti di poteri di rappresentanza che dovrà essere datato e firmato contestualmente alla sottoscrizione del presente Accordo di fornitura. (All.5)

**Art. 18**  
**TRATTAMENTO DEI DATI E TRASPARENZA**

1. L'Azienda USL della Romagna, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati dei soggetti beneficiari delle prestazioni oggetto del presente Accordo nomina il legale rappresentante di ciascun EEAA, o chi da lui espressamente delegato, quale "responsabile" del trattamento medesimo, ai sensi dell'art. 4, c. 1 e art. 29 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.. I dati dovranno essere trattati solo ed esclusivamente per le finalità inerenti i servizi oggetto del presente Accordo.

Al termine del rapporto contrattuale, dovrà essere concordata con il titolare la destinazione dei dati trattati, come previsto dall'art.16 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..

2. In ottemperanza al principio di trasparenza dell'attività della Pubblica Amministrazione, l'Azienda USL della Romagna provvederà - se e in quanto dovuto - agli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni inerenti il presente Accordo, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente in materia (L 7 agosto 2012 n. 134 su "amministrazione aperta", D Lgs 14 marzo 2013, n. 33 su "amministrazione trasparente", Delibera Giunta Regione Emilia Romagna n. 2056 del 28.12.2012) e delle sue eventuali successive modifiche ed integrazioni.

**Art. 19**  
**DURATA DELL'ACCORDO**

1. Il presente Accordo ha durata di due anni per il periodo dal 01.01.2015 al 31.12.2016 con possibilità di proroga/rinnovo fino alla definizione di un nuovo Accordo fatto salvo il rispetto delle norme di legge.

2. Qualora venga disdettata da una delle parti contraenti, la comunicazione deve essere notificata con lettera raccomandata, almeno tre mesi prima della scadenza.

**Art. 20**  
**ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI**

1. Si dà atto che al presente Accordo sono allegati, quali parti integranti, i seguenti documenti:

- all.1 Elenco strutture (sedi erogative di servizi sanitari accreditati e socio-sanitari)
- all.2 Inserimento e trattamento nelle strutture residenziali e semiresidenziali
- all.3 Criteri di appropriatezza e priorità per gli inserimenti nelle strutture private accreditate per le dipendenze
- all.4 Autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

**Art. 21**  
**FORO COMPETENTE**

1. Per tutte le controversie che dovessero insorgere, in dipendenza del presente contratto, le parti si impegnano ad addivenire alla preventiva bonaria composizione della controversia. In caso di controversie di competenza del giudice ordinario, il foro competente ed esclusivo è quello del Tribunale di Ravenna.


Art. 22  
CONTRATTO E SPESE CONTRATTUALI

1. Il presente Accordo di fornitura è esente da bollo ai sensi del D.Lgs. 460/97 e soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, 2° comma del D.P.R. 26/4/1996 n. 131, le spese di bollo e di eventuale registrazione sono a carico dell'Ente Ausiliario.

Il presente atto, che consta di n. 40 pagine di cui n. 24 pagine di allegati, viene letto, confermato e sottoscritto.

Rimini, 23/06/2015

Per l'Azienda USL della Romagna  
Il Coordinatore dei Servizi Sanitari Territoriali  
Dr. Saverio Lovecchio

Per la Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale a.r.l. ONLUS  
Il legale rappresentante IL DELEGATO  
Ramonda Giovanni

COMUNITA' S. MAURIZIO  
Sede Legale:  
Via Prati Verdi, 9 - 40030 BORGHI (FC)  
Tel. 0541 - 939042  
Partita IVA 01 733 150 401  
IL PRESIDENTE

Per l'Associazione Comunità San Maurizio  
Il legale rappresentante  
Massimo Molari

ASSOCIAZIONE COMUNITA' SAN MAURIZIO  
Sede Legale:  
Via Prati Verdi, 10 - 40030 BORGHI (FC)  
Tel. 0541 733030 Fax 0541 733032  
C.F. 01297440404  
P. IVA 01 297 440 404

Per la Cooperativa Sociale Cento Fiori ONLUS  
Il legale rappresentante  
Ciavatta Monica

**Saman Servizi**  
Cooperativa Sociale  
Via Bolzano 26 - 20127 Milano  
P. IVA 13228320159

Per Saman Servizi Cooperativa Sociale a.r.l.  
Il legale rappresentante  
Saletti Achille

Per la Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo ONLUS  
Il legale rappresentante  
Belletti Giuseppe Paolo

FONDAZIONE NUOVO VILLAGGIO DEL FANCIULLO  
Sede Legale:  
Via Emilia, 79 - Ravenna  
P. IVA 01220058395 C.F. 01220058395  
Il Presidente  
Dott. Giuseppe Paolo Belletti

Per la CO.M.E.S. Cooperativa Sociale ONLUS  
Il Legale Rappresentante  
Filipponi Angelo

CO. M. E. S.  
COOP. SOC. ONLUS  
MARELLI PFM

Per il Centro Ravennate di Solidarietà ( CE.RA.S. ) Cooperativa Sociale La CASA  
Il Presidente  
Fausto Maresi

COOPERATIVA SOCIALE LA CASA  
Soc. Coop. ar.l.  
Sede: Via Cavour, 6  
48021 RAVENNA  
Cod. Fisc. e P. IVA 00827350398

## ALLEGATO 1

ELENCO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE- ELENCO STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE									
Ragione sociale	Tipologia struttura	Nome	Sede	N. posti residenziali	N. posti semiresidenziali	Autorizzazione/ accreditamento			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	TR	Centro Accoglienza Durazzanino	Forlì	13		Determina n. 2136 del 27/02/2012			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	TR	Comunità Terapeutica Villafranca	Forlì	10		Determina n. 11349 del 07/09/2012			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Comunità Terapeutica Fornò	Forlì	25	25	Determina n. 11355 del 07.09.2012			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	TR	Comunità Terapeutica San Luigi	Longiano	17		Determina n. 11353 del 07.09.2012			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	TR	Comunità Terapeutica Sant' Andrea	Borghesi	16	4	Determina n. 11347 del 07.09.2012			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Comunità Terapeutica Madonna degli Ulivi	Cesena	18	4	Determina n. 11354 del 07.09.2012			
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII onlus	PR	Comunità Terapeutica S. Mauro	San Mauro Pascoli	13	6	Determina n. 11351 del 07.09.2012			






**ALLEGATO 1**

Ragione sociale	Tipologia struttura	Nome	Sede	N. posti residenziali	N. posti semiresidenziali	Autorizzazione/ accreditamento
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Centro Residenziale di Accoglienza Via Campone, 565	Cesenatico	12		Determina n. 15365 del 30.11.2012
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	TR	Comunità Terapeutica Trarivi	Montescudo	15		Determina n. 11350 del 07/09/2012
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Pronto Soccorso Sociale S. Aquilina	Rimini	31	32	Determina n. 11352 del 07.09.2012
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Comunità del Rientro	Rimini	11		Determina n. 11348 del 07.09.2012
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Centro residenziale Accoglienza	Maiolo Rimini	11		Determina n. 2137 del 27.02.2012
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Comunità terapeutica Durrizzano	Ravenna	11		Determina n. 14953 del 19/11/2012
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.	PR	Comunità Terapeutica S. Antonio	Faenza	17	5	Determina n. 14954 del 19.11.2012
Comunità San Maurizio	TR	Comunità San Maurizio	Borghesi	27		Determina n. 4367 del 03/04/2012
	Modulo DD			10		

*M. AC - G. P. M. Z. \**

**ALLEGATO 1**

Ragione sociale	Tipologia struttura	Nome	Sede	N. posti residenziali	N. posti semi-residenziali	Autorizzazione/ accreditamento
Coop. Sociale Cento Fiori Onlus	TR	Centro Diurno	Rimini		15	Determina n. 1524 del 15.02.2012
Coop. Sociale Cento Fiori Onlus	TR	Comunità Vallecchio	Montescudo	22		Determina n. 5519 del 20/05/2013
Coop. Sociale Cento Fiori Onlus	COD	Centro di osservazione e diagnosi di Vallecchio	Montescudo	16		Determina n. 5518 del 20/05/2013
SAMAN Servizi Coop. soc. a.r.l.	TR	Villa Cilla	Ravenna	15		Determina n. 14944 del 19/11/2012
Coop.va Sociale La Casa soc. coop.va	TR Modulo COD	L'Ancora	Ravenna	50 10		Determina n. 14943 del 19.11.2012
Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo Onlus-Ong	Struttura COD	Villa Nina	Ravenna	20		Determina n. 14950 del 19/11/2012
Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo Onlus-Ong	TR PR	Nuovo Villaggio del Fanciullo	Ravenna	40 10		Determina n. 14951 del 19/11/2012
Coop.va sociale CO.M.E.S. Onlus	Struttura COD	Centro Crisi Tebano	Faenza	11		Determina n. 14948 del 19/11/2012
Coop.va sociale CO.M.E.S. Onlus	PR	Opera Sociale A. Gamberini	Bagnacavall o	11		Determina n. 14949 del 19/11/2012
Coop.va sociale CO.M.E.S. Onlus	PR	Opera Sociale A. Gamberini	Bagnacavall o	11		Determina n. 14949 del 19/11/2012

*Pa.*

*Per il Dr. B. M. M. X*

**ALLEGATO 1**

Ragione sociale	Tipologia struttura	Nome	Sede	N. posti residenziali	N. posti semi-residenziali	Autorizzazione/ accreditamento
Coop.va sociale CO.M.E.S. Onlus	PR	Opera Sociale A. Gamberini	Bagnacavall o	11		Determina n. 14949 del 19/11/2012
Coop.va sociale CO.M.E.S. Onlus	PR	Opera Sociale A. Gamberini	Bagnacavall o	11		Determina n. 14949 del 19/11/2012
Coop.va sociale CO.M.E.S. Onlus	TR PR DD Modulo gestione crisi e rivalutazion e diagnostica	Sasso-Montegianni	Marradi	16 49 4 5		Certificazione della Regione Toscana ai sensi della DGR Toscana 116/2002 Iscritto Albo Enti Ausiliari Regione Toscana del 1602/1994 e Regione E.Romagna determina 7759/1996

*Dr. PC*  
*Dr. G. Di Marco \**

**ALLEGATO 1**

**STRUTTURE SOCIO – SANITARIE ASSISTENZIALI NON ACCREDITATE**

Ragione sociale	Tipologia struttura	Nome	Sede	N. posti residenziali	Tariffa al netto Iva	Autorizzazione/ al funzionamento
Coop. Sociale Cento Fiori Onlus	Gruppi Appartamento	Casa Arcobaleno via Portogallo 2 – Rimini	Rimini	6	1006,00 al mese	Denuncia di inizio attività inviata al Comune di Rimini in data 24/02/2011
Coop. Sociale Cento Fiori Onlus	Gruppi Appartamento	Casa Arcobaleno via Murano 47 – Riccione	Riccione	6	1006,00 al mese	Denuncia di inizio attività inviata al Comune di Riccione in data 04/03/2011
Coop. Sociale Cento Fiori Onlus	Gruppi Appartamento	Casa Arcobaleno via Marecchiese 384 - Rimini	Rimini	6	1006,00 al mese	Denuncia di inizio attività inviata al Comune di Rimini in data 04/03/2011
Coop. Sociale Comunità Papa Giovanni XXIII O.N.L.U.S.		Pronta Accoglienza alla Rinfusa S. Giuseppe, loc. San Martino in Converseto n. 31 a Borghi (FC)	Borghi	6	64,59 al giorno	Denuncia di inizio attività inviata al Comune di Borghi in data 24.07.2009

**LEGENDA:**

Ragione Sociale: della Cooperativa o Associazione o altro

Tipologia Struttura: vedi All. n.1 DGR 1718/2013

Nome: della struttura Sede: della struttura NON della sede dove la Comunità ha la ragione sociale.

Accreditamento/autorizzazione: numero della determina regionale di accreditamento ed eventuale richiesta di modifiche alla struttura (es. Lettera con data e protocollo inviata alla Regione)

Determinazione retta : retta corrispondente alla tipologia di struttura come da all. n. 1 DGR 246/2010

*[Handwritten signatures and initials]*



Sert Ravenna	Sert Forlì	Sert Rimini	Sert Cesena
	Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo	CEIS	COMES
<b>Xxiii</b>		samàn	

## INSERIMENTO E TRATTAMENTO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

### SOMMARIO

Scopo/Obiettivo .....	2
Scopo .....	2
Obiettivo .....	2
Campo di applicazione .....	2
Modifiche alle revisioni precedenti .....	2
Definizioni .....	2
Descrizione delle Attività .....	2
Matrice di Responsabilità/ Attività .....	4
Riferimenti e Allegati .....	4
Indicatori e standard di prodotto .....	4
Lista di Distribuzione .....	4
Flow chart .....	5
Descrizione del documento di riferimento: Scheda Progetto di trattamento in strutture riabilitative .....	6

Di HC  
 Di G.  
 Di M.  
 Di L.  
 Di S.  
 Di T.  
 Di U.  
 Di V.  
 Di W.  
 Di X.  
 Di Y.  
 Di Z.

## Scopo/Obiettivo

### Scopo

Garantire una procedura appropriata e condivisa tra U.O. Dipendenze Patologiche ed Enti Accreditati delle Province di Area Vasta Romagna per l'invio, l'accesso, il trattamento, la valutazione e la dimissione di tutti gli utenti dell'U.O. Dipendenze Patologiche, residenti nel territorio di riferimento, che necessitano di un inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

### Obiettivo

Obiettivo specifico è la regolamentazione dei rapporti tra le U.O. Dipendenze Patologiche e gli Enti Accreditati attraverso la definizione di una procedura che regoli le modalità di interfaccia per l'inserimento, il trattamento e le dimissioni degli utenti presso le strutture riabilitative.

### Campo di applicazione

Questa procedura si applica a tutti gli utenti afferenti alle competenti U.O. Dipendenze Patologiche che necessitano di un trattamento terapeutico residenziale o semiresidenziale per problematiche connesse alla dipendenza ed inseriti all'interno delle strutture degli Enti accreditati dell'Area Vasta Romagna.

### Modifiche alle revisioni precedenti

Revisione	data	motivo dell'aggiornamento
0	29-07-09	Prima emissione della procedura

### Definizioni

Progetto individuale di trattamento in strutture riabilitative (in seguito: "Progetto"): documento contenente dati anamnestici del paziente, progetto terapeutico e valutazioni in itinere e finali del progetto medesimo.

### Descrizione delle Attività

#### 1. Valutazione idoneità trattamento e individuazione della struttura

La richiesta di inserimento in struttura riabilitativa può dipendere da una richiesta dell'utente stesso ad un operatore dell'U.O., da operatori di altri Servizi pubblici e/o privati. L'operatore dell'U.O. che accoglie la richiesta di inserimento o che valuta necessaria quella tipologia di trattamento, esamina l'ipotesi di inserimento con l'équipe multidisciplinare del Servizio. Dalla valutazione dell'équipe emerge una proposta di progetto, comprensiva dell'indicazione dell'Ente accreditato ritenuto idoneo alla realizzazione del trattamento. La proposta di progetto verrà successivamente presentata all'utente e discussa con lui.

#### 2. Richiesta disponibilità all'Ente individuato

L'operatore referente SerT prende contatto con l'Ente e verifica la disponibilità ad accogliere l'utente (tempi e modalità). Se l'Ente mostra disponibilità, si invita l'utente a prendervi contatto per i colloqui propedeutici all'eventuale ingresso. L'operatore SerT procede alla compilazione della scheda progetto sino a pag. 4. Nel caso di indisponibilità dell'Ente la procedura riparte dal punto 1.

#### 3. Valutazione del caso da parte dell'Ente accreditato

L'operatore referente per l'accoglienza dell'Ente accreditato avvia i colloqui di approfondimento per la conoscenza del caso, volti a stabilire il percorso più idoneo e i tempi d'ingresso (compatibilmente con la lista d'ingresso dell'U.O. Dipendenze Patologiche e/o dell'Ente Accreditato).

X  
[Handwritten signatures and initials]

#### 4. Definizione progetto e avvio inserimento

L'operatore referente del SerT e l'operatore di accoglienza dell'Ente Accreditato, sulla base degli elementi acquisiti, definiscono insieme all'utente un progetto terapeutico personalizzato che comprende:

- tempi d'ingresso
- obiettivi
- tempi del trattamento
- modalità di verifica

I tempi del trattamento terapeutico sono individualizzati in base alle caratteristiche degli utenti e alla valutazione clinica iniziale (vedi pag. 3 e 4 della scheda progetto) e, comunque, modificabili in itinere. Gli operatori del SerT e dell'Ente Accreditato e l'utente sottoscrivono il progetto apponendo le loro firme (vedi pag. 5 della scheda). Successivamente la scheda dovrà essere controfirmata anche dal Direttore UO Dipendenze Patologiche.

#### 5. Invio della scheda progetto alla struttura

Una volta definita la data d'ingresso, l'operatore referente dell'U.O. Dipendenze Patologiche consegna la scheda progetto (comprensiva della documentazione sanitaria) all'utente che provvederà a consegnarla alla struttura accogliente al momento dell'ingresso che vi alleggerà eventuale altra documentazione sanitaria (esami di laboratorio, visite specialistiche, esami strumentali, ecc) prodotta durante la permanenza.

#### 6. Verifiche periodiche programmate ed eventuale rimodulazione degli obiettivi e dei tempi di realizzazione

L'attività di monitoraggio e di valutazione del progetto è demandata, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, agli operatori di riferimento del SerT e dell'Ente Accreditato. In base ai risultati emersi è possibile riformulare gli obiettivi e i tempi di realizzazione in relazione ai cambiamenti intervenuti nel corso del trattamento in struttura. Ogni variazione del progetto terapeutico dovrà essere riportata all'interno della scheda (pag. 6).

Qualora il progetto richieda:

a) l'inserimento in strutture di Enti Accreditati diversi (per lo sviluppo di fasi terapeutiche successive o per la rimodulazione del progetto stesso), sarà cura dell'operatore SerT procedere alla stesura del nuovo progetto, dopo aver verificato la chiusura di quello precedente come ai punti 7 e 8.

b) nel caso in cui si ritenesse necessario operare un cambiamento di struttura nell'ambito dello stesso Ente, sarà compito dell'operatore di riferimento dell'Ente accreditato in cui è inserito l'utente trasferire la scheda alla nuova struttura che accoglierà l'utente.

#### 7. Valutazione finale del trattamento

E' compito degli operatori di riferimento del SerT e dell'Ente accreditato e dell'utente effettuare una valutazione finale e la verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti al termine del trattamento (a prescindere dall'esito). I risultati della valutazione dovranno essere riportati a pag. 7 della scheda e controfirmati dall'operatore dell'Ente accreditato, del SerT e dall'utente.

#### 8. Invio e archiviazione della scheda Progetto

L'operatore dell'Ente Accreditato, referente del caso, invia la scheda progetto (con allegata documentazione sanitaria aggiuntiva) al SerT tramite posta o secondo accordo fra gli Enti. Sarà cura del SerT provvedere ad archiviare nella cartella clinica dell'utente.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

### Matrice di Responsabilità/ Attività

Attività	SerT	Ente Accreditato	utente
1. Valutazione idoneità trattamento e individuazione della struttura			
2. Richiesta disponibilità all'Ente Individuato	R	-	C
3. Valutazione del caso da parte dell'Ente	R	C	C
4. Definizione progetto e avvio inserimento	I	R	C
5. Invio del protocollo alla struttura	R	R	R
6. Verifiche periodiche programmate ed eventuale rimodulazione degli obiettivi e dei tempi di realizzazione	C	C	R
7. Valutazione finale del trattamento	R	R	R
8. Invio e archiviazione del protocollo	R	R	I

Legenda: R = responsabile, C = coinvolto, I = informato

### Riferimenti e Allegati

Protocollo di trattamento in strutture riabilitative.

### Indicatori e standard di prodotto

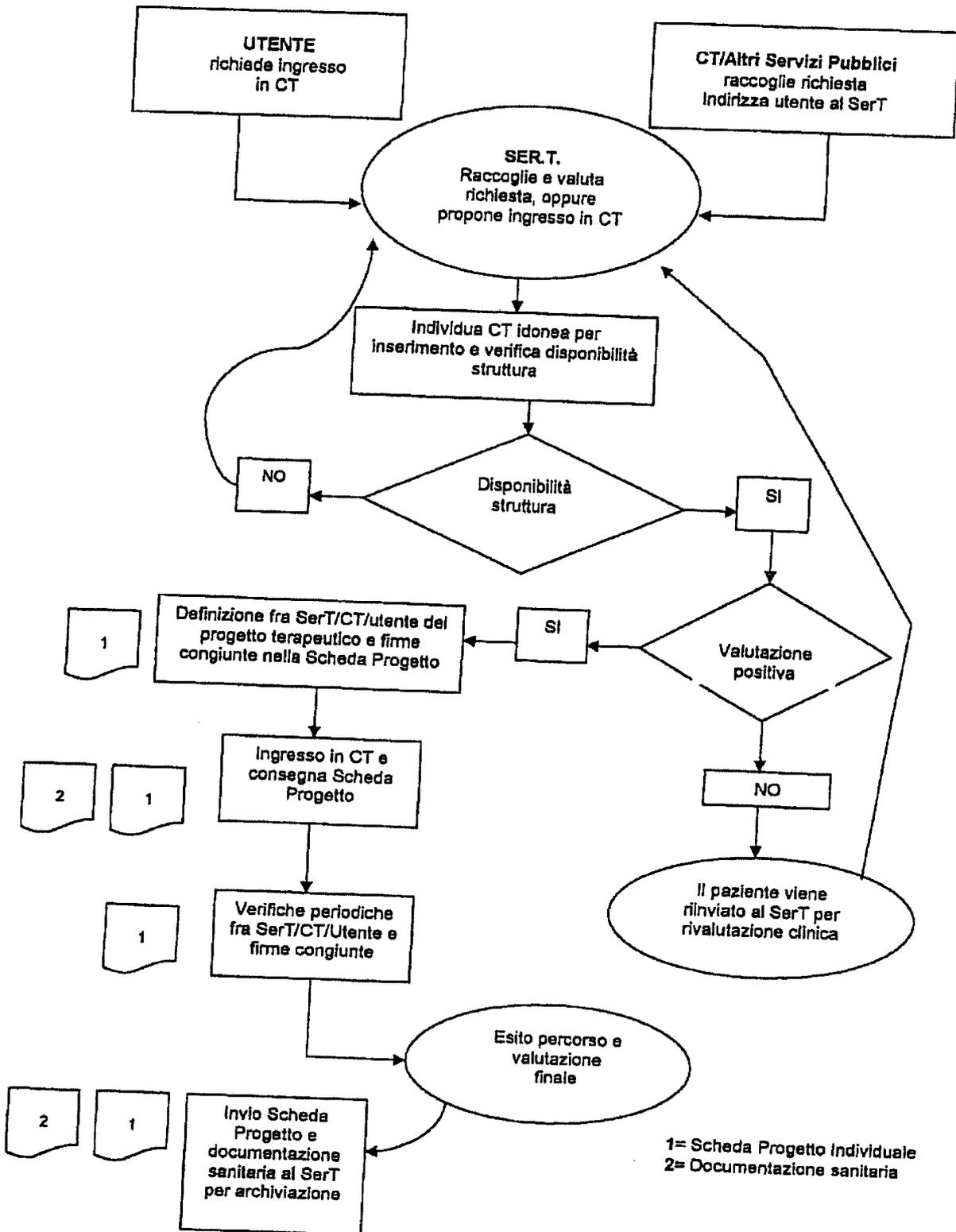
Indicatore	Standard di prodotto
Nr protocolli compilati in ingresso/Totale inserimenti nelle strutture (calcolo annuale)	60-70%
Nr inserimenti con valutazione finale congiunta/Totale inserimenti conclusi indipendentemente dall'esito del trattamento (calcolo annuale)	50-60%

### Lista di Distribuzione

A tutti gli operatori dell'U.O. Dipendenze Patologiche e degli Enti accreditati di Area Vasta Romagna.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin]*

Flow chart



*Handwritten signature and notes:*  
 Dr. P.C. - K. G. P. M. Zan. Q.

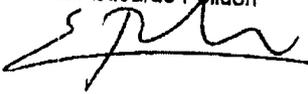
**Descrizione del documento di riferimento: Protocollo di trattamento in strutture riabilitative**

Struttura del documento	Responsabile	Descrizione attività
1. Dati paziente	Operatore SERT	Compilazione pag. 2
2. Diagnosi	Operatore SERT	Compilazione pag. 3, 4
3. Progetto terapeutico	Operatore SERT Operatore Ente Accreditato	Compilazione pag. 5
4. Valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi	Operatore SERT Operatore Ente Accreditato	Compilazione pag. 6
5. Valutazione inserimento in comunità alla fine del percorso terapeutico	Operatore SERT Operatore Ente Accreditato	Compilazione pag. 7

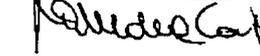
Cesena,

Coordinatori Commissione Paritetica Locale  
Area Vasta Romagna, per il monitoraggio dell'Accordo RER-CEA:

per le Aziende USL  
Dott. Edoardo Polidori



per gli Enti Accreditati  
Dott. Patrizio La Monaca



X  
J  
M  
S  
B  
A

6  
mi

**Progetto  
individuale di  
trattamento in  
strutture  
riabilitative  
private  
accreditate**

Dr. G. M. S. P. M. J. \*

Commissione Paritetica Locale di Area Vasta Romagna  
per il monitoraggio dell'accordo R.E.R.- C.E.A

**1. DATI DEL PAZIENTE**

Numero di cartella \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza (Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

Domicilio (Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Anno di primo contatto con P'UO \_\_\_\_\_

Settore Proponente (es. SerT di..., Carcere di..., CSM di...)

SerT .....  Carcere .....  CSM .....  Altri .....

Operatore iavante \_\_\_\_\_ c/o ..... Tel. ....

Referente inserimento \_\_\_\_\_ c/o ..... Tel. ....

Situazione abitativa: 1  problematica 2  non problematica

Persona significativa di riferimento a supporto del progetto: .....

Situazione socioeconomica: 1  problematica 2  non problematica  
*Se la situazione socioeconomica risulta problematica descrivere brevemente la situazione*

Situazione giuridica: 1  problematica 2  non problematica  
*Se la situazione giuridica risulta problematica descrivere brevemente la situazione*

Specificazione situazione giuridica problematica:

- 1  carcerazione attuale
- 2  detenzione domiciliare
- 3  semilibertà
- 4  art.94 DPR 309/90
- 5  arresti domiciliari

X  
Jeu  
M  
A  
W  
U  
P  
2





**3. PROGETTO TERAPEUTICO**

(da completare dopo valutazione congiunta)

**Obiettivi che si intendono perseguire attraverso l'attuale inserimento**

(Indicare tutti gli obiettivi relativi all'intero progetto. Le relative valutazioni vanno registrate a pag. 6 sulla base dei tempi previsti al momento dell'attivazione. Eventuali variazioni o la definizione di nuovi obiettivi a programma in corso vanno registrate solo a pag. 6).

- 1  Controllo craving
- 2  Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto
- 3  Riduzione graduale agonisti in ambiente protetto
- 4  Controllo/Adeguamento terapia farmacologica
- 5  Ri-acquisizione ritmi biologici adeguati
- 6  Soddisfacimento bisogni primari
- 7  Monitoraggio delle condizioni di salute (specificare) .....
- 8  Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi
- 9  Miglioramento della gestione dei rapporti interpersonali
- 10  Sviluppo aspetti legati all'autocontrollo e all'autostima
- 11  Sostegno/Rielaborazione delle relazioni familiari
- 12  Valutazione e/o attivazione risorse personali
- 13  Individuazione e attivazione risorse di rete sociale
- 14  Definizione trattamento farmacologico per la prevenzione delle recidive (alcolisti)
- 15  Superamento comportamenti a rischio
- 16  Reinserimento socio - lavorativo
- 17  Altro (specificare ) .....

**Modulo/Tipologia intervento**

- 1  Modulo residenziale a tipologia terapeutico - riabilitativa
- 2  Modulo semiresidenziale a tipologia terapeutico - riabilitativa
- 3  Modulo residenziale a tipologia pedagogico - riabilitativa
- 4  Modulo semiresidenziale a tipologia pedagogico - riabilitativa
- 5  Percorso specialistico doppia diagnosi
- 6  Percorso specialistico madre - bambino
- 7  Percorso specialistico COD/ Centro Crisi
- 8  Percorso specialistico per alcolisti
- 9  Percorso specialistico per giocatori d'azzardo
- 10  Percorso specialistico per dipendenze alimentari
- 11  Percorso (specialistico o base) per cocainomani
- 12  Percorso (specialistico o base) per consumatori di ecstasy e amfetamine
- 13  Percorso (specialistico o base) per politossicodipendenti
- 14  Gruppo appartamento
- 15  Percorso reinserimento
- 16  Altro (specificare ) .....

Durata prevista del percorso in Comunità: \_\_\_\_\_

Ente Accreditato: \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_

a carico di:

- Servizio Sanitario Nazionale
- Compartecipata (se sì, indicare con chi) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Op. Referente Ser.T \_\_\_\_\_ Op. Referente Struttura \_\_\_\_\_ Paziente<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Direttore UO Dipendenze Patologiche \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Per informativa privacy, consenso al trattamento dei dati e consenso alla comunicazione dei dati vedi allegati.

*[Handwritten signatures and initials on the right margin, including a star symbol at the top.]*

Commissione Paritetica Locale di Area Vasta Romagna  
per il monitoraggio dell'accordo R.E.R.- C.E.A

**4. VALUTAZIONE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

(da completare dopo valutazione congiunta)

**OBIETTIVI DI PRIMO LIVELLO - da valutare fra i 3 e i 6 mesi dall'ingresso in Comunità**

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al primo livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.  
Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto. Qualora un obiettivo non venga raggiunto nel periodo prefissato riportarlo nella valutazione del livello successivo.

Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO

NOTE: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Data valutazione \_\_\_\_\_

Op. Referente Ser.T \_\_\_\_\_

Op. Referente Struttura \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI DI SECONDO LIVELLO - da valutare fra i 6 e i 12 mesi dall'ingresso in Comunità**

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al secondo livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.  
Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto. Qualora un obiettivo non venga raggiunto nel periodo prefissato riportarlo nella valutazione del livello successivo.

Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO

NOTE: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Data valutazione \_\_\_\_\_

Op. Referente Ser.T \_\_\_\_\_

Op. Referente Struttura \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI DI TERZO LIVELLO - valutare fra i 12 e i 18 mesi dall'ingresso in Comunità**

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al terzo livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.  
Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto. Qualora un obiettivo non venga raggiunto nel periodo prefissato riportarlo nella valutazione del livello successivo.

Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO

NOTE: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Data valutazione \_\_\_\_\_

Op. Referente Ser.T \_\_\_\_\_

Op. Referente Struttura \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI DI QUARTO LIVELLO - valutare fra i 18 e i 24 mesi dall'ingresso in Comunità**

Nella prima colonna riportare i codici numerici degli obiettivi da perseguire al quarto livello sulla base di quelli proposti nella scheda Progetto Terapeutico di Pag. 6.  
Nella seconda colonna va barrato il grado di raggiungimento dell'obiettivo al termine dell'arco temporale previsto

Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO
Obiettivo Nr. _____	SI	In parte	NO

NOTE: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Data valutazione \_\_\_\_\_

Op. Referente Ser.T \_\_\_\_\_

Op. Referente Struttura \_\_\_\_\_

**5. VALUTAZIONE INSERIMENTO IN COMUNITA'  
ALLA FINE DEL PERCORSO TERAPEUTICO**

Data di fine percorso terapeutico: \_\_\_\_\_

**Esito del percorso terapeutico di inserimento in CT**

- 1  In corso
- 2  Completato
- 3  Terminato - Dimissione concordata
- 4  Terminato - Passaggio ad altra struttura
- 5  Terminato - Arresto
- 6  Terminato - Decesso (del soggetto)
- 7  Interrotto - Abbandono
- 8  Interrotto - Fuga
- 9  Interrotto - Espulsione
- 10  Altro (specificare) .....

**Quali dei seguenti obiettivi sono stati raggiunti con l'inserimento in CT?**

- 1  Controllo craving
- 2  Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto
- 3  Riduzione graduale agonisti in ambiente protetto
- 4  Controllo/Adeguamento terapia farmacologia
- 5  Ri-acquisizione ritmi biologici adeguati
- 6  Soddisfacimento bisogni primari
- 7  Monitoraggio delle condizioni di salute (specificare) .....
- 8  Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi
- 9  Miglioramento della gestione dei rapporti interpersonali
- 10  Sviluppo aspetti legati all'autocontrollo e all'autostima
- 11  Sostegno/Rielaborazione delle relazioni familiari
- 12  Valutazione e/o attivazione risorse personali
- 13  Individuazione e attivazione risorse di rete sociale
- 14  Definizione trattamento farmacologico per la prevenzione delle recidive (alcolisti)
- 15  Superamento comportamenti a rischio
- 16  Reinserimento socio - lavorativo
- 17  Altro (specificare) .....

Note: .....

.....

.....

.....

Op. Referente Ser.T

Op. Referente Struttura

Paziente

*Handwritten signature and initials on the right margin, including a star symbol at the top.*



Sert Ravenna	Sert Forlì	Sert Rimini	Sert Cesena
	Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo	<b>CEIS</b>	<b>COMES</b>
<b>Xxiii</b>		<b>samàn</b>	

**Criteria di appropriatezza e priorità per gli inserimenti nelle strutture private accreditate per le dipendenze**

**SOMMARIO**

Scopo/Obiettivo .....	2
Scopo .....	2
Obiettivo .....	2
Campo di applicazione .....	2
Modifiche alle revisioni precedenti.....	2
Definizioni .....	2
Descrizione dei criteri .....	2
Lista di Distribuzione .....	4

## Scopo

Scopo del presente documento è definire in modo chiaro, condiviso e trasparente i criteri per l'invio verso le strutture Residenziali e Semiresidenziali a varia tipologia per la cura delle persone con disturbo da dipendenza da sostanze.

## Obiettivo

Stabilire i principi in base ai quali si definisce:

- la necessità di un inserimento in una struttura privata accreditata per il trattamento delle dipendenze di un paziente in carico;
- i criteri attraverso i quali individuare la struttura ed il percorso/i<sup>1</sup> più appropriato in base agli obiettivi di cura per quel particolare utente;
- i criteri di priorità per l'ingresso a fronte di una lista programmata per gli inserimenti;
- durata degli inserimenti in base alla tipologia di struttura.

## Campo di applicazione

A tutti gli utenti UO Dipendenze Patologiche

## Modifiche alle revisioni precedenti

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

Data	Tipo di modifica
04/02/2010	Prima emissione documento

## Definizioni

U.O.D.P. =Unità Operativa Dipendenze Patologiche

SR =Strutture residenziali

SSR =Strutture Semiresidenziali

COD = Centro Osservazione e Diagnosi (struttura residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica)

## Descrizione dei criteri

1. *Criteri in base ai quali si stabilisce la necessità di un inserimento in una struttura privata accreditata per il trattamento delle dipendenze di un paziente in carico*

Il criterio principale è rappresentato da una marcata compromissione del funzionamento del soggetto nelle aree vitali bio-psicosociali che non permetta la gestione/progettazione a livello ambulatoriale. In altri termini, le condizioni che possono determinare l'esigenza di un trattamento in SR o SSR o COD sono le seguenti:

- ⇒ impossibilità a mantenere una situazione di *drug free* o *sobrietà* con un programma ambulatoriale
- ⇒ necessità di osservazione in condizioni di *drug free*
- ⇒ bisogno di recuperare funzioni di cura di sé
- ⇒ necessità di allontanamento dal contesto familiare e/o ambientale
- ⇒ bisogno di contenimento
- ⇒ necessità di apprendere e strutturare strategie efficaci di evitamento delle sostanze e controllo delle situazioni di rischio
- ⇒ necessità di apprendere e/o recuperare competenze relazionali
- ⇒ fallimento o drop out di altri trattamenti
- ⇒ bisogno di ri-socializzazione attraverso gli strumenti comunitari.

<sup>1</sup> Vedi Modulo/i in SistER nella scheda

I bisogni che possono determinare l'invio al COD sono:

- ⇒ disintossicazione
- ⇒ osservazione in condizioni di *drug free* per le persone per le quali non è stato possibile formulare una diagnosi in sede ambulatoriale
- ⇒ contenimento e gestione della crisi
- ⇒ stabilizzazione trattamento farmacologico
- ⇒ stabilizzazione e valutazione e formulazione di un progetto terapeutico

L'invio al COD può essere propedeutico all'ingresso in SR o SSR.

2. *Stabilire criteri attraverso i quali individuare la struttura ed il percorso/i più appropriati in base agli obiettivi di cura per quel particolare utente*

In particolare i parametri individuati possono essere:

- ⇒ diagnosi
- ⇒ obiettivi del progetto terapeutico
- ⇒ tipologia della struttura
- ⇒ offerta di trattamenti da parte della struttura
- ⇒ la prossimità geografica al territorio di pertinenza dell' Azienda USL di Rimini al fine di garantire un adeguato monitoraggio sull'andamento del percorso in struttura e sulla successiva fase di reinserimento. A tal proposito fare riferimento all'elenco Regione Emilia Romagna degli Enti e strutture accreditate (vedi G:/Accreditamento/Interfacce/Strutture Accreditate per le Dipendenze Regione Emilia Romagna)

Al fine di delineare la struttura di inserimento più appropriata si fa riferimento alla tabella sottostante che connette gli obiettivi dell'inserimento con la tipologia di struttura più adeguata.

Obiettivo/i dell'inserimento	Tipologia struttura
1 <input type="checkbox"/> Controllo craving	SPR-STR-COD (in base alla gravità del craving)
2 <input type="checkbox"/> Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto	SPR-STR-COD (il COD in caso di sospetta comparsa di disturbo psichiatrico durante la disintossicazione)
3 <input type="checkbox"/> Riduzione graduale agonisti in ambiente protetto	SPR-STR- COD (il COD in caso di sospetta comparsa di disturbo psichiatrico durante la disintossicazione)
4 <input type="checkbox"/> Controllo/Adeguamento terapia farmacologica	COD
5 <input type="checkbox"/> Ri-acquisizione ritmi biologici adeguati	SPR
6 <input type="checkbox"/> Soddisfacimento bisogni primari	SPR o Centro a Bassa Soglia
7 <input type="checkbox"/> Monitoraggio delle condizioni di salute (specificare)	SPR-STR-STRSR-SPRSR-COD
.....	
8 <input type="checkbox"/> Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi	COD
9 <input type="checkbox"/> Miglioramento della gestione dei rapporti interpersonali	SPR-STR-STRSR-SPRSR
10 <input type="checkbox"/> Sviluppo aspetti legati all'autocontrollo e all'autostima	SPR-STR-STRSR-SPRSR-COD
11 <input type="checkbox"/> Sostegno/Rielaborazione delle relazioni familiari	SPR-STR-STRSR-SPRSR-COD
12 <input type="checkbox"/> Valutazione e/o attivazione risorse personali	SPR-STR-STRSR-SPRSR-COD
13 <input type="checkbox"/> Individuazione e attivazione risorse di rete sociale	SPR-STR-COD
14 <input type="checkbox"/> Definizione trattamento farmacologico per la prevenzione delle recidive (alcolisti)	SPR-STR-COD
15 <input type="checkbox"/> Superamento comportamenti a rischio	SPR-STR-STRSR-SPRSR-COD
16 <input type="checkbox"/> Reinserimento socio - lavorativo	SPR-STR-STRSR-SPRSR - Altra tipologia
17 <input type="checkbox"/> Altro (specificare )	Da definire in base alla specifica
.....	
.....	

3. *Criteri di priorità per l'ingresso in SR - SSR o COD a fronte di una lista per gli inserimenti programmata.*

Qualora vi sia una lista per gli inserimenti programmata sono stati individuati i possibili criteri di priorità ai quali, al momento, non è stato attribuito uno *scoring* ad eccezione del VGF (Asse V DSM IV TR):

- continuità assistenziale alle dimissioni da un ricovero
- donne in gravidanza
- madre bambino


ALLEGATO n. 3 Criteri di appropriatezza e priorità per gli inserimenti nelle strutture private accreditate per le dipendenze

- minore e giovane con età  $\leq 25$  anni
- primo ingresso in struttura
- rischio di overdose per elevato *craving*

4. Criteri di esclusione per l'inserimento in struttura

Le strutture hanno la possibilità di accogliere o rifiutare l'ingresso in base a:

- indisponibilità di posti a fronte di una necessità tempestiva di inserimento
- aspetti giuridici che prevedono misure restrittive che possono essere in conflitto con l'organizzazione dei programmi rendendo impossibile la fattibilità di un percorso terapeutico
- incompatibilità con altri utenti ricoverati
- gravi problematiche sanitarie che compromettano l'autonomia e che necessitano di assistenza di base e/o di stabilizzazione
- superamento della riserva di posti per determinate tipologie di pazienti (ad esempio con doppia diagnosi o con misure alternative alla pena)

5. Valutazione integrata del percorso

Si ritiene importante che periodicamente l'equipe inviata e l'equipe della struttura terapeutica valutino congiuntamente la situazione in un incontro presso la struttura o il SERT ai fini di verificare l'andamento del programma terapeutico e l'eventuale ridefinizione degli obiettivi. L'utente deve essere coinvolto nel processo di valutazione secondo le modalità ritenute più appropriate dalle due organizzazioni.

Per gli inserimenti presso il COD si ritiene opportuno almeno un mese prima della data prevista dalla conclusione sia programmato un incontro per definire la progettualità successiva. La permanenza all'interno del COD oltre i 6 mesi può determinare una regressione del paziente. La frequenza di tali incontri può essere modulata in base ad eventi emergenti o a cadenza definita caso per caso

6. Durata degli inserimenti in base alla tipologia di struttura

Fermo restando che, gli inserimenti in struttura devono essere individualizzati al fine del raggiungimento degli obiettivi specifici sia nei contenuti che nei tempi, si ritiene comunque utile determinare alcuni parametri per stabilire la durata degli inserimenti in base alla tipologia di struttura.

Si ritiene che un intervento residenziale non debba superare i 24 mesi ed un intervento semiresidenziale non debba superare i 18 mesi.

Un inserimento presso il COD, per gli obiettivi che si prefigge, deve avere una durata compresa fra i 3 ed i 6 mesi.

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.S.L. della Romagna

Oggetto: dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica - periodo 01.01.2015-31.12.2016

Io sottoscritto GIUSEPPE PAOLO BELLETTI  
nato il 23/06/1949 a GATEO (FC)  
in qualità di LOCALE RAPPRESENTANTE  
dell'impresa FONDAZIONE NUOVO VILLAGGIO DEL FANCIULLO "CELSO E ANNA FRASCALI"  
con sede in RAVENNA - VIA 56 MARTIRI 79  
con codice fiscale n. 92017960394  
con partita IVA n. 01220050395  
Tel. 0544 603511  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione) 0544 603518

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A. che la coop.va NUOVO VILLAGGIO DEL FANCIULLO "CELSO E ANNA FRASCALI" è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di RAVENNA al n. RA - 133701; che la forma giuridica dell'Impresa è FONDAZIONE (Impresa individuale, s.n.c, società cooperativa, s.p.a, ecc.....); che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo ed in accomandita semplice), gli amministratori muniti di potere di rappresentanza (per altri tipi di società), sono (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita): GIUSEPPE PAOLO BELLETTI, 23/06/1949 GATEO (FC)
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32- quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; (eventualmente) di aver subito le seguenti condanne e di beneficiare della non menzione (indicare le condanne subite);
- 6) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 7) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del decreto-legge 04.07.2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 04.08.2006, n. 248;
- 8) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- 9) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
- 10) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana;
- 11) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):  
 di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

TRATTANDOSI DI ONLUS CHE OPERA NEL CAMPO DELLA RIABILITAZIONE

- trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;
- trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero

- di essere assoggettato agli obblighi previsti dalla legge n. 68/1999 e se del caso presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 12/03/1999, n. 68;

12) (dichiarazione ai fini della compilazione da parte della Stazione Appaltante del Documento Unico di Regolarità Contributiva)

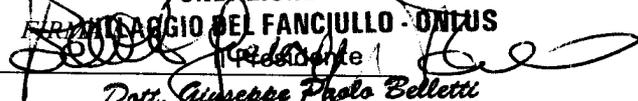
compilare in ogni parte i campi di seguito indicati:

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome <b>NUOVO VILLAGGIO DEL FANCIULLO "CELSO E ANNA FRASCALI"</b>		Cod. Fiscale/P.I. <b>CF 92017960391</b> <b>P.IVA 01220050395</b>	
Sede Legale	Cap <b>48124</b>	Comune <b>RAVENNA</b>	Pr <b>RA</b>
	Via/Piazza nr <b>VIA 56 MARTIRI 79</b>		
Sede Operativa	Cap <b>48124</b>	Comune <b>RAVENNA</b>	Pr <b>RA</b>
	Via/Piazza nr <b>V. 56 MARTIRI 79</b>		
	N° Fax: <b>0544 603518</b>	E-mail: <b>Amministrazione@villaggiofanciullo.org</b>	
C.C.N.L. applicato	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
	Altro non edile specificare tipo di contratto <b>ANASTE - IST. SOCIO ASSISTENZIALE</b>		
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		<input type="checkbox"/> da 6 a 15
	<input checked="" type="checkbox"/> da 16 a 50		<input type="checkbox"/> da 51 a 100
	<input type="checkbox"/> oltre		
	Totale addetti al servizio		
Incidenza % manodopera		Nr. <b>36</b>	
Tipo ditta			
<input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata - committente/associante <input type="checkbox"/> Gestione separata - titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input checked="" type="checkbox"/> Impresa/ditta individuale <input type="checkbox"/> Consorzio stabile <input type="checkbox"/> Consorzio tra cooperative <input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane <input type="checkbox"/> Consorzio ordinario <input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale <input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale <input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL - codice ditta	<b>5851610</b>	INAIL - Posizioni assicurative territoriali	<b>2</b>
INPS - matricola aziendale	<b>6603284623</b>	INPS sede competente	<b>RAVENNA</b>
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

13) che intende eventualmente di avvalersi della facoltà di subappaltare le seguenti prestazioni (fare crocetta sulle prestazioni interessate per il subappalto):

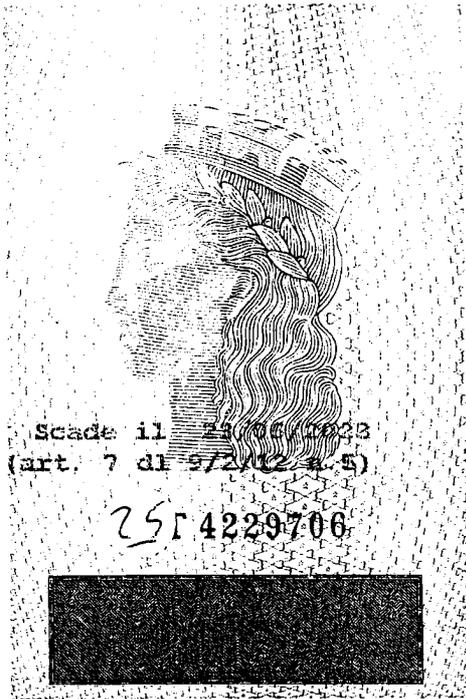
- alberghiere
- sanitarie
- socio-assistenziali

14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**FONDAZIONE NUOVO VILLAGGIO DEL FANCIULLO ONLUS**  
  
 Dott. Giuseppe Paolo Belletti

N.B.

- La dichiarazione di cui ai punti 4 - 5 - 6 deve essere presentata anche dagli altri soggetti muniti di potere di rappresentanza, espressamente indicati al punto 1;
- La presente **dichiarazione** deve essere corredata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante. In tale caso la firma non dovrà essere autenticata, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.



I.P.Z.S. s.p.a. - OFFICINA C.V. - ROMA



Cognome..... BELLETTI  
 Nome..... GIUSEPPE PAOLO  
 nato il..... 23/06/1949  
 (atto n..... 103 P..... 1 S..... A.....)  
 a..... Gatteo (FC)  
 Cittadinanza..... Italiana  
 Residenza..... S. Alberto (RA)  
 Via..... via. Rivaletto, n. 29  
 Stato civile..... stato libero  
 Professione..... pensionato

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... 1,78  
 Capelli..... brizzolati  
 Occhi..... castani  
 Segni particolari.....

Firma del titolare *Belletti Giuseppe Paolo*  
 Ravenna li 22/01/2013

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO  
*Baccarini Sara*

DIR. SEGR. 0,00  
 IMP. FISSO 5,00  
 TOT. 5,00

**Al Direttore del Distretto di Faenza  
dell' Azienda U.S.L. della Romagna**

**Oggetto:** dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica – periodo 01.01.2015-31.12.2016

Il sottoscritto **MARESI FAUSTO**  
nato il **25.05.1961** a **Alfonsine (RA)**  
in qualità di **Presidente del consiglio di amministrazione e Legale Rappresentante**  
dell'impresa **COOPERATIVA SOCIALE LA CASA – SOCIETA' COOPERATIVA**  
con sede in **VIA CAVOUR N. 6 – 48121 RAVENNA**  
con codice fiscale n. **00827350398**  
con partita IVA n. **00827350398**  
Tel. **0544/36044**  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione) **0544.215935**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A.
  - che l'Ente Ausiliario **COOPERATIVA SOCIALE LA CASA – SOC. COOP.** è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di **RAVENNA** al n. **102727**;
  - che la forma giuridica dell'Impresa è **COOPERATIVA SOCIALE**
  - che gli amministratori muniti di potere di rappresentanza sono:  
**MARESI FAUSTO** nato ad **ALFONSINE (RA)** il **25.05.1961**  
**MANENTI GERARDO** nato a **BELFORTE ALL'ISAURO (PS)** il **25.03.1951**
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostantive a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32-  
quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, e che nei propri riguardi non  
è in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è  
pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27  
dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostantive previste dall'articolo  
10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è  
stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto  
irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di  
procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale;
- 6) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non sono  
state emesse condanne con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione  
criminale, corruzione, frode, riciclaggio;
- 7) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 8) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del  
decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica  
amministrazione;
- 9) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo  
derivante dai rapporti di lavoro;
- 10) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e  
tasse, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- 11) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali  
e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello stato in cui sono stabiliti;
- 12) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare  
l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):
  - di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:
    - trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

- trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

13)

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome COOPERATIVA SOCIALE LA CASA - SOC. COOP.		Cod. Fiscale/P.I.	00827350398
Sede Legale	Cap 48121	Comune : RAVENNA	Pr: RA
	Via CAVOUR N. 6		
Sede Operativa	Cap. 48121	Comune: RAVENNA	Pr. RA
	Via ORIANI N. 8		
	N° Fax: 0544.215935		E-mail: presidente@ceislacasa.it
C.C.N.L. applicato	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
	Altro non edile specificare tipo di contratto: CCNL PER LE LAVORATRICI E I LAVORATORI DELLE COOPERATIVE DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO-ASSISTENZIALE-EDUCATIVO E DI INSERIMENTO LAVORATIVO		
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		x da 6 a 15
	<input type="checkbox"/> da 16 a 50		<input type="checkbox"/> da 51 a 100
	<input type="checkbox"/> oltre		
Totale addetti al servizio		Nr. 9	
Incidenza % manodopera 60%			
Tipo ditta			
<input checked="" type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> Gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input type="checkbox"/> Impresa/ditta individuale <input type="checkbox"/> Consorzio stabile <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativa Sociale <input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane <input type="checkbox"/> Consorzio ordinario <input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale <input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale <input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL – codice ditta	3638931	INAIL – Posizioni assicurative territoriali	21645218
		RAVENNA CAP 48121 Piazza Luigi Carlo Farini, 54	
INPS – matricola aziendale	6605730630	INPS sede competente RAVENNA CAP 48121 via ROMOLO GESSI, 24	
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

- 14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ravenna, 11.06.2015

FIRMA  


- Si allega copia Fotostatica documento di identità del sig. Fausto Maresi

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RESA**  
**ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

**Al direttore dell' U.O. Dipendenze Patologiche  
Dell' Azienda UsI di Ravenna**

**Oggetto:** dichiarazione sostitutiva per Accordo di fornitura tra le Aziende USL costituenti l'Area Vasta Romagna e gli Enti del privato sociale accreditati ai sensi della DGR n. 327/04, 772/07 e DGR n. 26/05 per prestazioni di carattere sanitario, socio-assistenziale, educativo a pazienti dipendenti da sostanze stupefacenti psicotrope.

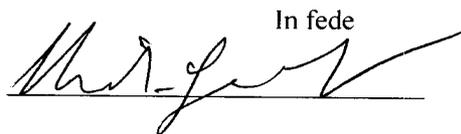
Il sottoscritto MANENTI GERARDO codice fiscale n. MNNGRD51C25A740U  
nato il 25.03.1951 a BELFORTE ALL'ISAURO (PS)  
in qualità di VICE PRESIDENTE – LEGALE RAPPRESENTANTE  
dell'impresa COOPERATIVA SOCIALE LA CASA - SOC. COOP  
con sede in RAVENNA  
in via CAVOUR n. 6 Cap. 48121

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

**DICHIARA:**

- che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale;
- che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non sono state emesse condanne con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio;
- di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;

Ravenna, 11.06.2015

In fede  


si allega:

- n. 1 copia fotostatica della carta di identità del sig. Manenti

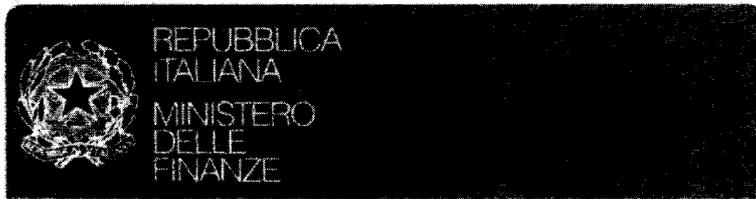
Scade il 25/05/2024  
(art. 7 dl 9/2/12 n.5)

AT 9901118



Cognome **MARESI**  
Nome **FAUSTO**  
nato il **25/05/1961**  
(atto n. **126** ... 1° ... **A**)  
di **Alfonsine (RA)**  
Cittadinanza **Italiana**  
Residenza **Classe (RA)**  
Via **via Galassi Giuseppe, n. 10**  
Data cartella  
Professione **Impiegato**  
CONGIUNTI E CONTRASSEGNI SALMENTI  
Statura **1,84**  
Capelli **brizzolati**  
Occhi **castani**  
Segni particolari **-**

  
Firma del titolare *Fausto Maresi*  
**Ravenna** 13/01/2014  
Il Funzionario Incaricato  
*Rita Garofalo*  
DIR. SEGR. 0,00  
IMP. FISSO 5,00  
TOT. 5,00  

CODICE FISCALE **MRSFST61E25A191C**

COGNOME **MARESI**

NOME **FAUSTO**

LUGGO DI NASCITA **ALFONSINE**

PROVINCIA **RA**

**1999**

DATA DI NASCITA **25/05/1961**

Il Ministro delle Finanze

VALIDITA' PROROGATA AI SENSI DELL'ART.31  
DEL D.L. N.112/2008 CONVERTITO D.L. A  
L. 6.8.2009 N. 133  
FINO AL 10-06-2016



(D'ordine il Delegato)

29 06 2011

Gemignani Paolo

COMUNIZIONE 10-06-2011

AM 4221660



IPZS - OFFICINA 4 ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI  
Bagnacavallo

**CARTA D'IDENTITA'**  
N° AM 4221660

DI  
MANENTI  
GERARDO

Cognome MANENTI  
Nome GERARDO  
nato il 25/03/1951  
(atto n. 9 P 1 C A)  
a Belforte all'Isaur (PS)  
Cittadinanza Italiana  
Residenza Bagnacavallo  
Via Via Sauro n.23  
Stato civile CONIUGATO  
Professione educatore

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura 1.63  
Capelli brizzolati  
Occhi castani  
Segni particolari

Firma del titolare  
Bagnacavallo 10-06-2004

IL SINDACO

Insieme del sito  
municipale

Bagnacavallo  
0,26  
G10-2006

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.S.L. della Romagna

**Oggetto:** dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica - periodo 01.01.2015-31.12.2016

Io sottoscritto RAMONDA GIOVANNI  
nato il 03/05/1960 a FOSSANO (CN)  
in qualità di PRESIDENTE E LEGALE RAPPRESENTANTE  
dell'impresa SOC. COOPERATIVA "COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII"  
con sede in RIMINI VIA VALVERDE 10/B  
con codice fiscale n. 01970680409  
con partita IVA n. 01970680409  
Tel 0541909700  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione)

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A. che la coop.va COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di RIMINI al n. 01970680409 che la forma giuridica dell'Impresa è SOCIETA' COOPERATIVA (Impresa individuale, s.n.c, società cooperativa, s.p.a, ecc.....); che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo ed in accomandita semplice), gli amministratori muniti di potere di rappresentanza (per altri tipi di società), sono (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita):  
RAMONDA GIOVANNI, GIA' REFERENZIATO
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32- quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; (eventualmente) di aver subito le seguenti condanne e di beneficiare della non menzione (indicare le condanne subite);
- 6) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 7) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del decreto-legge 04.07.2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 04.08.2006, n. 248;
- 8) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- 9) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
- 10) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana;
- 11) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):  
- di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

- trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;
- trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero

di essere assoggettato agli obblighi previsti dalla legge n. 68/1999 e se del caso presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 12/03/1999, n. 68;

12) (dichiarazione ai fini della compilazione da parte della Stazione Appaltante del Documento Unico di Regolarità Contributiva)

compilare in ogni parte i campi di seguito indicati:

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome <b>COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII</b>		Cod. Fiscale/P.I. <b>01970680409</b>	
Sede Legale	Cap <b>47923</b>	Comune <b>RIMINI</b>	Pr <b>RN</b>
	Via/Piazza nr		
Sede Operativa	Cap <b>47923</b>	Comune <b>RIMINI</b>	Pr <b>RN</b>
	Via/Piazza nr		
N° Fax:		E-mail:	
C.C.N.L. applicato	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
	Altro non edile specificare tipo di contratto <b>CCNL COOPERATIVE SOCIALI</b>		
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		<input type="checkbox"/> da 6 a 15
	<input type="checkbox"/> da 16 a 50		<input type="checkbox"/> da 51 a 100
<input checked="" type="checkbox"/> oltre			
Totale addetti al servizio		Nr. <b>133</b>	
Incidenza % manodopera			
Tipo ditta			
<input checked="" type="checkbox"/> Datore di lavoro			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - committente/associante			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input checked="" type="checkbox"/> Impresa/ditta individuale			
<input type="checkbox"/> Consorzio stabile			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra cooperative			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane			
<input type="checkbox"/> Consorzio ordinario			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale			
<input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL - codice ditta	<b>4360390</b>	INAIL - Posizioni assicurative territoriali	
INPS - matricola aziendale	<b>3204884428</b>	INPS sede competente	<b>RIMINI</b>
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

13) che intende eventualmente di avvalersi della facoltà di subappaltare le seguenti prestazioni (fare crocetta sulle prestazioni interessate per il subappalto):

- alberghiere
- sanitarie
- socio-assistenziali

14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

N.B.

- La dichiarazione di cui ai punti 4 - 5 -6 deve essere presentata anche dagli altri soggetti muniti di potere di rappresentanza, espressamente indicati al punto 1;
- La presente **dichiarazione** deve essere corredata da fotocopia di un documento di identità in corso di validità, del soggetto dichiarante. In tale caso la firma non dovrà essere autenticata, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

**COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII**  
COOPERATIVA SOCIALE a.r.l. ONEBUS

Via Valverde, 10/B 47923 RIMINI

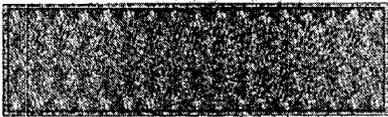
Tel. 0541.909700 Fax 0541.909701

Partita IVA 01970680409

Data scadenza 03/05/2025

Diritti CDI Euro: 3,18  
Diritti Segr. Euro: 0,26

AV 5648425



IPZS S.p.A. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
SANT'ALBANO STURA

---

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 5648425

DI  
RAMONDA  
GIOVANNI

Cognome ..... RAMONDA  
Nome ..... GIOVANNI  
nato il ..... 03/05/1960  
(atto n. .... 118. P. .... 1 S. .... A. .... )  
a ..... FOSSANO (CN) ( ..... )  
Cittadinanza ..... ITALIANA  
Residenza ..... SANT'ALBANO STURA  
Via ..... VIA MOROZZO n. 6  
Stato civile ..... CONIUGATO  
Professione ..... PEDAGOGISTA

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura ..... cm.170  
Capelli ..... BRIZZOLATI  
Occhi ..... CASTANI  
Segni particolari .....  
N.N.



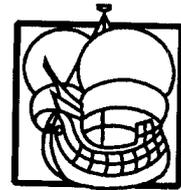
Firma del titolare ..... *Giovanni Ramonda*  
SANT'ALBANO STURA il ..... 11/02/2015

Impronta del dito indice sinistro ..... IL SINDACO  
IL FUNZIONARIO DELEGATO  
MANETTI Sara



**Servizio Agricoltura, Ambiente, Energia, Turismo,  
Lavoro, Sociale, Scuola, Formazione Professionale,  
Politiche Comunitarie**

Via Dario Campana n. 64 47900 Rimini  
Tel. 0541716242 - Fax 0541716305



**PROVINCIA  
DI RIMINI**

**Certificazione rilasciata ai sensi  
dell'art.17, legge 12 marzo 1999, n. 68**

Prot. n. 164000/SIL  
del 17/06/2015

Il Responsabile di P.O.

Vista la **domanda prot. n. 163992/SIL del 17/06/2015** presentata dalla  
ditta **"COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII Cooperativa Sociale a R.L. onlus"**  
con sede legale in **Rimini, Via Valverde, 10/b**

Codice fiscale o partita IVA **01970680409**

settore di attività **Servizi di Assistenza Sociale Residenziale**

intesa ad ottenere la certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999,  
n. 68, da cui risulti l'ottemperanza alle norme della legge medesima;

Vista la legge 12 marzo 1999, n. 68, "Norme per il diritto al lavoro dei  
disabili";

Considerato che la citata legge pone a carico dei datori di lavoro pubblici e  
privati aventi alle proprie dipendenze almeno 15 lavoratori, salvo le eccezioni e le  
esclusioni previste, essenzialmente i seguenti obblighi nei confronti di questo  
Ufficio:

- a) presentazione annuale di un prospetto informativo circa la propria  
situazione occupazionale;

- b) richiesta di avviamento al lavoro delle persone disabili a copertura della quota di assunzioni obbligatorie stabilita dalla legge, anche attraverso la stipula, su richiesta, di apposita convenzione;

Visto il **prospetto informativo** inviato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dal richiedente il **15/02/2013, prot. n 102467/SIL del 19/04/2013**, recante la **situazione occupazionale della ditta alla data del 31/12/2012**;

### C E R T I F I C A

che, dai dati e dalle notizie indicate nella comunicazione informativa sopra richiamata, la ditta **"COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII Cooperativa Sociale a R.L. onlus"** con sede legale in **Rimini, Via Valverde, 10/b** alla data di rilascio della presente certificazione risulta ottemperante agli obblighi di assunzione fissati alla legge 12 marzo 1999, n. 68.

Il presente certificato viene rilasciato ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17 della legge n. 68/99.

**La vigenza della presente certificazione è subordinata al mantenimento dell'assetto organico del personale dichiarato nel prospetto informativo.**

Il Responsabile di P.O.  
Tatiana Giorgetti

*T. Giorgetti*

*Restano ferme a carico del richiedente le responsabilità e le sanzioni penali stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi degli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale nonché dell'art. 4 della Legge 4 gennaio 1968, n.15.*

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi

Rimini, 5 giugno 2015

Prot. n. 15 3183/am/a/ss

Oggetto: DELEGA

Io sottoscritto Giovanni Ramonda nato a Fossano (CN) il 03/05/1960 residente a Sant'Albano Stura (CN) e domiciliato per la carica a Rimini in Via Mameli n. 1, codice fiscale RMNGNN60E03D742J, in qualità di legale rappresentante dell' **Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII"**, Ente Ecclesiastico di Diritto Pontificio civilmente riconosciuto con D.P.R. 596/72 ed iscritto al n. 16 nel Registro delle Persone Giuridiche tenuto presso la Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo di Rimini, O.N.L.U.S. limitatamente alle attività di Assistenza Sociale e Socio-Sanitaria, con sede in via Mameli n. 1 - 47921 RIMINI (RN); C.F. 00310810221, partita IVA 01433850409;

Delego:

Il sig. **GIOVANNI SALINA**  
Nato a Crema (CR) il 13/07/1961

a firmare e ritirare per mio conto l'accordo di fornitura tra ASL Romagna e gli Enti del Privato Sociale accreditati.

Firma del delegante

**COMUNITÀ PAPA GIOVANNI XXIII**  
COOPERATIVA SOCIALE a r.l. - ON.L.U.S.  
Via Valverde, 10/B - 47923 RIMINI  
Tel. 0541.909700 - Fax 0541.909701  
Partita IVA 01 970 680 409

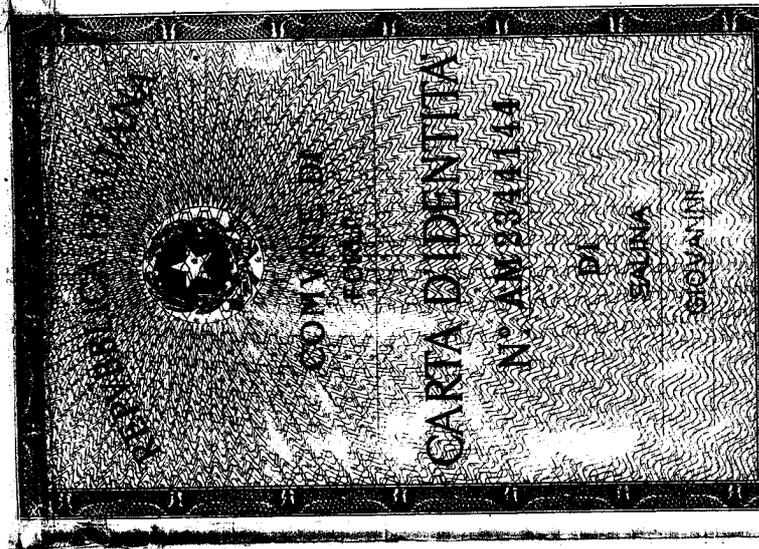
Cognome ..... SALINA  
 Nome ..... GIOVANNI  
 nato il ..... 13/07/1961  
 (atto n. .... 458 P. .... 1 S. .... A)  
 a ..... CREMA (CR)  
 Cittadinanza ..... ITALIANA  
 Residenza ..... FORLÌ (FC)  
 Via ..... CASTEL LATINO Nr.18  
 Stato civile .....  
 Professione .....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura ..... 1,78  
 Capelli ..... Castani  
 Occhi ..... Cerulei  
 Segni particolari ..... N.N.



Firma del titolare ..... *Giovanni Salina*  
 FORLÌ (FC) ..... 27/09/2005  
 IL SINDACO  
*Antonio Molloni*

Ripropria del tutto l'ufficio sinistro	
Scoti	R. 0,78
Diritti	S. 5,18





**Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.S.L. della Romagna**

**Oggetto: dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica - periodo 01.01.2015-31.12.2016**

Io sottoscritto ..... MOIAN MASSIMO .....  
nato il ..... 25.03.1964 ..... a ..... ZURIGO (SVIZZERA) .....  
in qualità di ..... LEGALE RAPPRESENTANTE .....  
dell'impresa ..... COMUNITA' SAN MAURIZIO .....  
con sede in ..... BORGHI (FC) VIA PRATI VERDI, 9 .....  
con codice fiscale n. .... 01733150401 .....  
con partita IVA n. .... 01733150401 .....  
Tel ..... 0541.947474 .....  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione) ..... 0541.947666 .....

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A. che la coop.va COMUNITA' SAN MAURIZIO è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di FORLI' al n. FO-235367; che la forma giuridica dell'Impresa è ASSOCIAZIONE (Impresa individuale, s.n.c, società cooperativa, s.p.a, ecc.....); che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo ed in accomandita semplice), gli amministratori muniti di potere di rappresentanza (per altri tipi di società), sono (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita):
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32-  
quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; (eventualmente) di aver subito le seguenti condanne e di beneficiare della non menzione (indicare le condanne subite);
- 6) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 7) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del decreto-legge 04.07.2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 04.08.2006, n. 248;
- 8) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- 9) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
- 10) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana;
- 11) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):  
- di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

- trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;
- trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero

di essere assoggettato agli obblighi previsti dalla legge n. 68/1999 e se del caso presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 12/03/1999, n. 68;

12) (dichiarazione ai fini della compilazione da parte della Stazione Appaltante del Documento Unico di Regolarità Contributiva)

compilare in ogni parte i campi di seguito indicati:

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome <b>COMUNITA SAN MAURIZIO</b>		Cod. Fiscale/P.I. <b>01733150401</b>	
Sede Legale	Cap <b>47030</b>	Comune <b>BORGHI</b>	Pr <b>FC</b>
	Via/Piazza nr <b>PRATI VERDI 9</b>		
Sede Operativa	Cap <b>47030</b>	Comune <b>BORGHI</b>	Pr <b>FC</b>
	Via/Piazza nr <b>PRATI VERDI 9</b>		
C.C.N.L. applicato	N° Fax: <b>0544.047666</b>		E-mail: <b>COMUNITA@SANMAURIZIO.ORG</b>
	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
Altro non edile specificare tipo di contratto			
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		<input type="checkbox"/> da 6 a 15
	<input checked="" type="checkbox"/> da 16 a 50		<input type="checkbox"/> da 51 a 100
		<input type="checkbox"/> oltre	
Totale addetti al servizio		Nr. <b>39</b>	
Incidenza % manodopera			
Tipo ditta			
<input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> Gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input type="checkbox"/> Impresa/ditta individuale <input type="checkbox"/> Consorzio stabile <input type="checkbox"/> Consorzio tra cooperative <input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane <input type="checkbox"/> Consorzio ordinario <input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale <input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale <input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL – codice ditta	<b>4228586</b>	INAIL – Posizioni assicurative territoriali	<b>07438367-41 CESENA</b>
INPS – matricola aziendale	<b>3207243881</b>	INPS sede competente	<b>FORLI'</b>
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

- 13) che intende eventualmente di avvalersi della facoltà di subappaltare le seguenti prestazioni (fare crocetta sulle prestazioni interessate per il subappalto):
- alberghiere
  - sanitarie
  - socio-assistenziali
- 14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.



N.B.

- La dichiarazione di cui ai punti 4 – 5 -6 deve essere presentata anche dagli altri soggetti muniti di potere di rappresentanza, espressamente indicati al punto 1;
- La presente dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante. In tale caso la firma non dovrà essere autenticata, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

Cognome **MOLARI**  
 Nome **MASSIMO**  
 nato il **25 marzo 1964**  
 (atto n. **131** p. **2** s. **B**)  
 a **ZURIGO (Svizzera) EE**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **BORGHI**  
 Via **prov.le USO 24**  
 Stato civile -----  
 Professione -----

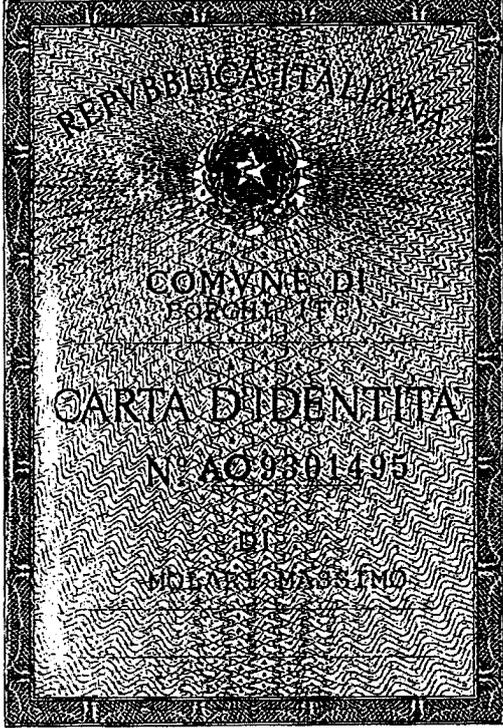
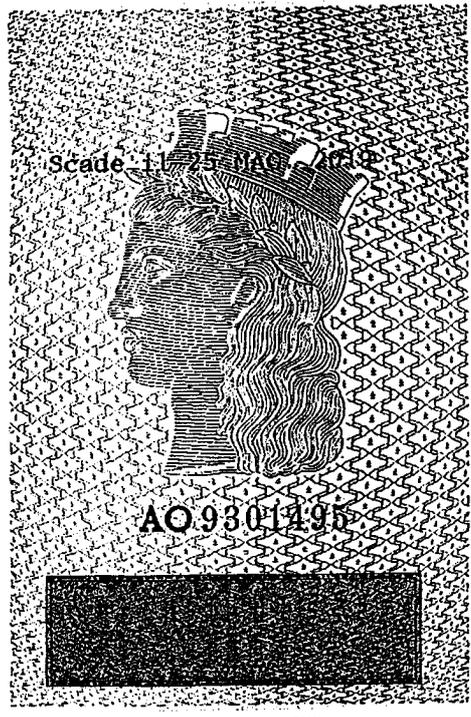
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,73**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **AZZURRI**  
 Segni particolari **NULLA**



Firma del titolare *Massimo Molari*  
**BORGHI** il **26/05/2009**  
 Impronta del dito indice sinistro  
 Diritti Euro **5,42**

COMUNE DI BORGHI  
 SERVIZIO ANAGRAFICO  
 IL SINDACO  
 ANAGRAFICO STATO CIVILE



**TESSERA SANITARIA**

Codice Fiscale **MLRMSM64C25Z133R** Data di scadenza **10/06/2010**

Cognome **MOLARI** Sesso **M**

Nome **MASSIMO**

Luogo di nascita **SVIZZERA**

Provincia **EE**

Data di nascita **25/03/1964**

Obb. sanitari regionali



Borghi, 09 febbraio 2010

Spett.le  
Ufficio per il diritto  
Al lavoro dei disabili  
Forlì

Alla c.a. Dott.ssa Nappa

**Oggetto: Esonero applicazione L.68/99**

Il sottoscritto Molari Massimo in qualità di Presidente dell'Associazione "Comunità San Maurizio" c.f. 01733150401, con sede a Borghi (FC) in Via Prati Verdi n. 9, facendo seguito al colloquio telefonico intercorso con la presente comunica quanto segue:

L'Associazione svolge attività esclusivamente assistenziali volta al recupero ed il reinserimento sociale di tossicodipendenti, ex detenuti in libertà provvisoria nonché giovani e minorenni travati e bisognosi di guida psicologica e sostegno morale. L'Associazione opera attraverso la determinazione di Accreditamento n. 4183 del 15-04-2008 rilasciata dalla Regione Emilia Romagna, la quale concede tale autorizzazione per la ricettività di utenti dipendenti da sostanze d'abuso e affette da patologie psichiatriche.

La stessa Associazione opera attraverso le Autorizzazioni al Funzionamento n. 1/2006 e n. 2/2006 del 19-10-2006, rilasciate dal Comune di Borghi per strutture di Accoglienza e Comunità Educativa volte al recupero di minori problematici con patologia di devianza adolescenziale, antisociale, psicopatologia e abuso di sostanze psicotrope. L'Associazione non ha scopo di lucro e non prevede suddivisione di avanzi di bilancio (cosiddetti utili).

Considerato l'articolo 3 comma 3 della L.68 del 12 marzo 1999 che prevede, in presenza di Associazioni assistenziali senza scopo di lucro, il computo per la quota di riserva solo per il personale tecnico-esecutivo svolgente funzioni amministrative e dato che l'Associazione ha alle proprie dipendenze n. 4 lavoratori con funzioni amministrative, L'Associazione **non è soggetta all'applicazione della Legge 68/99 in merito alla copertura della quota di riserva, così come prevista dall'Art. 3 comma 1, ai sensi dell'art 3 comma 3.**

Si chiede di non tener conto del prospetto informativo inviato erroneamente in precedenza in quanto non dovuto.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti

Sede terapeutica residenziale  
Via Prati Verdi, 9 - 47030 Masrola di Borghi (FC)  
Centralino Tel. 0541.939042 - Fax 0541.939090  
E-mail: [psicologi@sanmaurizio.org](mailto:psicologi@sanmaurizio.org)

Ufficio amministrativo  
Via XXV Aprile, 19 - 47030 Borghi (FC)  
Tel. 0541.947471 - Fax 0541.947666  
E-mail: [comunita@sanmaurizio.org](mailto:comunita@sanmaurizio.org)  
Cod. Fisc. / Part. IVA 01733150401

COMUNITÀ SAN MAURIZIO  
Sede Legale:  
Via Prati Verdi, 9 - 47030 BORGHIL (FC)  
Tel. 0541.939042  
Partita IVA 01 733 150 401  
IL PRESIDENTE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.S.L. della Romagna

Oggetto: dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica - periodo 01.01.2015-31.12.2016

Io sottoscritto ANGELO FILIPPONI  
nato il 14/11/1955 a MARRADI (F)  
in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE  
dell'impresa CO.M.E.S. COOPERATIVA SOCIALE ONLUS  
con sede in PIAZZA SCALFONE 8 50034 MARRADI (F)  
con codice fiscale n. 50000780486  
con partita IVA n. 03441380486  
Tel 055/8042137  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione) 055/8042051

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A. che la coop.va CO.M.E.S. COOP. SOCIALE ONLUS è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di FRANZE al n. 90000780486 che la forma giuridica dell'Impresa è COOPERATIVA SOCIALE (Impresa individuale, s.n.c, società cooperativa, s.p.a, ecc.....); che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo ed in accomandita semplice), gli amministratori muniti di potere di rappresentanza (per altri tipi di società), sono (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita):  
ANGELO FILIPPONI IN SUA AGENZIA LA VICE PRESIDENTE BENEFICENTI M. ROMANA A MARRADI NATA IL 20/8/63
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32- quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; (eventualmente) di aver subito le seguenti condanne e di beneficiare della non menzione (indicare le condanne subite);
- 6) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 7) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del decreto-legge 04.07.2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 04.08.2006, n. 248;
- 8) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- 9) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
- 10) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana;
- 11) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):
  - di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

- trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;
- trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero

di essere assoggettato agli obblighi previsti dalla legge n. 68/1999 e se del caso presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 12/03/1999 n. 68; VEDI ALLEGATO

12) (dichiarazione ai fini della compilazione da parte della Stazione Appaltante del Documento Unico di Regolarità Contributiva)

compilare in ogni parte i campi di seguito indicati:

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome <u>CO.M.E.S. COOP. SOL. ONLUS</u>		Cod. Fiscale/P.I. <u>C.F. 30000730486</u> <u>P.I. 03441380486</u>	
Sede Legale	Cap <u>50034</u>	Comune <u>MARRADI</u>	Pr <u>FI</u>
	Via/Piazza nr		
UNITA' LOCALI Sede Operativa	Cap <input checked="" type="checkbox"/> <u>VEDI FONDO PAGINA</u>	Comune	Pr
	Via/Piazza nr		
C.C.N.L. applicato	N° Fax:		E-mail:
	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
Altro non edile specificare tipo di contratto <u>COOPERATIVE SOCIALI</u>			
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		<input type="checkbox"/> da 6 a 15
	<input type="checkbox"/> da 16 a 50		<input checked="" type="checkbox"/> da 51 a 100
	<input type="checkbox"/> oltre		
	Totale addetti al servizio		
Incidenza % manodopera <u>41%</u>		Nr. <u>31</u>	
Tipo ditta			
<input checked="" type="checkbox"/> Datore di lavoro			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - committente/associante			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Impresa/ditta individuale</del> <u>COOPERATIVA SOCIALE</u>			
<input type="checkbox"/> Consorzio stabile			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra cooperative			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane			
<input type="checkbox"/> Consorzio ordinario			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale			
<input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL - codice ditta	<u>5834732</u>	INAIL - Posizioni assicurative territoriali	<u>7683458</u>
INPS - matricola aziendale	<u>3013534531</u>	INPS sede competente	<u>FI/RNZE</u>
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

- 13) che intende eventualmente di avvalersi della facoltà di subappaltare le seguenti prestazioni (fare crocetta sulle prestazioni interessate per il subappalto):
- alberghiere
  - sanitarie
  - socio-assistenziali
- 14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

28/5/15

N.B.

- La dichiarazione di cui ai punti 4 - 5 - 6 deve essere presentata anche dagli altri soggetti muniti di potere di rappresentanza, espressamente indicati al punto 1;
- La presente **dichiarazione** deve essere corredata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante. In tale caso la firma non dovrà essere autenticata, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

\* COMUNITA' SASSO-MONTEGIANNI CON VARIE UNITA' OPERATIVE SITE 2  
NEI COMUN. DI MARRADI (FI)  
BAGNACAVALLO (RA)  
FAENZA (RA)



# Co.M.E.S. Cooperativa Sociale O.n.l.u.s.

Comunità Sasso MonteGianni

Centro di Socializzazione - R.S.A. Villa Ersilia - Assistenza ed Educativa Domiciliare – Nido d'Infanzia

C.F. 90000790486  
P. IVA 03441380486  
CCIAA FI 358795  
Numero iscrizione Albo delle  
Cooperative: A109290

Piazza Scalelle, 8  
50034 Marradi FI  
Tel. 055/8042097 - 8042137  
Fax. 055/8042051  
e – [comes@comes.marradi.it](mailto:comes@comes.marradi.it)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto FILIPPONI ANGELO nato a Marradi il 14/05/1953, residente per la carica in Piazza Scalelle 8 – Marradi, in qualità di **legale rappresentante** della CO.M.E.S. Cooperativa Sociale Onlus avente la sede in Marradi (Fi), Piazza Scalelle 8 - C.F. 9000790486 – Partita Iva 03441380486

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;

### DICHIARA

**in merito alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili - art. 17 Legge n. 68 del 12/3/99:**

[x] di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili e categorie protette.

*Dichiara, altresì, di essere informato ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Marradi, 28/5/2015

(Il Legale Rappresentante)  
Angelo Filipponi

Certificata ISO 9001 per:

*Progettazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali ed educativi non residenziali alla persona.  
Progettazione ed erogazione di servizi semiresidenziali per disabili.*



Cognome ..... **FILIPPONI**  
 Nome ..... **ANGELO**  
 nato il ..... **14-05-1953**  
 (atto n. .... **41** ..... **1** S. .... **A 1953**  
 a ..... **MARRADI (FI)** ..... )  
 Cittadinanza ..... **Italiana**  
 Residenza ..... **MARRADI (FI)**  
 Via ..... **POPOLEANO VIA E. GORDIGIANI 13**  
 Stato civile .....  
 Professione ..... **DIRIGENTE**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura ..... **182**  
 Capelli ..... **Castani**  
 Occhi ..... **Castani**  
 Segni particolari .....  
 .....



Firma del titolare ..... *Angelo Filipponi*  
 ..... **MARRADI** ..... **14-11-2006**

Impronta del dito  
 indice sinistro

**D'ORDINE DEL SINDACO  
 IL FUNZIONARIO DELEGATO**



2011-11-14 15:00:00 31 11-11-2006 112

Scadenza ..... **13-11-2011**  
 Diritti ..... **5,42**  
**VALIDITÀ PROROGATA AI SENSI DEL  
 C. ART. 31 DEL D.L. 25/6/2008 N. 112**  
**19-11-2016**  
**D'ORDINE DEL SINDACO  
 IL FUNZIONARIO DELEGATO**  
*(Domenico Maria)*  
*Domenico Maria*  
**AM8685478**  
**27 APR 2009**

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**COMUNE DI  
 MARRADI**  
**CARTA D'IDENTITÀ**  
**N. AM8685478**  
**DI  
 FILIPPONI ANGELO**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.S.L. della Romagna

Oggetto: dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica - periodo 01.01.2015-31.12.2016

Io sottoscritto NOJICA CLAVATA  
nato il 16/09/1967 a RIMINI  
in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE  
dell'impresa COOP. AD. VA. SOCIALE "CENTO FIORI" A R.L.  
con sede in RIMINI  
con codice fiscale n. 01297440604  
con partita IVA n. 01297440604  
Tel. 0541/343232  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione) 0541/343232

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A. che la coop.va SOCIALE "CENTO FIORI" A R.L. è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di RIMINI al n. 01297440604; che la forma giuridica dell'Impresa è SOCIETA' COOPERATIVA A R.L. (Impresa individuale, s.n.c, società cooperativa, s.p.a, ecc.....); che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo ed in accomandita semplice), gli amministratori muniti di potere di rappresentanza (per altri tipi di società), sono (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita):  
NOJICA CLAVATA NATA A RIMINI IL 16/09/1967
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32-quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; (eventualmente) di aver subito le seguenti condanne e di beneficiare della non menzione (indicare le condanne subite);
- 6) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 7) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del decreto-legge 04.07.2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 04.08.2006, n. 248;
- 8) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- 9) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
- 10) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana;
- 11) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):
  - di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

- trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;
- trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero

di essere assoggettato agli obblighi previsti dalla legge n. 68/1999 e se del caso presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 12/03/1999, n. 68;

- 12) (dichiarazione ai fini della compilazione da parte della Stazione Appaltante del Documento Unico di Regolarità Contributiva)

compilare in ogni parte i campi di seguito indicati:

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome COOP. SOCIALE "CENTO FIORI" A.R.L.		Cod. Fiscale/P.I.	01297440404
Sede Legale	Cap 47922	Comune RIVINI	Pr RN
	Via/Piazza nr PORTOGALLO n° 10		
Sede Operativa	Cap 47922	Comune RIVINI	Pr RN
	Via/Piazza nr PORTOGALLO n° 10		
	N° Fax: 0541 763232	E-mail: info@coopcentofiori.it	
C.C.N.L. applicato	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
	Altro non edile specificare tipo di contratto COOPERATIVE SOCIALI		
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		<input type="checkbox"/> da 6 a 15
	<input checked="" type="checkbox"/> da 16 a 50		<input type="checkbox"/> da 51 a 100
	<input type="checkbox"/> oltre		
	Totale addetti al servizio		
Incidenza % manodopera 21,5%		Nr. 12	
Tipo ditta			
<input checked="" type="checkbox"/> Datore di lavoro			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - committente/associante			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input checked="" type="checkbox"/> Impresa/ditta individuale			
<input type="checkbox"/> Consorzio stabile			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra cooperative			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane			
<input type="checkbox"/> Consorzio ordinario			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale			
<input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL - codice ditta	3951995	INAIL - Posizioni assicurative territoriali	007328301
INPS - matricola aziendale	3203943059	INPS sede competente	RIVINI
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

- 13) che intende eventualmente di avvalersi della facoltà di subappaltare le seguenti prestazioni (fare crocetta sulle prestazioni interessate per il subappalto):
- alberghiere
  - sanitarie
  - socio-assistenziali
- 14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

*[Firma]*  
 MONTECASAATA E PER LESVIE  
 S.p.A. - VIA S. ANTONIO 20 - 47021 RIVINI (RN)  
 Tel. 0541 743282  
 C.F. - P. IVA 01297440404

N.B.

- La dichiarazione di cui ai punti 4 - 5 - 6 deve essere presentata anche dagli altri soggetti muniti di potere di rappresentanza, espressamente indicati al punto 1;
- La presente dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante. In tale caso la firma non dovrà essere autenticata, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.



Spett.le Azienda U.S.L. della Romagna  
U.O. Attività Amministrative Territoriali - Rimini  
Rimini

**Oggetto: autocertificazione legge n° 68/1999**

La sottoscritta Dott.ssa Monica Ciavatta, in qualità di legale rappresentante di Cooperativa Sociale Cento Fiori. a r.l. onlus, con sede in Rimini, Via Portogallo n. 10

DICHIARA CHE:

ad oggi non sono intervenute variazioni rispetto al possesso del requisito del 30% dei soggetti svantaggiati (art. 17 legge 12/03/1999, n°68)

I dati riportati sono riferiti alla situazione del 31/12/2014.

Rimini, 22/05/2015

Cooperativa Sociale Cento Fiori a r.l.

Coop Sociale CENTO FIORI a r.l.  
O.N.L.U.S.

Sede sociale: Via Portogallo, 10 - 47922 Rimini (RN) - Tel. 0541.743030 - Fax 0541.743232  
Sede amministrativa: Via Portogallo, 2 - 47922 Rimini (RN) - Tel.0541.742555 - Fax 0541 358145  
Codice Fiscale/P.IVA: 01297440404 - E-mail: [info@coopcentofiori.it](mailto:info@coopcentofiori.it)  
Iscritta al Registro Imprese di Rimini al n. 01297440404  
Iscritta al REA presso la C.C.I.A.A. di Rimini al n.186684  
Iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n.A163394



**Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.S.L. della Romagna**

**Oggetto: dichiarazione sostitutiva relativa all'Accordo locale di fornitura tra l'Azienda USL della Romagna e gli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore di persone con dipendenza patologica - periodo 01.01.2015-31.12.2016**

Io sottoscritto ACHILLE SAETTI  
nato il 12-05-61 a VERONA  
in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE  
dell'impresa SAMAN SERVIZI SOC. COOP. A.R.L.  
con sede in MILANO - VIA BOLZANO 26  
con codice fiscale n. 13228320158  
con partita IVA n. 13228320158  
Tel. 02-28400830  
Fax (al quale inviare ogni comunicazione) 02-28519300

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

- 1) In sostituzione definitiva del certificato della C.C.I.A.A. che la coop.va SAMAN SERVIZI è iscritto al Registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di MILANO al n. 1631222; che la forma giuridica dell'Impresa è SOCIETA' COOPERATIVA A.R.L. (Impresa individuale, s.n.c, società cooperativa, s.p.a, ecc.....); che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo ed in accomandita semplice), gli amministratori muniti di potere di rappresentanza (per altri tipi di società), sono (indicare nome, cognome, data e luogo di nascita):
- 2) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 32- quater del codice penale;
- 3) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- 4) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del D.Lgs n. 159 del 2011) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del D.Lgs n. 159 del 2011);
- 5) che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti muniti di potere di rappresentanza sopra indicati non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; (eventualmente) di aver subito le seguenti condanne e di beneficiare della non menzione (indicare le condanne subite);
- 6) di non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 7) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del decreto-legge 04.07.2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 04.08.2006, n. 248;
- 8) l'inesistenza di infrazioni gravi, definitivamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- 9) l'inesistenza di violazioni definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
- 10) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana;
- 11) con riferimento agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/1999 (è obbligatorio contrassegnare l'opzione che corrisponde a quanto si intende dichiarare, fra quelle che seguono):
  - di non essere assoggettato agli obblighi in essa indicati:

Allegato n. 4 autodichiarazione resa dall'Ente Accreditato

X TRATTANDOSI DI ONLUS CHE OPERA NEL CAMPO DELLA RIABILITAZIONE

- trattandosi di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti;  
 trattandosi di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti ma che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero

di essere assoggettato agli obblighi previsti dalla legge n. 68/1999 e se del caso presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 12/03/1999, n. 68;

- 12) (dichiarazione ai fini della compilazione da parte della Stazione Appaltante del Documento Unico di Regolarità Contributiva)

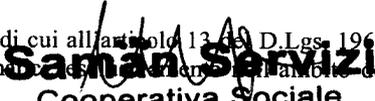
compilare in ogni parte i campi di seguito indicati:

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA			
Nome SAMAN SERVIZI COOP. A.R.L.		Cod. Fiscale/P.I. 13228320159	
Sede Legale	Cap 20127	Comune MILANO	Pr MI
	Via/Piazza nr BOLZANO, 26		
Sede Operativa	Cap 48123	Comune S. ALBERTO	Pr RA
	Via/Piazza nr VIA BASILICA, 158		
	N° Fax: 0544.528464		E-mail: SAMANRAVENNA@SAMAN.IT
C.C.N.L. applicato	lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		Edile <input type="checkbox"/>
	Altro non edile specificare tipo di contratto DEUE COOPERATIVE SOCIALI		
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5		<input type="checkbox"/> da 6 a 15
	<input checked="" type="checkbox"/> da 16 a 50		<input type="checkbox"/> da 51 a 100
	<input type="checkbox"/> oltre		
	Totale addetti al servizio Nr. 450		
Incidenza % manodopera			
Tipo ditta			
<input checked="" type="checkbox"/> Datore di lavoro			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - committente/associante			
<input type="checkbox"/> Gestione separata - titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
Tipologia soggetto aggiudicatario			
<input checked="" type="checkbox"/> Impresa/ditta individuale			
<input type="checkbox"/> Consorzio stabile			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra cooperative			
<input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese artigiane			
<input type="checkbox"/> Consorzio ordinario			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo orizzontale			
<input type="checkbox"/> Raggruppamento temporaneo verticale			
<input type="checkbox"/> Gruppo di interesse economico			
ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL - codice ditta	13147865	INAIL - Posizioni assicurative territoriali	MILANO SARAUZIA
INPS - matricola aziendale	4961613293	INPS sede competente	MILANO
INPS posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane			

- 13) che intende eventualmente di avvalersi della facoltà di subappaltare le seguenti prestazioni (fare crocetta sulle prestazioni interessate per il subappalto):

- alberghiere
- sanitarie
- socio-assistenziali

- 14) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

  
**Saman Servizi**  
 Cooperativa Sociale  
 Via Bolzano, 26 - 20127 Milano  
 P. IVA 13228320159

N.B.

- La dichiarazione di cui ai punti 4 - 5 - 6 deve essere presentata anche dagli altri soggetti muniti di potere di rappresentanza, espressamente indicati al punto 1;
- La presente **dichiarazione** deve essere corredata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante. In tale caso la firma non dovrà essere autenticata, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.