



SCHEMA DI CONVENZIONE TIPO TRA L'AZIENDA SANITARIA  
E LE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO  
PER ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA

L'anno ....., addi.....

del mese di.....

in ..... presso.....

fra

l'Azienda Sanitaria di Firenze.....

partita IVA/codice fiscale.....

rappresentata da .....

e

l'organizzazione di Volontariato “ ..... ” (specificare la

denominazione) che in seguito sarà chiamata organizzazione, partita IVA/codice fiscale

....., con sede in .....

Via ..... Iscritta nel Registro Regionale del volontariato in

data.....

con.....(indicare l'atto regionale di iscrizione) n°....., rappresentata

dal Sig.....(nome cognome dati anagrafici) in

qualità di legale rappresentante dell'organizzazione stessa,

premessi:



- *il decreto legislativo 502/1992, e successive modifiche ed integrazioni, all'art.1, comma, 18 prevede: "le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'art.4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'art.10, comma 1 lettere d,e,f,g,e,h, e comma 6 del decreto legislativo 4 Dicembre 1997, n.460...";*
- *il Piano Sanitario Regionale 2005/2007 contiene, nell'ambito dei progetti speciali di interesse regionale, il progetto "Il controllo e la cura del dolore come diritto del cittadino" in cui viene definito, a livello del territorio, il modello organizzativo per il percorso assistenziale in campo oncologico, attraverso un sistema di rete per le cure palliative costituito, anche, dall'assistenza domiciliare integrata;*
- *il tema delle cure palliative rientra tra gli obiettivi di primario interesse della Società della Salute di Firenze la quale, con deliberazione dell'Esecutivo n° 18 del 18.05.05, ha approvato la stipula della presente convenzione finanziandone il relativo onere economico;*
- *l'attività di assistenza al malato oncologico in fase avanzata può utilmente integrarsi con i programmi di cure palliative e nell'ambito del dipartimento oncologico aziendale;*
- *l'associazione di volontariato..... per lo svolgimento di tale servizio si avvale di personale qualificato, in rapporto libero professionale convenzionato e senza rapporti di dipendenza con Enti pubblici o privati e con il Servizio Sanitario Nazionale, specializzati in diverse discipline in medicina;*
- *l'assistenza si articolerà in prestazioni mediche e prestazioni infermieristiche, definite a livello*



*di dipartimento oncologico nell'ambito delle cure palliative;*

*- nell'ottica di individuare precisi percorsi assistenziali per l'assistenza domiciliare al malato oncologico l'associazione di volontariato si impegna a mantenere i rapporti con l'Azienda Sanitaria di Firenze in base al presente contratto, riconducendo pertanto l'operatività nell'ambito del dipartimento oncologico aziendale, adottando gli standard minimi di qualità ed i sistemi di controllo di qualità da questi previsti.*

*Il percorso assistenziale si articola attraverso le seguenti strutture aziendali:*

- Il Dipartimento oncologico*
- Il centro oncologico di riferimento dipartimentale (CORD)*
- Il centro oncologico di riferimento per l'assistenza territoriale (CORAT)*
- GOM (gruppi oncologici multidisciplinari)*

*- l'azienda intende avvalersi della disponibilità a collaborare dichiarata dalla organizzazione nella attuazione del percorso assistenziale del malato oncologico nella propria realtà territoriale per il perseguimento di obiettivi di solidarietà;*

*- l'organizzazione, fatta salva la propria autonomia giuridica ed amministrativa, intende collaborare con l'Azienda in conformità con gli indirizzi e gli atti di programmazione del Servizio Sanitario Regionale;*

*Tanto premesso,*

*Vista la Legge 11 Agosto 1991, n.266*

*Vista la Legge Regionale 26 Aprile 1993, n.28*

*si conviene e stipula quanto segue:*

### ***Art.1***



*L'azienda, nell'ottica di potenziare l'assistenza al malato oncologico nell'ambito del proprio Territorio, intende avvalersi della organizzazione..... per le attività sanitarie di assistenza domiciliare a malati oncologici in fase terminale (all.1) residenti nel Comune di Firenze. L'associazione opererà nell'ambito del settore delle cure palliative secondo gli indirizzi forniti dal Dipartimento oncologico aziendale .*

**Art. 2**

*L' Associazione regolarmente costituita e iscritta nel registro regionale delle associazioni di volontariato per l'esercizio di attività specialistica oncologica al domicilio del paziente, secondo quanto previsto al precedente Art.1, presenta i requisiti richiesti dalla Legge regionale 26 Aprile 1993, n°28 art.12 per il convenzionamento con l'azienda sanitaria. In particolare: presenza di personale, volontario e non, qualificato per l'assistenza da prestare, con sede nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze, rilevante presenza dell'impiego di volontari rispetto al personale dipendente o convenzionato in relazione all'attività erogata; continuità di presenza degli operatori tale da garantire un adeguato svolgimento dell'attività in relazione alle finalità da perseguire, presenza di un referente delle attività.*

*L' associazione è dotata di un'equipe multidisciplinare composta da medici, psicologi, infermieri professionali, operatori socio-sanitari, OTA, volontari tutti specificamente formati .*

*L' aggiornamento obbligatorio secondo piani di formazione concordati a livello di dipartimento oncologico e previsti anche presso l'unità funzionale aziendale "Cure palliative" è a carico dell'associazione stessa .*

*In particolare ,l' Associazione dispone:*

*medici n°*

*psicologi n°*

*infermieri professionali n°*



*OO.SS.SS. n°.*

*OO.TT.AA. n°.*

*impiegati n°*

*volontari n°*

*L'Associazione mette a disposizione i presidi necessari all'attività anzidetta (letti, carrozzine, busti ortopedici, sostegni per la deambulazione assistita, altro) e aiuta l'assistito e la sua famiglia nell'espletamento di incombenze della vita quotidiana.*

### ***Art.3***

*Le attività oggetto della convenzione sono erogate dalla organizzazione in nome e per conto dell'Azienda Sanitaria in stretta collaborazione con gli attori individuati dal percorso assistenziale del malato oncologico . L'Associazione di volontariato ..... viene attivata dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta secondo i protocolli definiti a livello di dipartimento oncologico.*

*In prima applicazione viene definito il seguente percorso:*

*al medico di medicina generale che ha in carico il malato oncologico deve pervenire la segnalazione di assistenza domiciliare palliativa da parte dell'ospedale che ha in dimissione il paziente.*

*Il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta può attivare l'ADI concordandola con il medico di cure primarie del distretto competente in base alla residenza dell'assistito.*

*Il medico di medicina generale decide in accordo con l'UCP zonale l'eventuale coinvolgimento dell'Associazione, tenuto conto delle disponibilità e delle eventuali preferenze.*

*L' Associazione nel prendere in carico il malato farà riferimento all' UCP territorialmente competente. La presa in carico del malato avverrà entro 48 ore dalla richiesta.*



*Le associazioni del volontariato assicurano interventi medici e infermieristici programmati e interventi urgenti . L'associazione del volontariato, nell'ambito delle attività concordate a livello di dipartimento oncologico può disporre direttamente dei farmaci previsti dal protocollo di cui all'allegato n°2.*

*Nello specifico:*

*l'erogazione dei farmaci, ivi compresi gli stupefacenti ed i farmaci concedibili in fascia C ed H, sarà garantita dalla farmacia ospedaliera di riferimento previa presentazione di un piano terapeutico individuale; il quantitativo massimo concedibile per richiesta è riferito ad un trattamento di durata settimanale. I farmaci saranno consegnati al medico dell'Associazione delegato allo scopo. E' prevista una dotazione di farmaci d'urgenza , da conservare presso la sede dell'Associazione, al fine di rispondere prontamente alle necessità insorte al di fuori dell'orario di lavoro del MMG che ha in carico il malato.*

*Gli esami diagnostici di base, (laboratoristici e radiologici) saranno prescritti dal medico di medicina generale anche su proposta dei medici dell'Associazione; gli esami di*

*laboratorio potranno comunque essere prescritti direttamente dal medico dell'Associazione su modulistica interna da utilizzare nei presidi della ASL 10 in caso di urgenza verificatasi al di fuori dell'orario di lavoro del MMG che ha in carico il malato.*

*Ogni altro accertamento sarà valutato e prescritto dal CORD, con i tempi e le modalità specifiche del livello specialistico.*

*Il volontariato mantiene i contatti e le relazioni con il medico di medicina generale e con l'UCP zonale adottando la cartella clinica ( allegato n°3), parte integrante della presente convenzione, a comune con i vari professionisti (MMG, GM,118, ecc.). Alla chiusura del caso la cartella clinica verrà archiviata, a cura del medico referente, presso l'UCP territorialmente competente.*



**Art.4**

*L'Organizzazione si impegna :*

- *ad assicurare le attività previste con continuità per il periodo di valenza della convenzione;*
- *a dare immediata comunicazione all' UCP delle interruzioni che , per giustificato motivo, dovessero intervenire nello svolgimento delle attività, nonché a comunicare le eventuali sostituzioni degli operatori;*
- *a compilare una relazione annuale, a consuntivo del servizio effettuato, comprensiva dei dati di attività;*
- *a compilare la cartella clinica domiciliare;*
- *a raccogliere il consenso informato da parte della famiglia dove viene svolta l'assistenza domiciliare;*

*Ciascun nuovo volontario/dipendente della organizzazione, da utilizzare nelle finalità del progetto stesso, sarà oggetto di comunicazione alla Azienda e all'utente a cui è rivolta l'assistenza.*

**Art. 5**

*L'organizzazione garantisce che gli operatori inseriti nelle attività siano coperti da assicurazione contro infortuni, malattie connesse allo svolgimento delle attività stesse e per responsabilità civile verso terzi, secondo quanto stabilito dall' Art. 4 della Legge 11 Agosto 1991, n.266, come da polizza stipulata con la compagnia di assicurazione.....*

**Art.6**

*L'Azienda si impegna :*

- *a comunicare immediatamente al responsabile dell'attività di cui alla presente convenzione,*



*nominato dall'organizzazione, ogni evento che possa incidere sull'attuazione del progetto e/o sulla validità della presente convenzione;*

- *a vigilare sullo svolgimento delle attività, avendo cura di verificare che gli operatori coinvolti rispettino i diritti, la dignità e le opzioni degli utenti e dei fruitori delle attività stesse e che queste ultime vengano svolte con modalità tecnicamente corrette e nel rispetto delle normative specifiche di settore;*

#### **Art.7**

*Il responsabile aziendale del progetto assicura la verifica di qualità delle prestazioni erogate dalla organizzazione attraverso:*

- *verifica dei requisiti di idoneità della organizzazione relativi alle attività oggetto della convenzione;*
- *verifica del livello di gradimento registrato negli utenti con appositi questionari;*
- *incontri periodici tra gli operatori pubblici e dell'organizzazione impegnati nella attività del progetto;*
- *verifica domiciliare degli interventi e della compilazione della cartella clinica domiciliare*

#### **Art.8**

*L'Azienda si impegna a fornire occasioni di riqualificazione ed aggiornamento al personale impegnato nella assistenza.*

*Allo scopo verrà redatta una programmazione annuale delle iniziative e verranno definiti gli oneri relativi.*

#### **Art.9**

*Gli operatori della organizzazione sono impegnati a partecipare ai momenti di verifica e di*



*programmazione, in relazione alle attività oggetto della presente convenzione nelle diverse sedi istituzionali.*

*Il volontariato è impegnato a partecipare al gruppo delle Cure palliative, nell'ambito del Dipartimento Oncologico, per effettuare verifiche organizzative al fine del miglioramento continuo di qualità.*

*La procedura di verifica e controllo di qualità delle prestazioni svolte e della assistenza domiciliare erogata si svolgerà secondo le modalità previste a livello di Dipartimento Oncologico, ed in accordo con il protocollo di cui all' allegato n°4.*

**Art. 10**

*L'azienda si impegna a corrispondere alla Organizzazione, a titolo di una tantum, il contributo forfettario di € 10.000,00= , ai sensi dell'Art.5 lettera f Legge 266/91. Detto contributo verrà erogato non appena la Società della Salute di Firenze avrà messo a disposizione dell'Azienda il finanziamento corrispondente.*

**Art. 11**

*L'Associazione di volontariato \_\_\_\_\_ ha l'obbligo di informare l'assistito e i suoi familiari sui servizi dalla stessa erogati in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria di Firenze.*

**Art.12**

*La presente convenzione ha validità un anno dal ..... al.....  
e può essere rinnovata.*

*L'Azienda può risolvere la presente convenzione in ogni momento, previa diffida, per provata inadempienza da parte dell'Organizzazione degli impegni previsti nei precedenti articoli, senza*



*oneri a proprio carico.*

*L' Organizzazione può risolvere la convenzione in ogni momento, previa diffida e con preavviso di almeno quindici giorni, per provata inadempienza da parte dell' Azienda di impegni previsti nei precedenti articoli che riguardano in senso stretto l'attività oggetto della presente convenzione.*

**Art.13**

*La presente convenzione, redatta in duplice originale, è esente dall'imposta di bollo e dall'imposta di registro ai sensi dell'Art.8, comma 1° della Legge 266/91.*

*Sono responsabili della convenzione:*

*Per l'Azienda:*

*il Sig..... cod.fiscale.....*

*per l'Organizzazione:*

*il Sig..... cod. fiscale.....*

**PROGETTO**

*Parte a cura dell'Azienda*

*Attività per le quali si intende attivare la convenzione con l'Organizzazione*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Specificare l'impegno richiesto all'organizzazione in termini di giorni e orario*

<i>GIORNI</i>	<i>ORARIO</i>
<i>Lunedì</i>	
<i>Martedì</i>	
<i>Mercoledì</i>	
<i>Giovedì</i>	
<i>Venerdì</i>	
<i>Sabato</i>	
<i>Domenica</i>	

*Strutture aziendali coinvolte nel progetto:*

---

*Referente del percorso assistenziale aziendale dell'attività:*

---

*Referente organizzativo aziendale dell'attività*

---

*Parte a cura dell'Organizzazione:*

*Attività (specificare):*

**Assistenza domiciliare medica infermieristica e psicologica, al paziente oncologico 24/24 per 365 gg.**

**Terapia di supporto e terapia del dolore. Trasporto di presidi sanitari.**

**Servizio di cura alla persona.**

*Operatori coinvolti (per ciascuna attività):*



➤ *n° volontari* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_



*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

➤ ***n° dipendenti*** \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_

*giorno/i* \_\_\_\_\_ *orario* \_\_\_\_\_

*nominativo* \_\_\_\_\_

*professionalità* \_\_\_\_\_



giorno/i \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

➤ n° prestatori d'opera \_\_\_\_\_

nominativo \_\_\_\_\_

professionalità \_\_\_\_\_

giorno/i \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

nominativo \_\_\_\_\_

professionalità \_\_\_\_\_

giorno/i \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

nominativo \_\_\_\_\_

professionalità \_\_\_\_\_

giorno/i \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

nominativo \_\_\_\_\_

professionalità \_\_\_\_\_

giorno/i \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

Firenze, .....



Comune di Firenze

SOCIETÀ DELLA SALUTE  
DI FIRENZE



Azienda Sanitaria di Firenze

---

*Il Direttore Generale dell'Azienda  
Sanitaria di Firenze  
Ing. Luigi Marroni*

---

*Per l'Organizzazione di  
Volontariato .....*

*Dott. ....*

---