

ALLEGATO N.1

CAPITOLA TO SPECIALE

PER

L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI

CURE DOMICILIARI INTEGRATE

DI COMUNITA' NELL’AZIENDA UNITA’

SANITARIA LOCALE

DI LATINA

N. gara: 6489048

Cig: 67708244B8

1. Premessa
2. Finalità
3. Oggetto del capitolato
4. Raccordo con la normativa nazionale e regionale
5. Ambito territoriale di intervento e destinatari dei servizi
6. Modello organizzativo di co-gestione
7. Funzioni dell'Azienda Sanitaria/del Distretto
8. Funzioni e attività della Ditta aggiudicataria
9. Descrizione degli interventi in affidamento
10. Requisiti del servizio
11. Altri obblighi e oneri della ditta aggiudicataria
12. Fabbisogno presunto, stima volumi di attività
13. Definizione del lotto
14. Determinazione del prezzo
15. Valorizzazione economica delle prestazioni e meccanismo di compensazione
16. Remunerazione/detrazione delle prestazioni aggiuntive/inferiori
17. Miglioramento della qualità e obiettivi di risultato
18. Valorizzazione della qualità delle prestazioni: il trattamento delle ulcere da decubito guaribili
- 18.1 Valutazione del gradimento e della soddisfazione
19. Rapporti contrattuali
20. Durata del contratto
21. Cause espresse di esclusione
22. Cauzione definitiva
23. Fatturazione e pagamenti ex D.C.A n. 308/2015
24. Segreto d'ufficio
25. Obblighi sanitari
26. Scioperi e causa di forza maggiore
27. Rappresentante Responsabile
28. Sistema di controllo con meccanismo detraente e penalità
29. Garanzia e responsabilità del servizio
30. Risoluzione di diritto del contratto

31. Fallimento, liquidazione, procedure concorsuali
32. Cessione del credito e subappalto
33. Rinvio alla legislazione nazionale, comunitaria e regionale
34. Controversie
35. Disposizioni finali

1. Premessa

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Latina (d'ora in poi ASL) ha posto come proprio obiettivo prioritario il potenziamento di modalità assistenziali che limitino il ricorso al ricovero ospedaliero attraverso una strategia di sviluppo della componente territoriale dell'assistenza che si fondi su un nuovo modello di cure territoriali. I termini di riferimento di tale nuovo modello, sono rappresentati dalla assunzione di responsabilità per l'insieme della comunità e dalla presa in carico attiva delle persone che presentano problemi di salute riconosciuti e rischi identificati di malattia. Si introduce pertanto e si richiede un approccio basato sul welfare di comunità, come sintesi teorica e pratica per un modello di cure domiciliari volto ad anticipare la presa in carico ed a ritardare il bisogno negli anziani fragili attraverso l'attivazione e la gestione di tutte le risorse disponibili nella comunità, siano esse di tipo formale che informale. Le nuove risposte assistenziali richiedono infatti un forte incremento della flessibilità organizzativa e la ricerca di nuovi strumenti gestionali che assicurino l'appropriatezza degli interventi, la qualità professionale, il gradimento dei cittadini, la sostenibilità del modello e l'efficacia degli interventi. In questa prospettiva si intende ri-orientare il sistema di offerta dell'ASL da un atteggiamento passivo di risposta alle richieste e alle sollecitazioni dei cittadini ad un approccio attivo che identifichi il bisogno, ne prevenga l'evoluzione e le complicanze, orienti la domanda e - conseguentemente - ampli l'offerta.

La strategia del cambiamento delle cure domiciliari è stata declinata già nel documento di piano triennale (2007-2009) per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il potenziamento dei servizi assistenziali, e ripresa nei successivi documenti quali l'Atto Aziendale ed il Piano strategico 2014-2016, secondo i seguenti indirizzi:

- la realizzazione di forme di offerta attiva di assistenza dopo la dimissione soprattutto nei pazienti ad elevato rischio di ricovero ripetuto come quelli affetti da diabete mellito scompensato, cardiopatie croniche in fase di labile compenso e broncopneumopatia cronica ostruttiva grave;
- la organizzazione di un sistema integrato, ospedaliero, residenziale e territoriale, per la postacuzie, il recupero funzionale e l'assistenza protratta;
- la creazione delle Case della Salute e l'attivazione delle UCP all'interno delle strutture distrettuali
- la valorizzazione del ruolo della medicina generale.

Lo stesso documento, inoltre, propone di considerare con particolare attenzione le condizioni di fragilità individuale e sociale e le condizioni di marginalità che concorrono ad aumentare il rischio di malattia, tenendo in particolare conto delle nuove forme di marginalità legate all'immigrazione, al precariato e alle condizioni di disuguaglianza.

Questa attenzione deve privilegiare forme sempre più avanzate di integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo di programmi integrati con i comuni e le amministrazioni locali.

2. Finalità

La finalità perseguita dall'ASL, sulla base della esperienza fatta in questi anni, è quella di superare un'impostazione di Assistenza Domiciliare concepita e praticata come intervento professionale prestazionale da realizzare in presenza di un problema conclamato e di una domanda espressa per arrivare ad una organizzazione delle risposte ai bisogni degli anziani fragili e delle persone disabili a domicilio che si configuri come "Cure Integrate di Comunità".

Le cure integrate di Comunità si connotano per un approccio multidimensionale nell'organizzazione del servizio che sia in grado di tenere legate le diverse dimensioni che costituiscono l'insieme integrato della risposta al bisogno sociosanitario:

- la dimensione proattiva (o della conoscenza anticipata del bisogno, della sua evoluzione e/o delle sue eventuali complicanze);
- la dimensione della presa in carico integrata;
- la continuità delle cure;
- la dimensione prestazionale (o dell'erogazione del servizio);
- la dimensione del lavoro di rete (o dello sviluppo di comunità);
- la dimensione della crescita di competenze personali, familiari e del caregiver.

In questa prospettiva gli obiettivi che l'ASL si propone con la continuazione, aggiornata sulla base dell'esperienza maturata, della sperimentazione già in atto nella quale è inserito il presente capitolato sono:

- sviluppare un sistema condiviso di presa in carico integrata sociosanitaria;
- aumentare la capacità di presa in carico delle fragilità;
- sviluppare la capacità di azione orientata al raggiungimento di obiettivi rispetto che all'esecuzione di prestazioni

Tutte queste tematiche sono coerenti con le finalità e con le indicazioni della Delibera di Giunta Regionale 19/7/2007 n. 433 avente ad oggetto "Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio", nonché con la vigente normativa aziendale e regionale relativa alle UVMD, PUA, Casa della Salute, UCP.

3. Oggetto del capitolato

Il presente capitolato ha per oggetto la scelta di un partner con cui praticare la gestione integrata (co-gestione pubblico/privato) delle cure di comunità attraverso l'affidamento della gestione di interventi di assistenza domiciliare (in particolare infermieristica e

fisioterapica) di diversa intensità di cura e la realizzazione degli interventi di sviluppo di comunità in stretta collaborazione con i MMG in particolare se aggregati in UCP.

4. Raccordo con la normativa nazionale e regionale

Il modello di cure domiciliari integrate di comunità previsto nel presente capitolato si connota quale approccio innovativo e originale sia dal punto di vista organizzativo e gestionale sia dal punto di vista delle modalità di remunerazione delle prestazioni, in coerenza con quanto previsto nella premessa e nelle finalità dichiarate nel presente capitolato. Per quanto riguarda la normativa nazionale, oltre al DPCM 29.11.2001 e s.m.i. relativo alla "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza", il principale riferimento in tema di cure domiciliari è costituito dal documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato il 18 ottobre 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

I principali atti normativi della Regione Lazio riguardanti il Servizio di Assistenza Domiciliare sono:

- Legge Regionale 2/12/1988, n. 80 - "Norme per l'assistenza domiciliare";
- Deliberazione Consiglio Regionale 29/11/1989 n. 1020 - "Indirizzi e direttive alle Unità Sanitarie Locali, per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale";
- Deliberazione Giunta Regionale 16/12/1997 n. 7878 - "Linee guida per l'organizzazione e l'attuazione delle attività di assistenza domiciliare";
- Deliberazione Giunta Regionale 12/7/2002, n. 920 - "Regolamentazione della Nutrizione Artificiale (NAD) nel Lazio";
- Legge Regionale 3/3/2003, n. 4 - "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";
- Deliberazione Giunta Regionale 14/7/2006, n. 424 - "Legge Regionale n. 4/2003. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie";
- Deliberazioni di Giunta Regionale allegare al Piano di rientro della Regione Lazio, in particolare la Deliberazione Giunta Regionale 19/7/2007, n. 433 - "Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio";
- Deliberazione Giunta Regionale 25/01/2008, n. 40 - "Adozione dello strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e la presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semi-residenziale e residenziale";

- Deliberazione Giunta Regionale 8/5/2008, n. 325 - "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare";
- Deliberazione Giunta Regionale 8/5/2008, n. 326 - "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe".
- Deliberazione Giunta Regionale 28/6/2008, n. 313 – "Riquilibratura dell'assistenza territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto".
- Deliberazione Giunta Regionale 08/7/2011, n. 315 – "Il PUA socio-sanitario integrato nella Regione Lazio. Linee di indirizzo".
- DCA U0084 del 18/09/2011, con cui si adotta formalmente la DGR n. 315/2011.
- DCA U00039 del 20/03/2012 – "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale".
- DCA U00429 del 24/12/2012 – "DCA U00113 del 21/12/2010 "Programmi operativi 2011-12" – Assistenza domiciliare. Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'ADI nella Regione Lazio per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane".
- DCA U00431 del 24/12/2012 – "La valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane, e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio".
- DCA U00039 del 20/03/2012, "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale."
- DCA U00134 del 26.04.2016 " Avvio del percorso di accreditamento istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari".

5. Ambito territoriale di intervento e destinatari dei servizi

Dati demografici e territoriali

Il territorio dell'ASL coincide con quello della Provincia ed è suddivisa in cinque Distretti

Sanitari:

- Distretto 1 composto da 4 comuni per un totale di 120.161 abitanti: Aprilia, Cisterna, Cori, Roccamassima;
- Distretto 2 composto da 5 comuni per un totale di 174.196 abitanti: Latina, Pontinia, Norma, Sermoneta, Sabaudia;

- Distretto 3 composto da 8 comuni per un totale di 58.201 abitanti: Roccasecca, Sezze, Bassiano, Priverno, Maenza, Roccasecca, Prossedi, Sonnino;
- Distretto 4 composto da 7 comuni per un totale di 109.061 abitanti: Terracina, Fondi, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Lenola, Campodimele, Sperlonga;
- Distretto 5 composto da 9 comuni per un totale di 108.045 abitanti: Formia, Gaeta, Itri, Minturno, Castelforte, Santi Cosma e Damiano, Spigno Saturnia, Ponza, Ventotene.

Distribuzione della popolazione per classi d'età e sesso nei 5 Distretti Sanitari (elaborazione dati al 01/01/2015 – Fonte ISTAT: www.tuttitalia.it):

	0-15		16-65		66-75		>75		Tot. D1-5
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
Distretto 1	19.633	16,2	81.961	67,5	11.145	9,2	8.737	7,2	121.476
Distretto 2	27.036	15,5	115.700	66,3	17.968	10,3	13.781	7,9	174.485
Distretto 3	8.576	14,6	38.670	66,0	5.742	9,8	5.572	9,5	58.560
Distretto 4	15.363	14,0	73.910	67,3	10.849	9,9	9.777	8,9	109.899
Distretto 5	14.982	13,9	70.895	65,6	11.476	10,6	10.699	9,9	108.052
Totale ASL	85.590	15,0	381.136	66,6	57.180	10,0	48.566	8,5	572.472

Destinatari degli interventi di assistenza domiciliare

I destinatari e i requisiti di ammissibilità alle cure domiciliari e agli altri interventi previsti dal presente capitolato sono quelli definiti dalla Commissione nazionale LEA nel documento 18.10.2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" e quelli stabiliti dalla Regione Lazio con la DGR 326/2008 nell'Area della Fragilità (ADI generica) e con il DCA 39/12. Secondo quanto definito dalla DGR 326/2008, l'Assistenza Domiciliare (AD) è diretta a tutti gli assistiti iscritti al S.S.R., che temporaneamente o stabilmente per motivi sanitari e/o sociali si trovano nella condizione di non potere lasciare la propria abitazione.

Ordinariamente l'assistenza viene erogata a livello della ASL / Distretto di residenza dell'assistito; possono tuttavia usufruire del servizio anche i soggetti residenti anagraficamente nel territorio di un'ASL, ma temporaneamente domiciliati nel Distretto di un'altra ASL in cui l'AD viene attivata - ferme restando le forme di compensazione interaziendali e interregionali. Possono usufruire dell'AD anche gli stranieri residenti nei paesi dell'Unione Europea provvisoriamente domiciliati nella Regione per motivi di studio e/o di lavoro e gli stranieri temporaneamente presenti (STP) che si trovano in situazioni e condizioni di salute che richiedano interventi sanitari domiciliari.

I destinatari dei servizi sono persone che si trovano in condizioni permanenti o temporanee di non autosufficienza e/o non autonomia; in particolare il servizio si rivolge a:

- portatori di patologie temporaneamente o permanentemente invalidanti, in particolare pazienti temporaneamente o permanentemente confinati a letto oppure con gravi limitazioni della deambulazione;
- pazienti con protocolli ospedalieri di "dimissione protetta" o in dimissione protetta da altre strutture sanitarie;
- soggetti in condizione di non autosufficienza o di fragilità oppure affetti da altre disabilità con associata limitazione dell'autonomia a seguito di patologie, pluri-patologie e/o patologie cronico-degenerative, che li rendano incapaci di raggiungere i servizi ambulatoriali e comunque non trasportabili con i comuni mezzi di trasporto;
- cittadini con ridotte capacità di autosufficienza, per lo più di età avanzata e intrasportabili per grave disabilità, barriere architettoniche abitative o di trasporto e/o barriere sociali di trasporto (cioè assenza di familiari idonei o di altre forme di supporto formale od informale specifico) che necessitino di prestazioni occasionali o a ciclo programmato, allo scopo di mantenerli nel loro ambiente abitativo, familiare e sociale con un'ottimale qualità di vita prevenendo l'evoluzione o l'insorgenza della disabilità.

Requisiti indispensabili per l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare con presa in carico:

- a) condizione di non autosufficienza (disabilità) o di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) adeguato supporto tutelare in tutte le attività della vita quotidiana, da parte della rete naturale, artificiale e/o formale;
- c) idonee condizioni abitative;
- d) consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) presa in carico da parte del medico di medicina generale.

6. Modello organizzativo di co-gestione

Il servizio deve operare secondo un modello di cura domiciliare caratterizzato dall'azione integrata e coordinata tra professionisti diversi, mediante l'approntamento e l'applicazione di un programma personalizzato e definito tra il Distretto, garante della qualità e dell'appropriatezza delle cure, - il Medico di Medicina Generale, responsabile clinico del malato, - e la Famiglia, che si pone gli obiettivi di:

- consentire la permanenza della persona ammalata e del disabile nel proprio ambiente di vita, potenziandone le capacità funzionali residue;
- contenere i ricoveri e le istituzionalizzazioni inappropriati o inopportuni ed i ricoveri ripetuti;
- favorire la de-ospedalizzazione, promuovendo le dimissioni protette e assicurando la continuità delle cure;
- promuovere una migliore qualità di vita dei soggetti presi in carico;

- supportare la famiglia ed eventuali altri caregiver nella presa in carico e nella gestione della persona non autosufficiente;
- incrementare la qualità percepita dall'utenza nei confronti dei servizi di cura ed assistenza domiciliare.

L'organizzazione del servizio deve tenere in particolare conto della allocazione della risorsa infermieristica sul territorio al fine di garantire la continuità nel rapporto assistenziale tra infermiere ed utente.

L'impostazione generale del modello organizzativo intende superare il classico paradigma cliente/fornitore per perseguire una effettiva cogestione pubblico/privato basata su relazioni di partenariato in cui vi è condivisione degli obiettivi ed in cui parte delle risorse economiche destinate alle cure domiciliari di comunità vanno interpretate come investimento per la creazione di legami sociali e nuove opportunità di sviluppo locale.

Per co-gestione si intende la modalità dinamica, strategica ed operativa con cui l'ASL ed il partner identificato con l'evidenza pubblica si relazionano - nell'ambito delle specifiche responsabilità definite nel presente capitolato - per:

- 1) identificare e condividere gli elementi strategici finalizzati a creare le migliori condizioni per lo sviluppo delle cure domiciliari integrate di comunità, in particolare per quanto riguarda ambiti di intervento e contesti territoriali su cui prioritariamente investire;
- 2) definire e sperimentare modalità innovative e sempre più appropriate per l'utilizzo delle risorse umane, economiche e strumentali a disposizione della sperimentazione;
- 3) realizzare, ognuno per le parti di propria competenza, gli interventi previsti nelle cure domiciliari di comunità.

In particolare l'ASL è dotata di forme organizzative e strumenti gestionali caratteristici della pubblica amministrazione. Il Centro Assistenza Domiciliare (CAD) riveste quindi il ruolo fondamentale ed esclusivo per assicurare la responsabilità della presa in carico e la continuità assistenziale.

Il soggetto affidatario ha, in modo complementare, la possibilità di utilizzare strumenti auto-organizzati di gestione a carattere privatistico. Deve quindi assicurare una maggiore flessibilità, capacità trasformativa, valorizzazione delle risorse e delle reti informali.

Il modello organizzativo, oltre a definire una ripartizione delle funzioni di competenza dell'ASL e della Ditta aggiudicataria, dovrà prevedere altresì la costituzione di organismi interni di raccordo ed integrazione, sia a livello operativo sia a livello strategico

Le modalità organizzative di realizzazione della co-gestione saranno definite anche sulla base delle proposte avanzate in sede di offerta.

7. Funzioni dell'Azienda Sanitaria/del Distretto

7.1 Regia e coordinamento

Nel quadro degli indirizzi generali l'ASL, in particolare mediante il Distretto e le sue articolazioni strutturali così come individuate nel vigente Atto Aziendale, si riserva le seguenti competenze:

- svolge le funzioni di programmazione, pianificazione e coordinamento tecnico dell'attività;
- attribuisce correttamente il livello di intensità assistenziale mediante il coordinamento dell'Unità di valutazione multiprofessionale (UVM), presa visione del profilo di bisogno generato dal sistema di valutazione informatizzata;
- definisce i piani di intervento, mediante il raccordo con i Medici di Medicina Generale e il coordinamento degli organismi competenti per la stesura degli stessi (Unità di valutazione multiprofessionale);
- verifica la correttezza delle informazioni, in relazione al debito informativo all'esterno - nei confronti della Regione e dello Stato - e all'interno - nei confronti delle Strutture/Unità Operative competenti per le esigenze di pianificazione e di programmazione aziendale;
- svolge i controlli in ordine alla verifica delle prestazioni richieste ed effettua un monitoraggio sugli utenti che accedono al servizio;
- effettua il controllo di qualità in merito alle operazioni effettuate ed alla corretta applicazione delle procedure specifiche per ogni tipologia di attività;
- valuta l'andamento del servizio in ogni sua componente ed in ogni sua fase.

7.2 Coordinamento delle prestazioni occasionali e a ciclo programmato e delle consulenze medico-specialistiche

Per prestazione occasionale o a ciclo programmato si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, né la sua valutazione multidimensionale e la conseguente individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Queste prestazioni sono richieste dal medico responsabile del processo di cura (MMG) del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. L'ASL garantisce:

- il rapporto convenzionale, il coordinamento e il governo dell'assistenza medica dei Medici di Medicina Generale nel contesto della convenzione ai sensi del CCNL vigente;
- la funzione di accettazione e filtro delle prescrizioni ordinarie e urgenti degli stessi sanitari attraverso i CAD;
- la trasmissione tempestiva delle prescrizioni coerenti alla Centrale operativa della Ditta aggiudicataria, effettuata da parte degli stessi CAD.

7.3 **Presa in carico**

Il rapporto di partenariato comporta la condivisione di questa fondamentale relazione di aiuto che coinvolge un servizio pubblico (ASL), un soggetto privato (Ditta aggiudicataria), l'assistibile/assistito e la sua famiglia. Si realizza attraverso un processo integrato e continuativo nonché mediante il governo di un insieme articolato e coordinato di interventi che incidono profondamente sulle condizioni di salute dell'assistito, con l'obiettivo di prevenire, ripristinare e/o contenere le disabilità bio-psico-sociali dell'individuo.

La complessità dell'azione indirizza verso una condivisione della valutazione (ASL-Ditta aggiudicataria) e depone per la doverosa assunzione di responsabilità decisionale finale da parte dell'istituzione pubblica (ASL).

Lo strumento istituzionale per la presa in carico è l'Unità di valutazione multiprofessionale (UVM), quale organismo, coordinato dal Medico del CAD che ne assume anche la Responsabilità.

Presa in carico e Unità di valutazione multiprofessionale (UVM)

L'UVM è l'équipe multidisciplinare attraverso la quale si eseguono gli approfondimenti valutativi degli assistibili/assistiti e si pianificano gli interventi integrati per la presa in carico. È lo strumento operativo fondamentale di integrazione tra ASL, Ditta aggiudicataria e Servizi Sociali dei Comuni per la gestione dei piani di assistenza e la collaborazione professionale interistituzionale. Ai sensi della DGR n. 40 del 25 gennaio 2008 e della Deliberazione del Direttore Generale 2 dicembre 2015, n. 567 in ogni Distretto è attiva la funzione di Valutazione Integrata. L'UVM, secondo il DCA n. 431/12 e la citata Deliberazione, è stabilmente composta da:

Responsabile del PUA distrettuale (Medico di Distretto) ovvero suo delegato

- Infermiere
- MMG (ovvero o PLS in caso di minore) dell'assistito
- Assistente Sociale ovvero Assistente Sanitario

integrata per i bisogni specifici dell'oggetto del presente appalto dal

- Coordinatore distrettuale della Ditta aggiudicataria.

L'UVM viene attivata a seguito di richiesta di presa in carico effettuata dal Medico di Medicina Generale dell'assistito o suo sostituto o dal medico ospedaliero in accordo con il MMG. Il MMG partecipa all'UVM nelle forme che sono indicate dall'ASL, anche per via telematica.

L'UVM viene altresì attivata dai reparti ospedalieri, per assicurare continuità assistenziali alle persone eleggibili in AD, mediante contestuale comunicazione al MMG e al CAD.

L'UVM può essere integrata, all'occorrenza, da qualsiasi altra figura professionale dell'ASL, della Ditta aggiudicataria e/o del Comune di residenza dell'assistito con responsabilità valutativa e/o gestionale (medico specialista di riferimento, fisioterapista, psicologo,

assistente sociale, ecc.) che possa concorrere alla definizione del PAI e promuoverne la sua realizzazione.

Se fattibile, sono invitati o sentiti nella seduta dell'UVM i familiari dell'assistito; sono altresì invitate o sentite le eventuali risorse informali presenti e disponibili a collaborare.

Le funzioni dell'UVM sono:

- eseguire l'approfondimento valutativo del caso;
- definire il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- determinare le risorse umane, materiali ed economiche per la realizzazione del PAI, coinvolgendo eventualmente anche partner non istituzionali e risorse informali;
- nominare e revocare il Case manager per gli assistiti di 2° e 3° livello di complessità assistenziale;
- monitorare gli stati di avanzamento del PAI e verificare il raggiungimento degli obiettivi;
- rimodulare il PAI, qualora necessario, su indicazione del Case manager.

7.4 Funzioni specifiche dei CAD nel processo ordinario di presa in carico

L'ASL garantisce attraverso il CAD quale espressione operativa della UVM:

- l'accettazione e la valutazione delle proposte dei Medici di Medicina Generale;
- l'accettazione e la valutazione delle proposte dei reparti ospedalieri per la continuità assistenziale, con contestuale interessamento ed in accordo con il MMG dell'assistito;
- l'attivazione della Centrale operativa della Ditta aggiudicataria, come descritta al successivo art. 10.2.1, per gli approfondimenti valutativi del caso (Valutazione multidimensionale adottata in ASL), nonché per l'erogazione entro 48 ore di eventuali primi interventi urgenti e entro 12 ore per la continuità terapeutico-assistenziale, nelle more dell'approfondimento valutativo e della conseguente pianificazione;
- la ricezione e la verifica di congruità e completezza della documentazione di approfondimento proveniente dalla Ditta aggiudicataria e, quando fattibile, anche dai Servizi sociali;
- la convocazione dell'UVM;
- la responsabilità e il coordinamento dell'UVM e di tutte le funzioni ad essa attribuite;
- l'attivazione del servizio mediante comunicazione alla Centrale operativa della Ditta aggiudicataria (che provvederà a smistare le richieste per l'avvio degli accessi).

Allo scopo di assicurare accoglienza di persone fragili, talora non conosciute, l'ASL assicura altresì attraverso il CAD

quale espressione operativa della PUA / UVM

- l'accoglimento e la valutazione delle segnalazioni effettuate da qualunque cittadino direttamente o mediante gli operatori dell'ASL, della Ditta aggiudicataria e/o dei Comuni;
- la trasmissione della segnalazione al Medico di Medicina Generale che provvederà ad attivare il percorso idoneo (prestazioni occasionali / a ciclo programmato oppure presa in carico).

Nel contesto della presa in carico l'ASL garantisce il coordinamento e il governo dell'assistenza medica come di seguito riportato:

- gli interventi dei Medici di Medicina Generale nel contesto della convenzione ai sensi del CCNL vigente;
- gli interventi dei Medici di Continuità Assistenziale prefestiva, festiva e notturna nel contesto della convenzione ai sensi del CCNL vigente;
- le consulenze specialistiche domiciliari, fornite dagli Specialisti operanti presso il Distretto nei limiti della relativa disponibilità.

7.5 Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) deve essere predisposto per tutte le persone assistite in base ad una valutazione multidimensionale della situazione dell'individuo, tenendo conto della natura del bisogno, nonché della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale; attua il coordinamento e l'integrazione degli interventi e dei servizi sociosanitari; è finalizzato al mantenimento e al recupero delle capacità fisiche, cognitive, relazionali e dell'autonomia personale.

Il PAI deve indicare:

- i dati identificativi della persona valutata;
- la natura del/i bisogno/i (modello/i funzionale/i);
- il/i problema/i rilevato/i;
- gli obiettivi da raggiungere, i tempi di realizzazione e i risultati attesi;
- la tipologia e l'intensità della risposta assistenziale;
- le risorse da impiegarsi con particolare riferimento alle figure professionali coinvolte negli interventi;
- l'indicazione del Case manager per il PAI al 2° e 3° livello di complessità;
- l'articolazione degli interventi, cioè le prestazioni da erogare, nonché la loro cadenza e durata;
- l'indicazione di un referente familiare (caregiver);
- i tempi e le modalità di verifica (comprehensive degli strumenti per valutare i risultati ottenuti).

Lo sviluppo e la declinazione operativa costituisce il piano assistenziale di lavoro, che compete alla Ditta aggiudicataria e ai suoi operatori. Esso viene predisposto secondo una scheda concordata con l'ASL e, redatta per lo più in modalità informatizzata, viene condivisa con il CAD per la sua esecuzione. Il Piano assistenziale di lavoro fisioterapico sarà accompagnato dalla compilazione di scale valutative (alla presa in carico ed almeno al termine del trattamento) quali indicate dalla letteratura internazionale ed individuate dalla ASL per singola patologia; scale che rilevino la situazione all'inizio del trattamento e il suo monitoraggio periodico e finale. Al fine di favorire tale attività si riporta (All. 1) la durata di massima del trattamento FKT previsto dall'azienda per singola patologia (All. 1)

7.6 Definizione di profili di bisogno infermieristico-riabilitativi

L'ASL applica profili di bisogno infermieristico-riabilitativi con l'obiettivo di orientare la risposta infermieristica e riabilitativa verso l'appropriatezza di soddisfacimento dei bisogni specifici, conseguenti ai diversi gradi di disabilità rilevati con tempestività e raffinatezza dal sistema VMD. I profili di bisogno costituiscono un output del sistema di valutazione informatizzata.

In particolare la definizione dei profili di bisogno infermieristici e riabilitativi secondo i 3 livelli di intensità assistenziale riconosciuti servono a identificare l'insieme dei bisogni della persona valutata, indipendentemente dall'estensione della sua dimensione sociale necessaria per sussistere e sopravvivere (condizione abitativa e rete di aiuti naturale e artificiale) e separati dal soddisfacimento delle attività di base e strumentali della vita quotidiana (talora supportato o surrogato dall'assistenza tutelare e sociale), nonché avulsi dalla soluzione di problemi correlati ad altre attività non sanitarie e svincolati dalla necessità di interventi medici. Questa tipologia di profili di bisogno rappresenta la chiave per categorizzare il fabbisogno dei professionisti di riferimento e garantire una coerente risposta di nursing e riabilitazione, erogata con appropriatezza organizzativo-gestionale. Un rapporto di partnership finalizzato al soddisfacimento dei bisogni dell'assistito richiede l'esercizio appropriato dei ruoli dei singoli partner; ne conseguono:

- l'inderogabilità dell'attribuzione della decisione definitiva sul livello assistenziale dell'assistito all'UVM, che ha il compito di confermare o modificare l'output del sistema di VMD;
- la costruzione e l'applicazione da parte dell'ASL di un sistema di controllo.

7.7 Fornitura di ausili, presidi, dispositivi, farmaci e/o qualsiasi altro materiale necessario al trattamento e alle cure

L'ASL fornisce secondo protocolli e procedure concordate ausili, presidi, dispositivi, farmaci e/o qualsiasi altro materiale necessario al trattamento ed alle cure, cui l'utente abbia diritto e/o previsti nel PAI fatto salvi gli strumenti di cui l'Infermiere della Ditta

aggiudicatrice nell'operare a domicilio del paziente ovvero nelle sedi dell'infermieristica di comunità è fornito a cura e spese della ditta aggiudicataria quale indicato nell'allegato 5 al presente Capitolato

7.8 Funzioni di controllo

L'ASL esercita le funzioni di controllo sull'efficienza e sull'efficacia del servizio erogato dalla Ditta aggiudicataria secondo le procedure descritte ai successivi artt. 18 e 37.

8. Funzioni e attività della Ditta aggiudicataria

La Ditta aggiudicataria deve integrare il sistema erogativo delle Cure Domiciliari di Comunità dell'ASL con proprie risorse, ed in particolar modo si richiede di realizzare gli interventi di cui all'art. 9, in particolare:

- collaborazione al programma di valutazione multidimensionale e cogestione del processo di presa in carico;
- erogazione di prestazioni alla persona presso il proprio domicilio attraverso operatori qualificati e secondo i PAI definiti sotto la responsabilità del Distretto;
- azioni di sviluppo di comunità, tra cui processi di presa in carico attiva di pazienti affetti da patologie croniche secondo il Chronic Care Model .

Ciascuna delle attività suddette avviene sulle basi degli indirizzi e con il coordinamento della ASL sotto la supervisione della medesima. Alla Ditta aggiudicataria si richiede, inoltre:

- l'applicazione delle procedure definite dalla ASL riguardo alle attività di Cure Domiciliari e Domiciliari Integrate;
- l'applicazione delle tecniche operative e dei protocolli previsti in materia di Cure Domiciliari;
- l'applicazione delle procedure definite dalla ASL riguardo alla integrazione sociosanitaria con i Comuni e con il privato sociale;

Lo smaltimento dei rifiuti prodotti a domicilio in corso di attività di Cure Domiciliari compete alla Ditta aggiudicataria quale soggetto produttore, che dovrà provvedere secondo le norme vigenti in materia.

La Ditta aggiudicataria dovrà operare tenendo in considerazione:

- gli indirizzi regionali in materia di Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate;
- tutte le altre norme riguardi il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

La Ditta aggiudicataria dovrà operare secondo gli standard di servizio che l'ASL intende realizzare in termini di:

- definizione di procedure operative scritte compatibili con un sistema di qualità validato;
- creazione di un sistema di controllo di gestione e budgeting;
- programma di formazione permanente degli operatori;

- integrazione interprofessionale e interistituzionale sociosanitaria.

La Ditta aggiudicataria, con proprio personale e secondo le competenze assegnatele, deve adempiere alle attività necessarie per la gestione informatizzata delle Cure Domiciliari nell'ambito del Sistema Informativo Aziendale (All. 2) per la governance del sistema di protezione sociosanitaria della popolazione.

9. Descrizione degli interventi in affidamento

Il servizio per le Cure Domiciliari Integrate di Comunità, connotato dalla sua valenza sperimentale, comprende i seguenti interventi in affidamento alla Ditta aggiudicataria:

9.1 Valutazione multidimensionale

La VMD sarà effettuata mediante applicazione della scheda multidimensionale adottata (al momento ValGraf (All. 3), successivamente quella già indicata dalla regione Lazio in DCA 361/14) alla persona valutata presso il suo domicilio oppure nella sede in cui si trova al momento della valutazione propedeutica e contestuale alla presa in carico o della verifica. L'ASL mette a disposizione della Ditta aggiudicataria una procedura informatica ad accesso via internet per l'inserimento dei dati. La Ditta aggiudicataria dovrà garantire con i propri mezzi l'accesso alla procedura in oggetto e avrà altresì l'obbligo di imputare i dati entro e non oltre 48 ore dalla rilevazione degli stessi.

L'ASL si riserva di provvedere nel tempo ad eventuali adattamenti dello strumento adottato, in relazione all'evoluzione scientifica dello stesso e/o a particolari esigenze e situazioni che ne determinassero l'opportunità.

9.2 Assistenza Domiciliare Infermieristica/Riabilitativa e realizzazione degli interventi previsti dai Piani di Assistenza Individualizzati (PAI)

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire:

- l'applicazione del Piano di assistenza individualizzato (PAI) definito dal CAD;
- i rapporti con il Medico di Medicina Generale e con l'infermiere del Distretto per l'evoluzione del quadro e dei bisogni dell'assistito;
- la corretta informazione ai pazienti e/o alla rete familiare e parentale riguardo la rete dei servizi;
- la partecipazione alle UVM presso i Distretti nei casi complessi o, comunque, qualora richiesto dalla struttura distrettuale.

9.3 Tipologie di prestazioni

Le tipologie di prestazioni garantite dalla Ditta aggiudicataria sono:

- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative

- prestazioni mediche

Le prestazioni infermieristiche e riabilitative dovranno essere commisurate a valori non inferiori ai requisiti ulteriori espressi nella tabella 1 allegata alla DGR Lazio 325/08.

9.3.1 Presa in carico

La Ditta aggiudicataria garantisce:

- l'accoglimento tempestivo da parte della Centrale operativa delle richieste di approfondimento valutativo dei casi;
- l'implementazione della scheda multidimensionale e il suo invio al CAD entro e non oltre 3 giorni dal ricevimento della richiesta di approfondimento per la presa in carico di primo livello;
- la partecipazione all'UVM;
- l'accoglimento dei PAI presso la Centrale operativa;
- lo smistamento degli stessi alle sedi periferiche mediante la Centrale operativa;
- l'integrale attuazione dei PAI con avvio immediato degli interventi prescritti e accettazione delle eventuali attribuzioni di case management;
- l'erogazione entro 48 ore di eventuali primi interventi urgenti e entro 12 ore per la continuità terapeutico-assistenziale, nelle more dell'approfondimento valutativo e della conseguente pianificazione;

In particolare gli operatori della Ditta aggiudicataria devono:

- eseguire le prescrizioni del PAI, comunicando al CAD, tramite apposita scheda di valutazione (caricata sul sistema informatizzato aziendale e trasmessa via internet entro le 24 ore dal rilevamento (in caso di urgenza anticipata immediatamente telefonicamente/sms), tutti gli aggiornamenti del caso, cioè ogni nuovo evento rilevante e ogni discrepanza significativa rispetto alle attese, al fine di modificare il PAI e/o rettificare tempi e modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- rivolgersi, in relazione alle fasce orarie ed ai giorni festivi e prefestivi, al Medico di Medicina Generale dell'assistito o al Medico di Continuità Assistenziale per quanto attiene agli aspetti clinici e terapeutici con le modalità di cui al successivo punto 9.4.2

9.3.2 Livelli di intensità assistenziale

L'ASL, anche con riferimento alla normativa nazionale e regionale, ha identificato, in relazione ai bisogni ed in funzione delle prestazioni previste, della intensità e della frequenza degli accessi programmati, della continuità assistenziale garantita, tre livelli di intensità assistenziale:

- Livello assistenziale BASSO;
- Livello assistenziale MEDIO;

- Livello assistenziale ALTO.

Per l'identificazione del livello d'intensità assistenziale l'UVM tiene conto:

- del profilo di bisogno generato dal sistema multidimensionale;

- degli elementi basilari riferibili al PAI:

- o quadro patologico;
- o complessità dei bisogni;
- o frequenza degli interventi (stima del numero di accessi);
- o periodo di presa in carico.

Di seguito vengono riassunti i tre livelli assistenziali adottati dalla ASL:

Assistenza Domiciliare a BASSA intensità assistenziale: pazienti che presentano bisogni clinici, assistenziali e/o riabilitativi di bassa complessità e richiedono una bassa frequenza di interventi sanitari, affetti da patologie croniche moderatamente stabili con rischio contenuto di scompenso oppure da malattie acute o acutizzate intercorrenti non particolarmente impegnative. A titolo meramente indicativo ed esemplificativo si evidenzia che all'interno di questo profilo possono rientrare persone non autosufficienti che necessitano di applicazione di prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, con frequenza orientativa e flessibile durante il periodo di validità del programma assistenziale fino a 3 accessi settimanali, anche di diversi operatori su 5/6 giorni lavorativi, e sono affette da:

- patologie a decorso cronico in buon compenso globale ma che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di intervento continuativo e programmato al fine di limitarne l'evoluzione e prevenirne lo scompenso (es.: cardiopatia ischemica cronica con necessità di monitoraggi pressori, elettrocardiografici e/o clinici);
- patologie internistiche, metaboliche, ortopediche o di altro tipo intercorrenti in fase di acuzie, con temporanea compromissione della consueta possibilità di accesso ai servizi ambulatoriali oppure a rischio di instabilità o di scompenso correlati a tempi e modalità di accesso alle medesime prestazioni ambulatoriali (es.: sindrome influenzale, tracheo-bronchite, gastroenterite virale, attacco di angina pectoris - per definizione instabile nel primo periodo, lombosciatalgia);
- patologie ortopedico-traumatologiche, reumatologiche, cardio-respiratorie, cerebro-vascolari e viscerali in riabilitazione di mantenimento, qualora questa abbia un supporto scientifico e quando la valutazione specialistica e transdisciplinare assoluta in UVM la ritenga indispensabile o opportuna (per la peculiarità di questa fattispecie - riabilitazione di mantenimento - è consigliabile la valutazione da parte dell'UVM, integrata dagli specialisti del caso);

- patologie varie in regime di dimissione protetta dall'ospedale, con limitata necessità di interventi e/o monitoraggi clinico-assistenziali.

La presa in carico non deve essere superiore a gg. 180, prorogabili a seguito di rivalutazione del Distretto Sanitario.

Per tale profilo l'individuazione referente familiare (caregiver) è sempre necessaria, mentre l'individuazione del Case Manager non è indispensabile.

Assistenza Domiciliare a MEDIA intensità assistenziale: pazienti multiproblematici che presentano bisogni clinici, assistenziali e/o riabilitativi di media complessità e richiedono una frequenza di interventi sanitari di livello medio, affetti da patologie cronicodegenerative instabili o moderatamente instabili e/o con potenziali riacutizzazioni oppure da malattie acute o acutizzate di media gravità.

A titolo meramente indicativo ed esemplificativo si evidenzia che all'interno di questo profilo possono rientrare persone che necessitano di applicazione di prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con frequenza orientativa e flessibile durante il periodo di validità del programma assistenziale da 4 a 6 accessi settimanali, anche di diversi operatori su 5/6 giorni lavorativi e sono affette da:

- malattie cronicodegenerative instabili o moderatamente instabili (es.: broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO - in ossigenoterapia domiciliare con necessità di monitoraggi clinici e della saturimetria mediante applicazione di prescrizioni diagnostiche semplici e specialistiche);
- malattie cronicodegenerative, a rischio di scompenso e/o complicanze, controllate da polifarmacoterapie (es.: cardiomiopatie con necessità di monitoraggi pressori, elettrocardiografici, biumorali e clinici mediante applicazione di prescrizioni diagnostiche semplici e specialistiche);
- patologie internistiche o metaboliche di media gravità in fase di acuzie, con temporanea compromissione della consueta possibilità di accesso ai servizi ambulatoriali oppure a rischio di elevata instabilità o di scompenso correlati a tempi e modalità di accesso alle medesime prestazioni ambulatoriali (es.: broncopneumonite, diabete in fase di scompenso acuto);
- patologie ortopedico-traumatologiche, reumatologiche, cardio-respiratorie e viscerali nella fase di postacuzie o di stabilizzazione delle malattie stesse, con concomitanti disabilità importanti, spesso multiple, e possibili esiti permanenti in riabilitazione estensiva, intesa come fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione (es.: ictus cerebri recente e frattura di femore con protesizzazione, mediante completamento e contestualizzazione all'ambiente domestico della riabilitazione dei deficit funzionali secondari);
- patologie varie in regime di dimissione protetta dall'ospedale, con necessità di interventi e/o monitoraggi clinico-assistenziali di frequenza medio-elevata.

La presa in carico non deve essere superiore a gg. 180, prorogabili a seguito di rivalutazione del Distretto Sanitario.

Per tale profilo l'individuazione referente familiare (caregiver) e del Case Manager è sempre necessaria.

Assistenza Domiciliare ad ALTA intensità assistenziale: pazienti che presentano bisogni clinici, assistenziali e/o riabilitativi con un elevato livello di complessità e richiedono un'elevata frequenza di interventi sanitari, affetti da patologie croniche evolutive oppure da malattie acute o acutizzate con un alto grado di instabilità.

A titolo meramente indicativo ed esemplificativo si evidenzia che all'interno di questo profilo possono rientrare persone che necessitano di applicazione di prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con frequenza orientativa e flessibile durante il periodo di validità del programma assistenziale pari o superiore a 7 accessi settimanali, di diversi operatori su 7 giorni lavorativi, con l'assicurazione della reperibilità, e sono affette da:

- patologie internistiche, metaboliche, oncologiche in fase di acuzie ad elevata instabilità o scompensate oppure in fase terminale con complicanze e/o con compromissione di una o più funzioni vitali;
- patologie neurologiche e muscolari ad andamento cronico-degenerativo evolute e/o complicate (demenze, distrofie muscolari, sclerosi a placche e altre malattie demielinizzanti, S.L.A. e altre malattie neurologiche degenerative dei motoneuroni, corea di Huntington, malattia e/o sindrome di Parkinson, ecc.) in cui si è determinata una severa compromissione di alcune funzioni vitali (respirazione e deglutizione), della funzione motoria e, in alcuni casi, della comunicazione (verbale e non);
- quadri di tetraplegia/paraplegia da lesione cerebrale (incluse le cerebropatie perinatali) o spinale (su base traumatica e non) e quadri di emiplegia in fase di acuzie o di elevata instabilità, nei quali si è determinata una severa disabilità motoria e di alcune funzioni viscerali (deficit della sensibilità, vescica neurologica, alterazione delle funzioni intestinali), in assenza di gravi compromissioni respiratorie;
- gravissime cerebrolesioni secondarie a danno cerebrale (su base traumatica e non) che hanno condotto all'instaurarsi di una condizione di coma, di stato vegetativo, di stato di minima responsività in assenza di gravi compromissioni respiratorie;
- patologie ortopedico-traumatologiche, reumatologiche, cardio-respiratorie e viscerali in riabilitazione intensiva, quando la valutazione specialistica e transdisciplinare assoluta in Unità di valutazione multiprofessionale ritenga il contesto di erogazione domiciliare opportuno, indispensabile o ineludibile;

- patologie varie in regime di dimissione protetta dall'ospedale, ancora in fase di acuzie con un grado di instabilità medio-elevato, quando - superata l'emergenza - il malato e la sua famiglia desiderano proseguire le cure a domicilio per il favorevole contesto socio-ambientale e di supporto non ricostruibile in ambiente nosocomiale. La presa in carico non deve essere superiore a gg. 90, prorogabili a seguito di rivalutazione del Distretto Sanitario. Per tale profilo l'individuazione referente familiare (caregiver) e del Case Manager è sempre necessaria.

Tali quadri patologici ad ALTA intensità assistenziale non devono in ogni caso presentare i caratteri per i quali è prevista dalla vigente normativa regionale (DCA 39/2012 e s.m.i.) il trattamento presso strutture residenziali (R1).

E' evidente che le malattie acute o acutizzate, trattate a domicilio, possono richiedere in successione i tre livelli di intensità assistenziale: è compito dell'UVM adeguare coerentemente il PAI (es.: in caso di patologia acuta ad alta instabilità o scompensata l'UVM assegna il livello iniziale appropriato - alta intensità - per il periodo stimato necessario al superamento della fase critica e stabilisce le modalità e i tempi della prima verifica con consensuale revisione del PAI e del livello di assistenza; la stessa UVM definirà il nuovo PAI e la successiva tappa di verifica/revisione; si procederà per aggiustamenti progressivi fino al periodo di convalescenza/recupero).

9.3.3 Presa in carico in urgenza

Nelle circostanze che richiedono interventi tempestivi non procrastinabili la Ditta aggiudicataria assicura:

- la segnalazione tempestiva al CAD territorialmente competente delle situazioni potenzialmente candidate a questa tipologia di presa in carico;
- l'accettazione immediata entro 48 ore - da parte della Centrale operativa - delle indicazioni del CAD al fine di erogare puntualmente i primi interventi, nelle more dell'approfondimento valutativo e della conseguente pianificazione da effettuarsi secondo le procedure ordinarie.

9.4 Prestazioni occasionali o a ciclo programmato

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende:

- I. Prelievo ematico (venoso e arterioso) a carattere saltuario o periodico
- II. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale, ecc.) a carattere saltuario o periodico
- III. Terapia iniettiva intramuscolare (solo a carattere saltuario o di ciclo e per non oltre 15 giorni consecutivi)

- Ις. Terapia iniettiva sottocutanea (solo a carattere saltuario o di ciclo e per non oltre 15 giorni consecutivi)
- ς. Cateterismo vescicale (sostituzione periodica) – Posizionamento e gestione cateteri nefrostomici, cistostomici, ureterostomici – Posizionamento sondino naso-gastrico – Cambio sacche e placche di stomie (solo a carattere occasionale/non continuativo e/o nella fase iniziale di presa in carico) – Medicazione e lavaggio di CVC e CVP solo a carattere occasionale/non continuativo e/o nella fase iniziale di presa in carico)
- ϸI. Fleboclisi (solo a carattere saltuario o di ciclo e per non oltre 15 giorni consecutivi)
- ϸII. Enteroclistmi (solo a carattere saltuario o di ciclo e per non oltre 15 giorni consecutivi)
- ϸIII. Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
- Ξ. Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
- Ξ. Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)
- ΞI. Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie
- ΞII. Educazione del caregiver alla gestione di enterostomia e sacche e placche di stomie
- ΞIII. Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
- ΞΙς. Educazione del caregiver alla prevenzione/trattamento semplice di lesioni cutanee
- Ξς. Consulenza medico specialistica
- ΞϸI. Emogasanalisi a domicilio con emogasanalizzatore portatile.

Le prestazioni occasionali, per quanto frequenti e ripetute nel tempo, non potranno, coerentemente con quanto sopra indicato, in alcun modo essere convertite in presa in carico a qualunque livello di complessità.

9.4.1 Prestazioni occasionali di consulenza medico-specialistica

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire la disponibilità dei seguenti specialisti per le consulenze mediche a domicilio:

- Chirurgo
- Anestesista
- Pneumologo
- Otorinolaringoiatra
- Palliativista

- Geriatra
- Cardiologo
- Internista

Ulteriori Specialisti potranno essere messi a disposizione su richiesta della ASL solo previo concordamento della Ditta

La Ditta aggiudicataria garantisce annualmente, secondo i fabbisogni indicati all'art.12, un determinato numero di accessi domiciliari per le consulenze medico-specialistiche, e i costi derivanti da tali prestazioni sono ricompresi nell'importo forfettario di aggiudicazione della gara. La valorizzazione di eventuali accessi aggiuntivi viene determinato nell'art. 15.

9.4.2 Altre prestazioni accessorie da garantire

La Ditta aggiudicataria assicura altresì a proprie spese:

- ritiro e consegna a domicilio della persona di farmaci, presidi, dispositivi medici e/o qualsiasi altro materiale o documentazione necessari al trattamento ed alle cure;
 - ritiro e consegna al laboratorio di prelievi ematici e campioni biologici secondo le direttive del laboratorio di destinazione, nonché ritiro di referti medici e consegna a domicilio della persona;
 - smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti al domicilio della persona nelle fasi operative delle cure domiciliari nelle forme e procedure previste da normativa, in quanto la Ditta medesima è produttrice di rifiuti;
 - relazione con il Medico di Medicina Generale e/o lo specialista di riferimento quando necessaria anche utilizzando i moderni sistemi di comunicazione (telefono, sms, e-mail) agli indirizzi forniti dal Distretto;
 - apertura e tenuta della Cartella Assistito, da lasciare a domicilio dell'utente, per la registrazione delle prestazioni infermieristiche e riabilitative effettuate, della data e dell'ora dell'accesso e la registrazione (comprese le modalità e la data) delle comunicazioni effettuate al Medico di Medicina Generale o suo sostituto. All'interno della cartella ciascun accesso dovrà essere attestato anche dall'utente o da un suo familiare o caregiver; alla chiusura del progetto assistenziale, comunque determinata, la cartella sarà consegnata al CAD di pertinenza a cura della Ditta;
- Al riguardo l'Azienda si riserva la possibilità di sostituire nei tempi autonomamente scelti dalla stessa la cartella clinica cartacea con una cartella clinica informatizzata, su propria piattaforma, il cui accesso via internet tramite idoneo strumento è a totale carico della Ditta aggiudicataria; tutto ciò anche al fine della verifica informatizzata dell'orario di presenza dell'operatore al domicilio dell'utente
- registrazione delle attività e implementazione del flusso informativo su applicativi del Sistema Informativo Aziendale, secondo la tempistica definita dalla Direzione Aziendale;

- fornitura di divise, dispositivi di protezione individuale e tesserini identificativi per il personale, nonché della strumentazione professionale necessaria;
- la presenza e referenza di una figura di Medico secondo le necessità (provinciali e/o distrettuali), al quale gli operatori incaricati (infermieri e fisioterapisti e logopedisti e OSS) possano rivolgersi per ogni problema assistenziale che si ponga in corso di presa in carico e di esecuzione del PAI;
- La formazione dei propri operatori e, su richiesta del Distretto, la formazione congiunta con gli operatori Distrettuali su argomenti di interesse comune, in relazione a criticità emerse nell'espletamento del servizio;
- ogni altro onere attinente al corretto espletamento del servizio.

9.5 Sviluppo di comunità

La Ditta aggiudicataria dovrà, da valutare nell'ambito dell'offerta migliorativa, identificare e realizzare azioni opportune per il coinvolgimento delle risorse territoriali nelle Cure Integrate di Comunità. Le azioni dovranno concorrere all'incremento del capitale sociale delle comunità locali attraverso un coerente sistema di alleanze e partenariati locali con gli attori formali ed informali in grado di contribuire ad una efficace realizzazione del servizio in oggetto.

10 Requisiti del servizio.

Per la realizzazione delle attività previste, in ottemperanza agli indirizzi regionali in materia, l'ASL definisce i requisiti del servizio in affidamento, così suddivisi:

- requisiti di processo;
- requisiti di struttura.

10.1 Requisiti del servizio

10.1.1 Infermieristica di comunità

Per la realizzazione delle attività in affidamento la modalità organizzativa individuata dall'ASL, in ottemperanza agli indirizzi regionali, prevede che anche la Ditta aggiudicataria si impegni ad attivare una rete di interventi che si configurino come Cure di Comunità, cioè impennate sull'incontro metodico e creativo tra servizi organizzati (sia pubblici che privati) e soggetti primari (famiglia, vicinato, gruppi amicali, associazioni locali) mediante relazioni di reciprocità sinergica. Gli obiettivi che l'ASL e la Ditta aggiudicataria perseguono con l'attivazione dell'infermieristica di comunità sono:

- conoscere in modo anticipato i bisogni, le problematiche, i fattori di rischio sociali e sanitari, dei soggetti più deboli proponendo strategie e strumenti innovativi che permettano una presa in carico anticipata dei problemi di salute della popolazione (presa in carico leggera e anticipata);

- assicurare la presa in carico globale delle situazioni di bisogno anche mediante una gestione basata su una modalità di case management che garantisca continuità valutativa, pianificatoria ed erogativa nel complicato percorso del cittadino all'interno della rete dei servizi (con particolare riferimento all'integrazione ospedale-territorio);
- garantire una gestione dell'assistenza infermieristica generale nell'ottica della personalizzazione di cure finalizzate a una miglior qualità di vita dell'unità assistito-famiglia e con la promozione del self-care, mediante diffusione delle competenze di percezione dei problemi di salute e di caring;
- attivare interventi di empowerment e promozione alla salute attraverso il sostegno, l'addestramento, la valorizzazione e il supporto alle famiglie, con la promozione e l'attivazione di reti informali, nonché mediante l'orientamento e l'informazione sull'offerta dei servizi;
- individuare punti di riferimento territoriale (Ambulatori di Comunità) che permettano il radicamento su un'area territoriale definita

In questo contesto progettuale e operativo l'infermiere di comunità dovrà:

- essere presente nella comunità ed esplicitamente riconosciuto dalla comunità stessa come figura di riferimento assistenziale;
- collaborare regolarmente in modo costruttivo e innovativo con tutti i professionisti presenti nella comunità, in particolare i Medici di Medicina Generale, e con le risorse attive nella comunità;
- assicurare l'assistenza generale infermieristica in una comunità definita, in collaborazione con tutti gli attori dell'équipe socio-sanitaria territoriale;
- promuovere le risorse informali della comunità con lo scopo di costruire una rete di welfare comunitario.

Dal punto di vista operativo l'infermiere di comunità, oltre ad eseguire tutte le prestazioni di natura sanitaria riconducibili al profilo professionale, opererà anche e soprattutto da punto di riferimento periferico in grado di intercettare tutte le forme di bisogno socio-sanitario, sia utilizzando gli strumenti operativi resi disponibili dall'ASL, che attraverso il ricorso a percorsi informali, e sarà in grado di fornire anche un servizio di orientamento del cittadino alle problematiche della salute, realizzando l'informazione, la promozione e l'educazione alla salute.

Nell'ambito di tale attività particolare valore è assegnato ai processi di presa in carico attiva dei soggetti affetti da patologie croniche (BPCO, diabete mellito, scompenso cardiaco ecc.) secondo i criteri del Chronic Care Model. Al riguardo tale azione si svolgerà su popolazioni di assistiti individuata dal Distretto ed utilizzando specifici PDTA distrettuali in stretta collaborazione con gli Specialisti distrettuali ed i MMG nel rispetto dell'autonomia e del ruolo professionale dell'Infermiere; autonomia e ruolo esplicitamente definito negli stessi.

Per il raggiungimento degli importanti obiettivi di salute correlati al modello proattivo dell'infermieristica di comunità, la Ditta aggiudicataria, nei punti di riferimento territoriali aperti, dovrà assegnare a questo servizio infermieri che, oltre ad essere in possesso delle competenze tecnico-specialistiche di base previste, siano particolarmente dotati di capacità di individuazione del bisogno e di orientamento del cittadino, nonché di abilità e competenze socio-sanitarie trasversali. L'allocazione stabile di queste risorse di personale dovrà altresì essere contrattualmente garantita al fine di assicurare una continuità temporale compatibile con il funzionamento del modello stesso.

10.1.2 Arco temporale per l'erogazione delle prestazioni domiciliari

L'assistenza domiciliare, infermieristica/riabilitativa ai soggetti presi in carico nonché per le prestazioni occasionali o a ciclo programmato, deve essere erogata, di norma, 12 ore al giorno (dalle 08.00 alle 20.00) per tutti i giorni del semestre. Ad esclusione delle prestazioni occasionali o a ciclo programmato, la Ditta aggiudicataria dovrà garantire un servizio di reperibilità infermieristica (nei casi in cui il PAI lo preveda) anche nelle ore notturne.

Al fine di attivare gli interventi di carattere urgente e per raccogliere comunicazioni o soddisfare richieste di informazioni di ogni tipo inerenti il servizio la Ditta aggiudicataria deve mettere a disposizione degli utenti un Numero Telefonico, attivo per 24 ore in ogni giorno del semestre. L'ASL si impegna a pianificare gli interventi in modo che gli accessi siano equamente distribuiti nelle 12 ore diurne, compatibilmente con le esigenze clinico-assistenziali dell'utente. La Ditta aggiudicataria si incarica di programmare gli accessi secondo la logistica dei percorsi nel rispetto delle priorità clinico-assistenziali.

La presa in carico temporanea dei bisogni assistenziali infermieristici/riabilitativi dei pazienti, individuati dal CAD, nelle more dei percorsi di valutazione/pianificazione previsti, deve avvenire:

- entro 12 ore dalla segnalazione per la continuità terapeutico-assistenziale del paziente noto già in carico;
- entro 48 ore dalla segnalazione in tutti gli altri casi.

In particolare, ai fini della valorizzazione, le giornate di presa in carico temporanea verranno considerate del livello assistenziale attribuito in fase di presa in carico definitiva, conseguente ai percorsi di valutazione/pianificazione indicati negli articoli precedenti.

Con riferimento ai casi già presi in carico e nell'ambito del fabbisogno complessivo definito dal presente atto, dovrà essere, inoltre, garantita la reperibilità infermieristica 24 ore al giorno, per ogni giorno del semestre, per gli accessi non programmati resi necessari da eventi imprevisti (es. ostruzione o sfilamento di catetere, ostruzioni o sfilamenti di altre sonde, blocco o malfunzionamento di pompe da infusione, fuoriuscita di infusioni endovenose, gravi e inderogabili problemi a respiratori meccanici, sistemi di erogazione dell'ossigenoterapia o stomie, ecc.) che rivestono carattere di urgenza.

10.2 Requisiti di struttura

10.2.1 Centrale operativa

Ai fini della gestione di detto servizio la Ditta aggiudicataria dovrà attivare nel territorio dell'ASL una Centrale operativa, composta da personale adeguatamente qualificato (es. infermiere o in alternativa personale con comprovata esperienza pluriennale nella gestione di analoghi servizi), deputata alla presa in carico dei pazienti secondo il PAI definito dall'UVM sotto la responsabilità del Distretto. Tale centrale dovrà essere operativa dal lunedì al sabato dalle 08.00 alle 20.00 e la domenica e nei festivi infrasettimanali dalle 08.00 alle 13.00. La Centrale opererà in stretto contatto con i CAD e sarà in particolare incaricata di:

- attivare gli approfondimenti valutativi richiesti dagli stessi CAD;
 - programmare gli accessi domiciliari;
 - effettuare una prima rivalutazione dei piani di cura, da sottoporre all'insindacabile approvazione del CAD che può respingere o accettare la proposta, apportando le eventuali modifiche necessarie;
- provvedere all'aggiornamento dei database in base agli interventi ed agli accessi effettuati;
- garantire il contatto con i Medici di Medicina Generale, le strutture sanitarie ed assistenziali negli orari in cui i CAD non risultassero operativi, nel rispetto comunque delle procedure e delle indicazioni stabilite dal Direttore del Distretto o suo delegato che verranno comunicate alla Ditta aggiudicataria.

La Centrale dovrà, in ogni caso, essere dotata di ogni attrezzatura e apparecchiatura informatica (personal computer, stampanti, scanner, ecc.), di telecomunicazione (telefoni, cellulari, collegamenti Internet, ecc.), tecnico economale, ecc. necessaria al funzionamento autonomo. Pertanto tali dispositivi dovranno essere messi a disposizione e regolarmente tenuti efficienti con regolare manutenzione dalla Ditta aggiudicataria. Allo stesso modo sarà a carico della stessa ogni onere e spesa relativa al materiale di consumo necessario alla regolare operatività.

Al fine di permettere le chiamate per la reperibilità infermieristica, di cui al punto 10.1.2, e per la reperibilità telefonica della UO NAD, di cui al punto 10.2.4, la Ditta dovrà attivare un numero verde, con risposta di chiamata h 24 e indirizzamento, anche automatico, alle linee telefoniche del personale reperibile.

10.2.2 Mezzi e attrezzature

La Ditta aggiudicataria svolgerà il servizio richiesto con mezzi e attrezzature di sua disponibilità che dovranno essere in numero adeguato al servizio da svolgere.

In particolare la Ditta aggiudicataria, per l'espletamento del servizio, dovrà mettere a disposizione e/o garantire la fruibilità di:

- materiale idoneo e necessario per il trasporto di campioni biologici e/o altro materiale;
- materiale di sicurezza conforme alla normativa nazionale e comunitaria vigente in materia;
- mezzi di trasporto idonei per gli spostamenti necessari al servizio, conformi alla normativa vigente per il trasporto di materiali/campioni biologici e di rifiuti sanitari speciali.

La scelta di strumenti e materiali dovrà ricadere su mezzi e attrezzature con caratteristiche tecniche di elevata qualità: infatti dovranno essere tecnicamente efficienti e mantenuti in perfetto stato e dovranno essere dotati di tutti quegli accorgimenti ed accessori atti a proteggere e salvaguardare l'operatore e/o terzi da eventuali infortuni.

La Ditta aggiudicataria sarà responsabile dei mezzi di trasporto e del materiale utilizzato, nonché della loro manutenzione, provvedendo alla immediata sostituzione in caso di attrezzature obsolete o malfunzionanti.

Dovranno essere sempre preventivamente concordate ed autorizzate dall'ASL eventuali variazioni di attrezzature o di quant'altro necessario per l'espletamento del servizio rispetto a quanto contrattualmente definito.

10.2.3 Ambulatori di Comunità

La Ditta aggiudicataria dovrà mantenere in essere gli ambulatori di comunità già istituiti e funzionanti, quali di seguito riportati, con l'indicazione dell'impegno orario settimanale dedicato:

Sonnino	10 h
Roccagorga	6 h
Roccamassima	3 h
Giulianello	5 h
Norma	4 h
Sermoneta	10 h
Campodimele	10 h
San Felice Circeo	10 h
Sperlonga	4 h
SS. Cosma e Damiano	8 h
Itri	8 h

Gli ambulatori di Comunità dovranno avere le caratteristiche minime individuate nell'allegato 4 al presente Capitolato

Ove valutato autonomamente dal Distretto di riferimento l'impegno orario settimanale testé indicato potrà essere devoluto alle funzioni assistenziali relative alla gestione dei

casi cronici anche in sede diverse fermo restando, per quanto applicabili, gli obblighi della Ditta relativamente alla gestione (attrezzature, materiale ecc.) degli ambulatori di Comunità

Per l'ulteriore sviluppo dell'infermieristica di comunità la stessa Ditta potrà indicare, quale offerta migliorativa, l'apertura e l'organizzazione di altri Ambulatori di Comunità.

La Ditta aggiudicataria dovrà altresì assicurare l'attività del proprio personale addetto alla Infermieristica di comunità presso tutte le sedi (sedi del distretto, sedi di UCP, sedi comunali ecc.) individuate dal distretto senza oneri per quanto attiene all'arredamento, la strumentazione ed i materiali di consumo per la Ditta aggiudicataria.

Gli Ambulatori di Comunità verranno utilizzati per favorire l'erogazione di semplici prestazioni (prelievi, stick, raccolta di campioni di materiale fisiologico, iniezioni, medicazioni, rilevazione della pressione arteriosa, sostituzioni o interventi su sonde di vario tipo, controllo o interventi su stomie, ecc.) a pazienti con autonomia conservata per piccoli spostamenti in ambito territoriale limitato e familiare, ma incapaci di recarsi presso i Servizi referenti centralizzati dell'ASL.

Nel contesto del Chronic Care Model, verso cui la sanità territoriale va configurandosi mediante la valorizzazione delle UCP e l'attivazione di PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, gli Ambulatori di Comunità costituiscono cerniera tra il monitoraggio medico-specialistico programmato e la pratica personale e domestica, sì da promuovere lo stile del paziente attivo e ottenere l'empowerment ambientale.

In tal senso, gli infermieri di comunità prenderanno in carico le persone del Comune di pertinenza arruolate nei PDTA attivati nei Distretti, al fine di assicurare e promuovere per loro:

- l'esecuzione degli accertamenti strumentali di pertinenza infermieristica (PFR, ECG ecc.);
- la partecipazione attiva alla gestione della propria malattia dell'assistito ed eventualmente del caregiver secondo i principi del Chronic Care Model;
- l'attivazione del paziente per uno stile di vita di tutela della propria salute, mediante l'educazione ad un corretto regime alimentare, alla cura della persona, alla regolarità degli esami previsti ecc.

10.2.4 U.O. NAD

La Ditta aggiudicataria dovrà collaborare, nella gestione di circa 160-170 pazienti/anno della ASL che necessitano di nutrizione artificiale, con la UO NAD aziendale, definita secondo le indicazioni di cui al punto 5 dell'allegato al DCA n. 404/13, al fine di soddisfare integralmente i fabbisogni nutrizionali di pazienti non autosufficienti e non in grado, specificatamente, di alimentarsi in modo adeguato per os, tra i quali si annoverano:

- stati di malnutrizione severa o moderata, considerata una malattia nella malattia, in quanto in grado di influenzare negativamente la prognosi della malattia di base;
- patologie dell'apparato gastroenterico, che alterano il normale assorbimento o il transito intestinale o disturbi della digestione del cibo, con ripercussione di grave ipercatabolismo;
- malattie neurologiche croniche, esiti di malattie cerebrovascolari acute, malattie neoplastiche ecc.

LA DITTA collaborerà nella gestione della la U.O. NAD aziendale al fine di assicurare un'assistenza come di seguito definita:

- 1)** servizio di segreteria;
- 2)** data base centralizzato dei pazienti afferenti alla U.O. NAD in trattamento e in follow up, con recupero dei dati sui pazienti già in carico presso i Distretti e presso il Servizio farmaceutico dell'ASL;
- 3)** orario di apertura di uno specifico ambulatorio compatibile con il numero di assistiti in carico;
- 4)** visite domiciliari specialistiche, nel novero di quelle indicate nel presente Capitolato;
- 5)** servizio di reperibilità telefonica 24/24 ore, anche festivo.

Il servizio di segreteria di cui al punto 1) potrà anche essere svolto dalla Centrale Operativa di cui al precedente punto 10.2.1, attrezzata di collegamento telefonico per chiamata del medico reperibile, negli orari di apertura d'ufficio, o con trasferimento di chiamata nelle fasce scoperte di servizio attivo.

Il data base di cui al punto 2 dovrà essere appositamente sviluppato dalla Ditta aggiudicataria, secondo le indicazioni dell'ASL e in analogia a quello impiegato da U.O. NAD di altre ASL regionali.

L'U.O. NAD è composta da una figura di coordinamento, da personale medico e infermieristico, da un Farmacista e da un Nutrizionista/Dietologo: la figura di coordinamento, il Farmacista e il Nutrizionista/Dietologo sono resi disponibili dall'ASL, il Medico specialista e l'Infermiere sono resi disponibili dalla Ditta aggiudicataria.

L'U.O. NAD medico-infermieristica opera in un punto fisico di riferimento, indicato dall'ASL quale ambulatorio per l'assistenza domiciliare di cui al punto 7.1 del DCA 90/2010. L'attività assistenziale è svolta da personale medico della Ditta aggiudicataria, coadiuvato da personale infermieristico. Il personale medico addetto dovrà essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni: anesthesiología, medicina interna, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, chirurgia dell'apparato digerente, scienza dell'alimentazione, geriatria, avendo altresì frequentato almeno un corso della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE) o un master in nutrizione clinica.

L'apertura del suddetto ambulatorio dovrà essere assicurata per almeno 3gg a settimana e per almeno 3h al giorno, con la copresenza di Medico e Infermiere addetti.

L'ambulatorio effettua le seguenti principali prestazioni: nutrizione artificiale-enterale con posizionamento e sostituzione SNG – Sostituzione PEG – Posizionamento accesso venoso per nutrizione parenterale e/o mid-line – Prelievi per esami ecc. I piani nutrizionali sono concordati con gli operatori ASL Farmacista e Nutrizionista/Dietologo mediante incontri di lavoro e/o comunicazioni telematiche.

La reperibilità telefonica, di cui al punto 5) dovrà essere garantita 24 ore al giorno, per ogni giorno del semestre.

La U.O. NAD interagisce con le équipes NAD individuate ai sensi dell'art. 4 del citato DCA n. 404/13 e con la rete assistenziale territoriale e ospedaliera aziendali (MMG, CAD, Servizio farmaceutico ospedaliero, reparti di degenza e servizi diagnostico-interventistici).

10.3 Requisiti di personale

10.3.1 Obblighi e responsabilità della Ditta aggiudicataria

L'appaltatore è unico ed esclusivo responsabile nei confronti del personale da lui assegnato al servizio di cui trattasi per l'adempimento di tutte le obbligazioni di legge, normative e contrattuali, disciplinanti il rapporto di lavoro ed in particolare di tutti gli obblighi previdenziali, assistenziali ed assicurativi; dovrà in ogni caso predisporre e controllare che i servizi vengano prestati nel rigoroso rispetto delle normative antinfortunistiche, di sicurezza igienico-sanitaria, ecc. Tutte le disposizioni inerenti al personale debbono intendersi riferite ed applicabili, oltre che al personale dipendente, anche ai soci-lavoratori delle cooperative. Tutte le disposizioni che si riferiscono a contratti collettivi di lavoro della categoria e della zona debbono ritenersi applicabili e devono essere applicate anche se la Ditta aggiudicataria non risulti aderente alle associazioni di categoria stipulanti o receda da esse, nonché devono essere applicate anche in caso di decadenza degli accordi e ciò fino al loro rinnovo ed indipendentemente dalla natura industriale e/o artigiana e/o sociale, dalla struttura e dimensione dell'impresa stessa e da ogni altra sua qualificazione giuridica, economica e sindacale.

La Ditta aggiudicataria dovrà presentare al Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato, prima dell'inizio del servizio, o comunque a richiesta dell'ASL/Distretto, un elenco nominativo del personale che intende impiegare - corredato da curricula da cui si evinca il tipo di professionalità e la formazione, nonché le mansioni assegnate. Successivamente detto elenco dovrà essere tempestivamente aggiornato ad ogni variazione dei nominativi del personale addetto al servizio; l'elenco aggiornato dovrà pervenire al Direttore di Distretto entro e non oltre 5 giorni lavorativi da ogni singola

variazione. La Ditta aggiudicataria dovrà fornire personale di provata moralità, che osservi diligentemente le norme e le disposizioni in vigore negli ambienti in cui si trova ad operare, impegnandosi nel contempo a sostituire quegli elementi che diano motivo di fondata lagnanza o mancanza di professionalità a giudizio dell'ASL/Distretto.

Il personale dovrà rispettare tutte le norme inerenti la sicurezza. Il personale dovrà essere dotato di un tesserino identificativo.

L'appaltatore sarà ritenuto responsabile della condotta dei propri dipendenti e di ogni danno o molestia agli assistiti o a terzi che ne potessero derivare nell'espletamento del servizio o nell'orario dello stesso, ai sensi dell'articolo 2049 del Codice Civile.

Nel redigere l'offerta la Ditta aggiudicataria dovrà tener conto degli oneri derivanti dagli obblighi connessi alle disposizioni di Legge in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori e di condizioni di lavoro e da quelli conseguenti a tutti gli accertamenti necessari per assicurare l'idoneità psicofisica e i controlli sanitari previsti dalla normativa vigente cui sarà sottoposto tutto il personale dipendente impiegato saranno a cura ed a spese della Ditta aggiudicataria. Prima dell'inizio del servizio, la Ditta aggiudicataria dovrà concordare con il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'ASL l'eventuale "Piano di Sicurezza" in conformità alle disposizioni di Legge. L'ASL avrà comunque facoltà di acquisire ogni notizia o documentazione in merito, di richiedere gli accertamenti del caso ai competenti Uffici e di trasmettere copia del contratto all'Amministrazione Finanziaria, all'Ispettorato del Lavoro, all'INPS, all'INAIL ed a ogni altro Ente che possa averne interesse. Poiché il servizio contemplato è di pubblica utilità, lo stesso non potrà venire soppresso o ridotto per nessuna ragione.

10.3.2 Personale sanitario e sociale impiegato a domicilio

Il personale sanitario/infermieristico-fisioterapico sarà interamente organizzato e gestito dalla Ditta aggiudicataria, che deve garantire l'espletamento del servizio attraverso soggetti in possesso dei titoli previsti dalle vigenti norme di legge e dell'idoneità psicofisica al servizio stesso. La Ditta aggiudicataria dovrà impiegare personale con padronanza della lingua italiana onde consentire al meglio la comunicazione tra utenti e operatore, in possesso della patente di guida, nonché in grado di utilizzare la scheda multidimensionale e/o altri strumenti di lavoro già identificati dall'ASL o in corso di individuazione e/o formazione per l'utilizzo degli stessi.

Il personale dovrà operare secondo protocolli e procedure operative concordate e condivise con l'ASL/Distretto, nonché formare (mediante propri corsi o anche, su richiesta della ASL, mediante adesione a corsi di formazione tenuti dall'ASL/Distretto) il proprio personale per l'applicazione degli stessi; la formazione verrà effettuata in orario di lavoro con retribuzione a carico della Ditta aggiudicataria.

Il personale dovrà mantenere un atteggiamento collaborativo e d'integrazione con gli altri professionisti/operatori coinvolti nel caso.

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire la continuità degli interventi da parte dei medesimi operatori, salvo casi accertati di incompatibilità o cause di forza maggiore, al fine di contenere al massimo il fenomeno del turn-over.

Il personale infermieristico, riabilitativo e sociosanitario impiegato dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti, ai sensi della normativa vigente:

Infermieri/Fisioterapisti italiani o comunitari: possesso della laurea in Infermieristica/Fisioterapia o titolo equipollente, con relativa iscrizione al Collegio Professionale;

Infermieri/Fisioterapisti extracomunitari: titolo di infermiere/fisioterapista riconosciuto come equipollente dal Ministero della Salute, iscrizione al Collegio Professionale;

Operatori socio sanitari (OSS): ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001.

Altro personale previsto:

Medici specialisti (Chirurgo, Anestesista, Pneumologo, Otorinolaringoiatra ecc.) per le prestazioni occasionali medico-specialistiche a domicilio: laurea in Medicina e Chirurgia, Diploma di Specializzazione relativo alla specializzazione dichiarata (per il palliativista Master universitario di II livello nella materia), iscrizione all'Ordine Professionale.

Laureati in Medicina e Chirurgia con iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per le attività di controllo e supporto agli infermieri professionali;

La Ditta aggiudicataria, prima dell'inizio del servizio, dovrà altresì fornire al Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato, idonea dichiarazione attestante che gli operatori, se trattasi di cittadini non comunitari, qualora non residenti nello Stato Italiano, siano tuttavia in condizione di soggiornarvi nel rispetto di tutte le disposizioni vigenti in materia, nonché che per gli stessi siano stati assolti tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire tutti gli accertamenti per assicurare l'idoneità psico-fisica del personale che sarà sottoposto, a cura ed a spese della Ditta aggiudicataria, ai controlli sanitari previsti dalla normativa vigente.

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire che il proprio personale:

- si presenti in servizio in condizioni decorose (divisa pulita e in ordine, cartellino identificativo ecc.);
- rispetti le norme di educazione che definiscono i criteri di comportamento civile e di correttezza etica nel lavoro, in particolare rispetti la puntualità e le modalità di erogazione delle prestazioni concordate;

- mantenga un comportamento di collaborazione e rispetto verso gli utenti, i familiari, gli eventuali badanti e altri caregiver degli stessi;
- non solleciti né accetti benefici e/o compensi di qualsiasi genere da parte degli utenti e dei loro familiari.

Ai sensi dell'art. 36 della L. 20.05.1970, n. 300 e successive modifiche ed integrazioni, la Ditta aggiudicataria dovrà corrispondere al proprio personale dipendente condizioni contrattuali, retribuzioni e compensi non inferiori ai minimi stabiliti dai contratti collettivi di lavoro della categoria e della zona. Tenuto conto dei principi della Direttiva 2001/23/CE dd. 12.03.2001, fermo restando quanto stabilito dagli atti di gara, nei limiti e nei modi consentiti dalle normative vigenti, anche in assenza di specifiche norme della contrattazione collettiva in materia, la Ditta aggiudicataria si impegna ad assicurare le prestazioni relative ai servizi affidati dal presente appalto, utilizzando prioritariamente il personale già operante in detti servizi alla data di pubblicazione del bando, nei termini disciplinati dai contratti collettivi di lavoro di categoria e della zona, ai sensi e per gli effetti degli art. 2067 e seguenti C.C..

10.3.3 **Altro personale**

Per lo svolgimento di attività diverse dall'assistenza domiciliare, la Ditta aggiudicataria potrà utilizzare anche personale non sanitario e non sociosanitario, debitamente formato allo svolgimento delle mansioni richieste. In particolare si specifica che per le altre attività di supporto (segreteria e reception della Centrale operativa, inserimento ed elaborazione dati, eventuale trasporto materiale, ecc.) dovrà essere garantito personale in possesso della necessaria formazione di base e permanente per le attività richieste.

10.3.4 **Standard di personale**

Per l'esecuzione del servizio e di tutte le attività di competenza del partner, lo standard minimo di personale che il partner dovrà garantire è il seguente:

STANDARD MINIMO DI PERSONALE (fte - *full time equivalent*)

Infermieri: n. 85

Fisioterapisti: n. 25

OSS: 9

Medici: - Specialisti per nr. 300 consulenze/anno

- Specialista per n. 3h/sett. per UO NAD,

- Medico di riferimento di cui al punto 9.4.2

Tutti gli infermieri, operatori sociosanitari e fisioterapisti impiegati nel servizio, quali previsti dalla tabella precedente, dovranno essere assunti con contratti di lavoro dipendente (a tempo determinato/indeterminato, a tempo pieno/parziale) nel pieno rispetto dei contratti collettivi di lavoro di categoria. E' esclusa ogni altra forma contrattuale di lavoro autonomo (es. partita IVA) o parasubordinato (collaborazioni occasionali, collaborazioni a progetto CO.CO.PRO., collaborazioni coordinate continuative CO.CO.CO, ecc.).

In particolare, considerata l'importanza strategica della dimensione pro-attiva delle Cure Integrate di Comunità, i professionisti impiegati nell'infermieristica di comunità dovranno essere assunti con contratto di lavoro dipendente esclusivo, a tempo pieno, e dedicati in modo particolare a questa attività.

Clausola sociale

Ai sensi dell'art. 7 della L. R. Lazio 18 settembre 2007 n.16 e dell'art.50 del D.Lgs.50/2016, la ditta aggiudicataria ha l'obbligo di assicurare la continuità occupazionale, assumendo il personale in forza nell'azienda cedente e ha l'obbligo di applicare i contratti collettivi di settore di cui all'art.51 del D.Lgs.15 giugno 2015 n.81.

Relativamente alle sole prestazioni mediche la Ditta aggiudicataria ha facoltà di impiegare risorse professionali in regime di lavoro autonomo, o comunque con altra forma contrattuale diversa dal lavoro dipendente.

Eccezionalmente, in caso di incremento delle prestazioni richieste dalla Asl e non assicurabili con il personale individuato nella precedente tabella come dipendente, la Ditta potrà servirsi anche di personale con contratto libero-professionale fermo restando la dotazione organica di base rappresentata da personale dipendente quale sopra indicata.

10.4 Sistema informativo (Requisiti di struttura e di processo)

Il sistema informativo territoriale impostato dall'ASL - centrato sul cittadino (non sul servizio e sulle prestazioni) - permette di definire e monitorare in modo puntuale il rapporto con la Ditta aggiudicataria, consentendo di rimodulare gli interventi sul territorio in base alla rilevazione di nuovi bisogni, alla rivalutazione dei bisogni degli assistiti in carico e alla verifica della congruità degli interventi erogati.

Il sistema è informatizzato e sviluppato via web per dare la possibilità, agli operatori dotati delle credenziali di accesso, di accedervi da qualsiasi postazione informatica (personal

computer, notebook, palmare) dotata di connessione Internet ed inserire le valutazioni o consultare quelle già inserite.

Gli strumenti utilizzati per l'eleggibilità alle cure domiciliari sono informatizzati, integrati tra livello di Medicina Generale, Centro Assistenza Domiciliare (CAD) e Ospedale.

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire:

- la compilazione, l'aggiornamento e la registrazione contestualmente alla relativa effettuazione, delle attività sulla cartella domiciliare tenuta ai sensi delle DGR 325/2008 e 326/2008 (anche nella forma informatizzata ove attivata dalla ASL) ed integrata con la modulistica del sistema informativo aziendale che ne costituisce parte integrante;
- la gestione e l'implementazione del flusso informativo su applicativi del sistema aziendale e anche del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, qualora le transcodifiche automatiche e gli output degli applicativi dell'ASL non lo implementino esaurientemente.

La Ditta interfaccia con il sistema dell'ASL il sistema informatico di propria competenza per la gestione dei turni di personale e di quant'altro necessario alle attività organizzative della Ditta stessa. In particolare la Ditta aggiudicataria si impegna, pena la risoluzione del contratto, a partecipare alla gestione del sistema informatico aziendale per le Cure Domiciliari nelle seguenti modalità:

- garantire e certificare all'atto della firma del contratto, con elenco nominativo, la presenza di operatori in grado di interagire con il sistema di gestione informatico in uso presso la ASL anche a domicilio dell'assistito se previsto;
- assicurare ai propri operatori i necessari supporti tecnologici e la connettività in rete presso la propria sede, ma anche a domicilio dell'assistito, secondo le modalità che saranno previste dalla organizzazione della ASL;
- garantire l'interfacciamento bidirezionale dell'eventuale sistema della propria gestione interna con il sistema informatico gestionale proposto dalla ASL secondo i tracciati riportati nell' allegato 2;
- assicurare entro 24 ore dall'esecuzione (se non ancora attivata la cartella clinica informatizzata) la rendicontazione di ogni prestazione resa a domicilio, all'interno del supporto informatico in uso presso la ASL (imputazione diretta e/o interoperabilità);
- garantire la rendicontazione definitiva, comprensiva di eventuali revisioni dei Piani Assistenziali, improrogabilmente entro e non oltre il 7° giorno del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni ed esclusivamente all'interno del supporto informatico in uso presso la ASL;
- assicurare la chiusura dei PAI e dei servizi contestualmente alla comunicazione da parte della ASL e comunque non oltre 24 ore dalla stessa, esclusivamente all'interno del sistema informatico gestionale in uso presso la ASL.

Ogni altro eventuale sistema informatizzato necessario per la pianificazione e la gestione degli interventi, per le agende (piani di lavoro) di ciascun infermiere ovvero per la

rilevazione, l'analisi e la produzione dei report richiesti, si intende compreso negli oneri organizzativi e gestionali propri della Ditta aggiudicataria. Il debito informativo e le modalità di integrazione con il sistema informativo/informatico aziendale sono definite in parte negli articoli precedenti e in parte negli allegati tecnici (Allegato 3), ma saranno anche frutto della proposta progettuale della Ditta aggiudicataria.

11 Altri obblighi e oneri della Ditta aggiudicataria

Oltre a quanto indicato nella propria offerta, che - contestualmente all'aggiudicazione - si intende integralmente recepito ed in aggiunta ai diversi oneri derivanti da tutti gli atti di gara, sarà esclusivo onere della Ditta aggiudicataria garantire le seguenti funzioni:

- > garantire la regolarità del servizio con proprio personale qualificato, sia sul piano tecnico che su quello dell'esperienza specifica nel settore;
- > assicurare la continuità del servizio anche in caso di malattie, ferie, scioperi o ogni altra causa di assenza;
- > destinare all'espletamento del servizio operatori in possesso dei titoli previsti dalle norme di legge;
- > provvedere a tutti gli adempimenti di legge relativi al rapporto di lavoro del proprio personale;
- > dare adeguata copertura assicurativa per la responsabilità civile e professionale degli operatori impiegati;
- > far fronte ad ogni responsabilità risarcitoria inerente allo svolgimento delle attività che può eventualmente derivare da danni causati agli immobili (compresi i locali del Distretto o comunque messi a disposizione dall'ASL ovvero presso cui operano su indicazione del Distretto), a cose, agli utenti o a terzi, personale compreso, esonerando con il presente contratto l'ASL da qualsiasi responsabilità penale, civile ed amministrativa, purché queste non siano imputabili o derivanti da inadempienze da parte dell'ASL stessa;
- > fornire i report mensili in formato cartaceo ed informatico (in formato MS Excel - Access o comunque su formati di utilizzo comune che non necessitino l'utilizzo di software comportanti oneri per l'ASL, secondo il tracciato record definito dalla stessa ASL) relativi alla rilevazione ed all'analisi delle prestazioni erogate;
- > assicurare un piano di formazione minimo propedeutico - concordato con l'ASL - riguardante l'utilizzo degli strumenti informatizzati, anche mediante la partecipazione alle attività formative eventualmente promosse dalla stessa ASL;
- > provvedere alla formazione permanente per il personale (cfr. punto 10.3.2) ;
- > vigilare l'osservanza da parte dei propri dipendenti delle disposizioni di cui al Regolamento recante il Codice di Comportamento dei dipendenti predisposto ai sensi e per gli effetti del DPR 62/2013, adottato dalla ASL LATINA con deliberazione n. 611 del 23.12.2014 e presente sul sito www.asl.latina.it.

Sono, altresì, a carico della Ditta aggiudicataria ogni onere e spesa relativi a:

- fornitura al proprio personale di tesserini identificativi, abbigliamento/divise, strumentazione professionale necessaria, telefoni cellulari, eventuali personal computer, notebook, palmari o altre attrezzature informatiche, dispositivi di protezione individuale (calzature, guanti di vario tipo, mascherine, visiere, occhiali di protezione, ecc.); si precisa che tutte le tipologie di guanti necessarie allo svolgimento delle attività richieste rientrano nei dispositivi di protezione individuale;
- smaltimento differenziato dei rifiuti provenienti dalle attività svolte secondo le norme vigenti ed eventuali modifiche successive;
- fornitura di tutta la modulistica necessaria;
- impiego della modulistica in uso secondo le procedure dell'ASL/CAD e sua duplicazione, nonché adeguamento alle eventuali variazioni della stessa;
- sistemi di pianificazione, gestione e controllo degli interventi;
- ogni altro onere non espressamente attribuito all'ASL.

12 Fabbisogno presunto, stima volumi di attività

Il fabbisogno presunto semestrale per le prestazioni relative alla valutazione multidimensionale e all'assistenza domiciliare, computato in base alle rilevazioni semestrali

AUSL LATINA - ADI	UM	Fabbisogno (semestrale)
1. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	UNITA'	1250
2. ASSISTENZA DOMICILIARE		
<i>Presa in carico - BASSA INT</i>	GPC	100.000
<i>Presa in carico - MEDIA INT</i>	GPC	30.000
<i>Presa in carico - ALTA INT</i>	GPC	9.500
<i>Prestazioni occasionali o a ciclo programmato</i>	UNITA'	22.500
3. ATTIVITÀ ASSISTENZIALE IN STRUTTURE INTERMEDIE: assistenza infermieristica e O.S.S. (U.D.I.) presso il PTP di Cori e la casa della salute di Sezze (Infermiere + OSS h/24)	Servizio h 24	180gg
4. Ambulatori infermieristici di Comunità e UCP	Servizio	10 infermieri fte
5. Prestazioni medico-specialistiche a domicilio	ACCESSI DOMICIL.	150
6. U.O. NAD - ambulatorio (1 Medico – 1 Infermiere)	Servizio	9 h / sett. x figura professionale

precedenti, si configura come di seguito:

L'esecuzione contrattuale potrà subire variazioni, in aumento o in diminuzione nel corso del periodo contrattuale, dovute a nuovi indirizzi in materia di assistenza e/o modifiche strutturali e/o trasformazioni o mutate esigenze tecnico-organizzative-finanziarie.

È considerata attività routinaria, e non nuova e/o aggiuntiva valutazione multidimensionale, la conferma periodica della valutazione, precedentemente effettuata,

connessa con la rivalutazione trimestrale della situazione del paziente, a situazione diagnostica e clinica sostanzialmente immutata.

Fermo restando quanto sopra, si precisa che non verrà considerata variazione contrattuale l'eventuale compensazione, autorizzata dall'ASL, tra i diversi fabbisogni previsti quali indicati nella tabella di cui al presente art. 12 (punti 1.2.3.4.5.6), fermo restando il valore totale dell'appalto.

Per la valorizzazione economica di tale compensazione si fa riferimento, in termini di proporzionalità relativa tra il costo del singolo servizio, ai valori indicati nel successivo art.15.

L'ASL si riserva la facoltà di procedere, mediante procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara, ai sensi dell'articolo 63, comma 5 del D.Lgs. 50/2016, ad affidare eventuali servizi complementari e/o servizi analoghi, nei limiti previsti dalla citata normativa.

13 Definizione del lotto

Il servizio di che trattasi è articolato in un unico lotto e comprende, indistintamente, un fabbisogno per un solo **semestre** di azioni e prestazioni sulla persona (valutazioni multidimensionali, giornate di presa in carico, prestazioni occasionali, prestazioni medico-specialistiche), un insieme di azioni e prestazioni sulla comunità (*empowerment* e infermieristica di comunità) e altre azioni e prestazioni di supporto al servizio stesso (sistema informativo, ecc.).

AUSL LATINA - ADI	UM	Q.TA' IN GARA (semestrale)	PREZZO SEMESTRALE BASE DI GARA (IVA esclusa)
1. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	UNITA'	1.250	€ 3.000.000,00 (TRE milioni)
2. ASSISTENZA DOMICILIARE			
<i>Presa in carico - BASSA INT</i>	GPC	100.000	
<i>Presa in carico - MEDIA INT</i>	GPC	30.000	
<i>Presa in carico - ALTA INT</i>	GPC	9500	
<i>Prestazioni occasionali o progr.</i>	UNITA'	22.500	
3. ATTIVITÀ ASSISTENZIALE IN STRUTTURE INTERMEDIE: assistenza infermieristica e O.S.S. (U.D.I.) presso PTP di Cori e Casa della Salute di Sezze	Servizio h 24	180 gg	
4. Prestazioni medico-specialistiche a domicilio	ACCESSI DOMICIL.	150	
5. U.O. NAD ambulatorio (1 Medico – 1 Infermiere)	Servizio	9 h / sett. x figura professionale	
6. EMPOWERMENT E INFIERMISTICA DI COMUNITA'	N.D.	n.10 unità tempo pieno equivalente	
7. ALTRO (Sistemi informativi, etc.)	N.D.	Specifiche definite nel Capitolato Speciale di Gara	

14 Determinazione del prezzo

Il prezzo offerto dovrà essere comprensivo degli oneri e di ogni altra spesa inerente l'espletamento del servizio.

La percentuale di ribasso applicata dalla Ditta aggiudicataria, risultante dal prezzo offerto rispetto alla base di gara, calcolata fino alla quarta cifra decimale, sarà altresì utilizzata per la valorizzazione economica delle prestazioni aggiuntive e per il meccanismo di compensazione descritti nei successivi articoli.

15 Valorizzazione economica delle prestazioni e meccanismo di compensazione

Al fine di determinare l'assorbimento delle risorse per ciascun intervento di cure domiciliari e per l'applicazione del meccanismo di compensazione tra i diversi fabbisogni e la remunerazione delle eventuali prestazioni aggiuntive, viene definita la seguente valorizzazione economica delle

PRESTAZIONE	VALORIZZAZIONE ECONOMICA
Valutazione Multidimensionale	Euro 30,00
GPC di Intensità Assistenziale BASSA	Euro 11,58
GPC di Intensità Assistenziale MEDIA	Euro 26,06
GPC di Intensità Assistenziale ALTA	Euro 56,29
Prestazioni sanitarie occasionali / a ciclo programmato	Euro 05,73
Prestazioni medico-specialistiche a domicilio	Euro 100,00

prestazioni

Attività infermieristica resa ad ore	Euro 21,97*
Attività OSS resa ad ore	Euro 20,17*
Attività medica resa ad ore	Euro 30,39*

* (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali D.M. del 2 ottobre 2013)

Relativamente alla presa in carico, la valorizzazione delle giornate di presa in carico (GPC) è attribuita sulla base delle tariffe stabilite dalla Regione Lazio con DGR 326/2008 con applicazione di una riduzione forfettaria (-10% per la BASSA intensità; -25% per la MEDIA intensità; -30% per l'ALTA intensità) che tiene conto della effettiva cogestione ASL/Ditta descritta nel presente capitolato.

La valorizzazione economica finale di tutte le prestazioni si ottiene con l'applicazione della percentuale di ribasso (fino alla quarta cifra decimale) offerta dalla Ditta aggiudicataria in sede di gara. Non è valorizzata economicamente, in quanto intesa come attività routinaria, la conferma periodica della VM, connessa con la rivalutazione trimestrale della situazione del paziente, a situazione diagnostica e clinica sostanzialmente immutata.

Come già specificato, è facoltà dell'ASL rimodulare, in termini quantitativi, la composizione dei fabbisogni annui tra le diverse prestazioni previste dall'appalto (valutazioni multidimensionali, giornate di presa in carico, prestazioni occasionali, prestazioni medico-specialistiche ecc.) senza che ciò venga considerata variazione contrattuale, fermo restando il valore totale dell'appalto.

La compensazione tra le diverse prestazioni, autorizzata e governata dalla ASL in base alle esigenze del servizio, è applicabile trasversalmente tra tutti i tipi di prestazioni oggetto della suddetta valorizzazione economica.

La ASL si riserva di svolgere, nel limite del 5% del valore dell'appalto, attività appaltate con proprio personale; la relativa valorizzazione economica sarà calcolata annualmente nei termini indicati nella tabella precedente previa applicazione della percentuale di ribasso (fino alla quarta cifra decimale) offerta dalla Ditta aggiudicataria in sede di gara.

16 Remunerazione/detrazione delle prestazioni aggiuntive/inferiori

Nessuna remunerazione sarà corrisposta per eventuali prestazioni aggiuntive sanitarie di assistenza o valutazione multidimensionale, che dovessero rendersi necessarie oltre il contingente annuo stabilito nel presente appalto, fino alla percentuale del +10%, al netto del meccanismo di compensazione descritto all'articolo precedente.

Oltre la soglia del 10%, le prestazioni aggiuntive saranno remunerate in base alla valorizzazione economica definita all'articolo precedente.

Nessuna detrazione sarà praticata per eventuali prestazioni di assistenza domiciliare o valutazione multidimensionale, che risultassero inferiori al contingente annuo stabilito nel presente appalto, fino alla percentuale del -10%.

Oltre la soglia del -10%, previa applicazione del meccanismo di compensazione descritto all'articolo precedente, le prestazioni inferiori saranno detratte in base alla valorizzazione economica definita all'articolo precedente.

17 Miglioramento della qualità e obiettivi di risultato

Allo scopo di valorizzare e consolidare la formula del partenariato e della co-gestione, nonché di incentivare la Ditta aggiudicataria al miglioramento continuo di qualità vengono previste, in via sperimentale, specifiche modalità incentivanti quale indicate nei successivi punti (18.1 e 18.2).

18 Valorizzazione della qualità delle prestazioni: il trattamento delle ulcere da decubito guaribili

Al fine di sviluppare la ricerca di nuovi strumenti gestionali nonché superare un'impostazione di assistenza domiciliare concepita e praticata come intervento

professionale prestazionale le valorizzazione economica delle piaghe da decubito "guaribili" come definite dall'allegato 6 ("lesione guaribile") avverrà tramite il pagamento di un numero di giornate di presa in carico predefinito, sulla base dello stadio di gravità delle stesse, quale riportato nell'allegato indicato; nessun compenso verrà riconosciuto, fermo restando l'obbligo per la ditta di assicurare il proseguo delle cure con la frequenza indicata nello stesso allegato, qualora al termine del periodo indicato la lesione non sia guarita. La ASL spetta fornire il materiale di consumo idoneo al trattamento (vedi paragrafo successivo).

Al fine di individuare la corretta gestione delle piaghe da decubito il personale della Ditta aggiudicataria allega al piano di intervento previsto anche uno specifico piano di trattamento delle lesioni cutanee, completo di foto della lesione, formulato secondo le indicazioni previste dal "Protocollo operativo di gestione delle lesioni da decubito in ADI" consultabile sul sito web aziendale. Tale piano di trattamento viene approvato dalla Asl che si riserva di modificarlo qualora lo ritenga non coerente con il citato protocollo.

Al fine del miglioramento continuo della qualità della presa in carico la Ditta aggiudicataria, in cogestione con l'ASL, svilupperà entro al massimo un anno dall'aggiudicazione del presente appalto apposito strumento informatizzato per la valutazione, pianificazione ed il monitoraggio dei pazienti presi in carico per il trattamento per lesioni cutanee.

A tale fine viene individuato un gruppo di lavoro misto Asl - Ditta aggiudicataria presieduto dalla ASL che, supportato da personale informatico messo a disposizione dalla Ditta e partendo dal protocollo aziendale sopra ricordato, provvederà a sviluppare tale programma /sistema informatizzato.

Al termine del primo anno riservato alla creazione di tale strumento, lo stesso verrà affiancato sperimentalmente al sistema in uso per la durata di sei mesi al fine di valutarne nel concreto la possibilità di utilizzo. Al termine di tale periodo se valutato positivamente dalla ASL verrà adottato ufficialmente in sostituzione del protocollo in uso. Tale programma rimarrà in ogni caso di proprietà della ASL e la Ditta aggiudicatrice non potrà vantare nulla al riguardo per l'attività svolta rientrando a pieno nell'ambito del processo di cogestione oggetto del presente appalto.

18.1 Valutazione del gradimento e della soddisfazione

La Ditta aggiudicataria si impegna a formulare o adattare, insieme all'ASL, appositi questionari di gradimento e di soddisfazione dell'utenza (pazienti e familiari) sugli aspetti organizzativi e assistenziali del servizio; a somministrarli nelle forme e nei numeri concordati (almeno il 60% dei soggetti presi in carico).

19. Rapporti contrattuali

L'aggiudicazione è immediatamente vincolante per la ditta aggiudicataria mentre lo diviene per l'Azienda USL solo a seguito dell'approvazione della delibera di aggiudicazione.

Il contratto avrà la durata di mesi 6 mesi, con eventuale possibilità di rinnovo per ulteriori 6 mesi. L'imposta sul valore aggiunto deve intendersi a carico dell'ASL, secondo le vigenti disposizioni fiscali.

L'ASL si riserva:

- la facoltà di risolvere il contratto, **in qualsiasi momento**, previo pagamento dei servizi già effettuati, nel caso in cui il servizio, oggetto del presente appalto venga affidato con procedure di gara a livello regionale e/o nazionale, nel caso di trasformazioni o mutate esigenze tecnico-organizzative- finanziarie nei servizi dell'ASL e/o nel caso di cambiamenti normativi che incidano sull'attuale disciplina del servizio, nonché di perfezionamento delle procedure di accreditamento istituzionale da parte della Regione Lazio.

- la facoltà, di procedere all'aggiudicazione anche in presenza di una sola offerta valida e congrua.

20. Durata del contratto.

Il contratto avrà durata di mesi sei, con facoltà di rinnovo per ulteriori sei mesi, dalla data fissata dallo stesso. La ditta aggiudicataria sarà tenuta a continuare, qualora richiesto dall'ASL, il servizio in regime di proroga, alle stesse condizioni economiche e tecniche di aggiudicazione o, anche migliorative per il periodo strettamente necessario all'espletamento di nuova gara o di accreditamento.

Tutte le spese riguardanti aggiudicazione, stipulazione e registrazione del contratto, imposta di registro, imposta di bollo, bolli di quietanza e simili, come ogni altra spesa inerente e conseguente il contratto, sono ad esclusivo carico della Ditta aggiudicataria.

21. Cause espresse di esclusione

La violazione o l'inosservanza delle disposizioni contenute nel bando, nel disciplinare di gara e nel presente capitolato, comporterà l'esclusione della ditta dalla gara, essendo tali prescrizioni dettate al rispetto della "par condicio", segretezza ed imparzialità:

- mancata sottoscrizione del disciplinare, del capitolato, pagina per pagina e/o dell'offerta economica;
- mancata chiusura del plico;
- busta trasparente da permettere la lettura dell'offerta economica

Inoltre si procederà all'esclusione in tutti gli altri casi previsti dal presente capitolato e dalla documentazione di gara.

22. Cauzione definitiva

La ditta aggiudicataria dovrà costituire, mediante fidejussione bancaria o polizza assicurativa, rilasciata da aziende di credito o imprese di assicurazione, una garanzia fidejussoria del 10% dell'importo contrattuale per l'intera durata del contratto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 103 del D.Lgs.50/2016.

Tale garanzia, dovrà riportare tutte le condizioni prescritte dal citato articolo.

Al termine del contratto, liquidati tutti i conti, definite le eventuali contestazioni e vertenze, e dopo che il fornitore avrà provato di aver pagato ogni spesa contrattuale di sua spettanza, l'ASL rilascerà il nulla osta per lo svincolo del deposito cauzionale che avverrà a spese e cura dell'interessato, senza diritto ad interessi di sorta.

Nessun interesse o risarcimento a qualsiasi titolo sarà dovuto per il deposito suindicato.

23. Fatturazione e pagamenti ex D.C.A n. 308/2015

Il pagamento dei corrispettivi sarà effettuato previo accertamento della perfetta esecuzione della prestazione dedotta in contratto attestata dal competente Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), individuato con Delibera n. 623/2014.

Trattandosi di appalto a corpo, alla Ditta aggiudicataria / partner sono assicurate *tranches* mensili pari a 1/6 del prezzo semestrale offerto in sede di gara (IVA compresa) indipendentemente dalle prestazioni effettivamente eseguite nel periodo. Le fatture verranno emesse mensilmente dalla Ditta aggiudicataria/partner pari a 1/6 del prezzo semestrale offerto (IVA compresa). La fattura mensile dovrà essere accompagnata da una relazione in cui, per ciascun Distretto, dovranno risultare le singole prestazioni eseguite e le azioni relative all'empowerment e all'infermieristica di comunità, nonché della restituzione del debito informativo sulle cure domiciliari secondo quanto definito nell'art.10.4. A fine semestre, sulla base delle prestazioni effettivamente eseguite, sarà emessa un fattura a conguaglio, a debito o a credito, per le eventuali prestazioni aggiuntive o inferiori (limitatamente a quelle eccedenti la soglia del +/- 10%), computate in base alla valorizzazione economica definita dall'art.15. Le fatture dovranno essere corredate, ai sensi dell'art.4, lettera d) del D.lgs.231/2002, da un'attestazione di avvenuta regolare esecuzione rilasciata dai Direttori dei Distretti sanitari di riferimento o loro delegati; dette attestazioni potranno essere richieste anche direttamente dalla Ditta aggiudicataria; comunque, i Direttori dei Distretti sanitari di competenza o loro delegati non possono ritardare l'attestazione, sia positiva che negativa, oltre sette giorni dalla richiesta.

La fattura non potrà essere emessa prima della prestazione del servizio. La stessa dovrà essere emessa in formato elettronico come da normativa vigente e nel rispetto di quanto previsto nel Decreto Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 308 del 3 luglio 2015 avente ad oggetto: "Approvazione della disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, IRCCS Pubblici e dell'Azienda ARES 118".

La Ditta, accetta integralmente il contenuto del nuovo Regolamento (Allegato A al richiamato DCA 308/2015) ed in particolare la Ditta dovrà attenersi a quanto ivi previsto nell'art.3, comma 1. *I termini di pagamento, come individuati nello stesso Regolamento, sono sospesi in*

caso di contestazione da parte del competente Ufficio Liquidatore sull'espletamento del servizio/fornitura; la sospensione opererà per il periodo intercorrente tra la data di invio della contestazione e il 10° giorno successivo al ricevimento della risposta del fornitore di accettazione della contestazione o di chiarimento ritenuto valido.

In ogni caso i mancati pagamenti e/o gli eventuali ritardi nei pagamenti non legittimano la Ditta a sospendere la fornitura e/o il servizio né costituiscono valido motivo di risoluzione del contratto che dovrà proseguire sino alla scadenza.

La Ditta è tenuta ad indicare chiaramente sulla fattura il numero di CIG relativo al presente contratto; in caso di errata o mancata indicazione la fattura dovrà essere stornata integralmente con emissione di nota credito e riemessa con i dati corretti.

In ogni caso, in assenza di tale indicazione la ASL LATINA è espressamente esonerata da qualsiasi responsabilità per l'eventuale mancato adempimento degli obblighi previsti dalla normativa stessa e per le relative sanzioni che, conseguentemente, saranno addebitate totalmente alla ditta appaltatrice. La ditta è altresì obbligata al puntuale rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa vigente in tema di tracciabilità dei flussi finanziari.

SOSPENSIONE DEI PAGAMENTI

Durante l'esecuzione dell'appalto, in presenza di inadempienze emerse e formalmente contestate dal competente Ispettorato del Lavoro, l'Amministrazione si riserva di sospendere l'emissione dei mandati di pagamento a favore dell'Aggiudicataria per un ammontare corrispondente al dovuto ai dipendenti, fino a che non si sarà ufficialmente accertato che il debito verso i lavoratori sia stato saldato ovvero che l'eventuale vertenza sia stata conclusa. Per tale sospensione l'appaltatore non potrà opporre eccezioni né avanzare pretese di risarcimento del danno.

La sospensione viene notificata in forma amministrativa e non giudiziale.

L'Impresa aggiudicataria esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora); in tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del c.c. la sottoscritta Ditta dichiara di approvare espressamente ed incondizionatamente tutte le clausole del presente articolo.

24. Segreto d'Ufficio

Il personale della Ditta aggiudicataria dovrà mantenere il segreto d'ufficio su fatti o circostanze concernenti l'organizzazione e l'andamento dell'ASL, dei vari servizi o comunque su fatti e circostanze dei quali abbia avuto notizia durante l'espletamento del servizio, con l'obbligo di riferire ogni caso rilevante al Rappresentante Responsabile che dovrà riferire al Direttore del Distretto Sanitario di competenza o suo delegato.

La Ditta aggiudicataria concorderà con il Direttore del Distretto Sanitario di competenza o suo delegato le modalità di trattamento dei dati sensibili nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 196/2003.

25. Obblighi sanitari

Il personale sarà sottoposto a cura e a spesa della Ditta alla sorveglianza sanitaria quale prevista dalle vigenti legge.

La Ditta aggiudicataria dovrà esibire, su apposita richiesta della ASL, durante il periodo contrattuale, il proprio Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) relativo all'attività svolta in relazione al presente appalto e la certificazione di idoneità all'attività lavorativa specifica rilasciata dal Medico Competente della Ditta per il proprio personale

In ogni momento l'ASL potrà disporre l'accertamento del possesso dei requisiti sopra menzionati.

26. Scioperi e causa di forza maggiore

Poiché il servizio contemplato è di pubblica utilità, lo stesso non potrà essere soppresso. In base a quanto stabilito dalla Legge 146/1990, in caso di sciopero del personale, così come per cause di forza maggiore, la Ditta aggiudicataria si impegna a garantire la presenza degli operatori in un numero adeguato all'assolvimento del servizio come previsto nel presente capitolato.

Di tali situazioni dovrà essere dato congruo preavviso; in tali casi dal corrispettivo mensile verrà detratta una somma proporzionale al servizio non svolto.

27. Rappresentante Responsabile

La Ditta aggiudicataria, prima dell'inizio del servizio, deve designare e segnalare all'ASL una persona con funzioni di Rappresentante Responsabile. Funzione del "Rappresentante Responsabile" è quella di referente della Ditta aggiudicataria nei riguardi dell'ASL attraverso i Direttori dei Distretti.

Tale Rappresentante dovrà essere sempre reperibile durante le ore di espletamento del servizio e dovrà disporre dei poteri e dei mezzi per garantire la rispondenza del servizio al presente capitolato.

Tutte le comunicazioni e le contestazioni di inadempienza fatte in contraddittorio con detto incaricato, si intendono fatte direttamente alla Ditta aggiudicataria.

In particolare tale Rappresentante Responsabile dovrà:

- operare con orario fisso ed essere reperibile per qualsiasi problema organizzativo;
- garantire continuità e stabilità del personale, nonché un numero adeguato di operatori per lo svolgimento delle attività indicate;
- garantire tempestivamente le sostituzioni del personale assente;
- mantenere i rapporti con il Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato per la verifica della programmazione delle attività settimanali e mensili;

- predisporre un protocollo per l'inserimento del neoassunto, da seguire per tutto il periodo del l'inserimento;
- predisporre dei protocolli per i controlli di qualità concordandoli con il Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato.

28. Sistema di controllo con meccanismo detraente e penalità

a. Sistema di controllo con meccanismo detraente

Perché sia perseguito il puntuale rispetto dei tempi di produzione, di invio al CAD e di informatizzazione dei dati della documentazione di approfondimento valutativo, l'ASL, alla fine di ogni trimestre, accerta eventuali inottemperanze e applica le seguenti penalità:

- invio al CAD delle schede valutative informatizzate debitamente compilate oltre 3 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di presa in carico (comprese le scale valutative relative alla riabilitazione; per quanto attiene le schede valutative al termine del trattamento le stesse dovranno essere inviate entro i 3 giorni lavorativi successivi alla fine del trattamento riabilitativo): detrazione di € 15,00 a scheda;
- presa in carico del paziente, per tutte le componenti professionali richieste, oltre 3 giorni lavorativi dall'approvazione del PAI da parte del CAD: detrazione di € 20,00 per ogni giorno di ritardo
- euro 200,00 (duecento) per ogni giorno di ritardo nell'interfacciamento bidirezionale del sistema della Ditta con il sistema informatico gestionale proposto dalla ASL e aggiornamenti intervenienti; la penale si applica a far data dal 31° giorno continuativo successivo a quello di inizio effettivo del servizio da parte della ditta ovvero della richiesta di aggiornamento;
- euro 10,00 per ogni giorno di ritardo nell'assicurare la chiusura dei PAI e degli altri servizi per cui è prevista la registrazione informatizzata esclusivamente all'interno del sistema informatico gestionale in uso presso la ASL (imputazione diretta e/o interoperabilità) nei termini previsti dal capitolato;
- euro 100 (cento) per ogni giorno di ritardo nella rendicontazione del mese, per ASL e per singolo Distretto: entro e non oltre il 10° giorno del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni ed esclusivamente all'interno del supporto informatico in uso presso la ASL (imputazione diretta e/o interoperabilità).

Si richiama altresì quanto meglio puntualizzato al precedente punto 18.1 : il prolungamento del trattamento delle lesioni cutanee "guaribili" oltre il tempo di guarigione previsto comporta per la Ditta aggiudicatrice l'obbligo di prosecuzione dell'assistenza, secondo il protocollo in uso, senza pagamento delle giornate di presa in carico eccedenti e sino a guarigione

Le suddette penali verranno scontate mediante decurtazione del corrispettivo convenuto alla fine del semestre in sede di pagamento della 6 ^ rata mensile e senza obbligo di preventivo esperimento di azione giudiziaria. Nei casi in cui i corrispettivi

liquidabili all'appaltatore non fossero sufficienti a coprire l'ammontare delle penali allo stesso applicate a qualsiasi titolo, nonché quello dei danni dallo stesso arrecati all'ASL per qualsiasi motivo, ci si rivarrà sulla prima rata del semestre successivo ovvero sul deposito cauzionale definitivo.

b. Detrazioni per inadempienze e penali

All'ASL/Distretti compete in modo esclusivo il controllo sull'andamento del servizio in ogni sua componente ed in ogni sua fase.

L'ASL/Distretti potrà attivare autonomamente tutti i meccanismi di controllo che riterrà opportuni per verificare l'adempimento di tutti gli obblighi contrattuali.

L'ASL/Distretti si asterrà, comunque, dal fare alcuna osservazione diretta ai dipendenti della Ditta aggiudicataria, rivolgendo le osservazioni solo ed esclusivamente al Rappresentante Responsabile, il quale avrà l'obbligo di presenziare alle eventuali contestazioni in contraddittorio. Per il controllo di qualità, a prescindere dai sistemi di controllo adottati dalla Ditta aggiudicataria ed esposti nell'offerta, l'ASL adotterà protocolli per il monitoraggio e la valutazione del servizio nella sua globalità (organizzazione, procedure, risultati).

Verificandosi irregolarità e deficienze nell'adempimento degli obblighi contrattuali, l'ASL/DISTRETTI avrà facoltà, a seguito di formale diffida (tramite pec da inviarsi all'indirizzo fornito dalla Ditta al momento dell'aggiudicazione) e nel caso la Ditta aggiudicataria non provveda entro i termini previsti nella lettera di diffida all'integrale e completo adempimento degli obblighi contrattuali, ad affidare ad altra ditta le prestazioni non eseguite, o non eseguite secondo le condizioni contrattuali, addebitando alla Ditta inadempiente i relativi oneri che saranno detratti dal corrispettivo mensile maturato o dalla cauzione definitiva, che dovrà essere immediatamente reintegrata. Tali oneri saranno aumentati a titolo di penale, di un importo pari al 10 %.

Anche qualora l'ASL non provvedesse ad affidare ad altra ditta le prestazioni non eseguite, o non eseguite a regola d'arte, alla Ditta inadempiente verrà detratta, dal corrispettivo mensile, a titolo di penale, una somma pari alle prestazioni non svolte o non svolte ai sensi del presente capitolato, maggiorata del 10%.

Parimenti, qualora si riscontrassero deficienze relativamente all'attuazione del progetto generale di erogazione del servizio, o per ogni altra infrazione, si procederà a detrarre dal corrispettivo mensile dovuto alla Ditta aggiudicataria, anche a prescindere dalla procedura di diffida, una somma proporzionale alla deficienza riscontrata, maggiorata, a titolo di penale, di una somma pari al 10%, o, qualora la deficienza o l'infrazione non fossero quantificabili in termini economici, verrà addebitata una sanzione pecuniaria che potrà variare, per singola infrazione, da un minimo di Euro 50,00 (cinquanta) ad un massimo di Euro 1.000,00 (mille); la gravità della deficienza o infrazione verrà valutata in contraddittorio tra i competenti uffici dell'ASL ed il Rappresentante Responsabile della Ditta aggiudicataria.

L'ASL si riserva la facoltà di risolvere il contratto dopo tre contestazioni scritte relative al servizio.

Le suddette penali verranno scontate mediante decurtazione del corrispettivo convenuto alla fine del semestre, in sede di pagamento dello stesso, senza obbligo di preventivo esperimento di azione giudiziaria. Nei casi in cui i corrispettivi liquidabili all'appaltatore non fossero sufficienti a coprire l'ammontare delle penali allo stesso applicate a qualsiasi titolo, nonché quello dei danni dallo stesso arrecati all'ASL per qualsiasi motivo, ci si rivarrà sul deposito cauzionale definitivo.

29. Garanzia e responsabilità del servizio

La Ditta aggiudicataria dovrà assicurare lo svolgimento del servizio nel rispetto di tutte le norme vigenti in materia di prevenzione infortuni e igiene del lavoro, nonché assumersi qualsiasi responsabilità ed onere nei confronti dell'ASL o di terzi nel caso di mancata adozione di quei provvedimenti utili alla salvaguardia delle persone e degli strumenti, coinvolti e non, nella gestione del servizio.

L'ASL non risponderà di eventuali danni a persone o cose verificatesi durante l'espletamento del servizio; la Ditta aggiudicataria è tenuta a dare prova della stipula di un'adeguata polizza assicurativa per danni a persone o cose, che possono verificarsi durante lo svolgimento del servizio.

La Ditta aggiudicataria esonera, infine, l'ASL da ogni responsabilità per danni diretti ed indiretti che possano derivarle da fatti dolosi o colposi di terzi, anche da dipendenti dell'ASL, in conseguenza anche di furti.

30. Risoluzione di diritto del contratto

La stazione appaltante potrà procedere di diritto (ipso iure) ex art. 1456 C.C. alla risoluzione del contratto ed assicurare direttamente, a spese della Ditta inadempiente, la continuità del servizio, nei seguenti casi:

- grave irregolarità e/o deficienze o ritardi nell'adempimento degli obblighi contrattuali, nei termini e nelle modalità definite nel presente capitolato;
- sospensione, abbandono o mancata effettuazione da parte della Ditta aggiudicataria del servizio in argomento;
- gravi violazioni dei programmi temporali di espletamento del servizio, stabiliti o concordati con l'ASL;
- gravi violazioni delle clausole contrattuali, tali da compromettere il regolare svolgimento del servizio;
- cessione totale o parziale del contratto.
- in tutti i casi in cui questa ASL abbia notizia, in qualunque forma, della circostanza per la quale le transazioni aventi ad oggetto le commesse pubbliche vengano eseguite senza avvalersi di Istituti di Credito ovvero della Società Poste Italiane ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni; della risoluzione

sarà data informazione alla Prefettura-Ufficio territoriale competente per territorio. (Legge 13 agosto 2010 n.136 e s.m.i.).

Ove le inadempienze siano ritenute non gravi, cioè tali da non compromettere la regolarità del servizio, le stesse saranno formalmente contestate.

L'ASL anche in questi casi o per inadempienze contrattuali diverse da quelle sopra evidenziate si riserva comunque, dopo 15 giorni dal ricevimento della contestazione formale nei confronti della Ditta aggiudicataria, di procedere alla risoluzione del contratto.

L'ASL si riserva, in ogni caso, di indire una nuova procedura o di rivolgersi alla ditta che segue in graduatoria, risultata seconda migliore offerente nella gara in oggetto, addebitando alla Ditta inadempiente in entrambi i casi le eventuali spese sostenute in più dall'ASL rispetto a quelle previste dal contratto risolto. L'affidamento a terzi, in caso di risoluzione del contratto, verrà comunicato alla Ditta inadempiente. Nel caso di minor spesa sostenuta per l'affidamento a terzi, nulla competerà alla Ditta inadempiente. L'esecuzione in danno non esimerà la Ditta inadempiente da ogni responsabilità in cui la stessa possa incorrere a norma di legge per i fatti che hanno motivato la risoluzione.

Analoga procedura verrà seguita nel caso di disdetta anticipata del contratto da parte della Ditta aggiudicataria senza giustificato motivo o giusta causa.

La risoluzione del contratto comporta l'incameramento della cauzione definitiva e/o la possibilità per l'ASL di agire ai sensi dell'art. 1936 e ss. C.C., oltre all'eventuale richiesta di risarcimento dei danni ai sensi dell'art. 1223 C.C. e delle maggiori spese sostenute per l'affidamento del servizio ad altra ditta.

RECESSO

Qualora per la stessa materia oggetto del contratto vengano poste in essere procedure di gara a livello regionale e/o nazionale e/o convenzione Consip e/o accreditamento o nel caso di trasformazioni o mutate esigenze tecnico – organizzative - finanziarie nei servizi dell'ASL, l'ASL si riserva la facoltà di recedere, anche parzialmente, dal contratto previo pagamento dei servizi già effettuati.

31. Fallimento, liquidazione, procedure concorsuali

In caso di scioglimento o di liquidazione della Ditta aggiudicataria, l'ASL, a suo insindacabile giudizio, avrà facoltà di pretendere tanto la risoluzione del contratto da parte della Ditta in liquidazione, quanto la continuazione dello stesso da parte della ditta subentrante.

In caso di fallimento o di ammissione a procedure concorsuali in genere, il contratto si riterrà risolto di pieno diritto a datare dal giorno della dichiarazione di fallimento o di ammissione alle procedure concorsuali, fatto salvo il diritto dell'ASL di rivalersi sulla cauzione e sui crediti maturati per il risarcimento delle maggiori spese conseguenti alla cessione del servizio.

32. Cessione del credito e subappalto

Il soggetto affidatario del contratto dovrà eseguire in proprio il servizio di che trattasi.

Il contratto non può essere ceduto a pena di nullità.

E' ammesso il subappalto in conformità a quanto stabilito dall'art. 105 del D.lgs.50/2016.

33. Rinvio alla legislazione nazionale, comunitaria e regionale

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Capitolato Speciale si richiamano le norme riportate nel bando e nel disciplinare di gara, le disposizioni vigenti, comunitarie e nazionali, in materia di appalti pubblici per la fornitura di beni e servizi ed in particolare la legge e il regolamento per l'Amministrazione del Patrimonio e per la Contabilità Generale dello Stato, nonché la normativa della Regione Lazio vigente nella stessa materia.

34. Controversie

Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere in conseguenza del contratto che verrà stipulato tra l'ASL e l'appaltatore, è competente il Foro di Latina.

35. Disposizioni finali

Ai sensi della Legge 221 del 2012 art. 34 comma 35, sono a carico della ditta aggiudicataria, le spese pubblicazione di cui all'art. 73 del D.Lgs 50/2016; le stesse dovranno essere rimborsate all'ASL di Latina, entro 60 giorni dall'aggiudicazione.

L'ASL si riserva la facoltà di sospendere la gara e/o di non aggiudicare il servizio, sia nel caso venga meno l'interesse pubblico all'effettuazione della stessa, sia nel caso nessuna delle offerte sia ritenuta idonea e/o congrua rispetto alle esigenze dell'ASL. L'ASL si riserva altresì la facoltà di chiedere la modifica del presente Capitolato, ove intervengano disposizioni normative, regionali e/o nazionali, che abbiano effetto sullo stesso.

In particolare la Ditta aggiudicataria da atto che qualora la ASL aderisca al SIAT (Sistema informatizzato delle Attività Territoriali) attualmente in fase di sperimentazione/attivazione nella Regione Lazio la Ditta dovrà adeguarsi, senza oneri aggiuntivi per la ASL, allo stesso per quanto attiene i collegamenti informatici al fine di mantenere invariati, per quanto applicabili, le modalità di trasferimento dati e gli standard di qualità previsti dal vigente capitolato.

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 si precisa che i dati richiesti risultano essenziali ai fini dell'ammissione alla gara e verranno trattati, nel rispetto della normativa vigente, unicamente ai fini dell'aggiudicazione, successiva stipula del contratto d'appalto e sua gestione.

Si evidenzia altresì che i dati di cui trattasi non saranno diffusi, fatto salvo il diritto di accesso dei "soggetti interessati" ex L. 241/90, che potrebbe comportare l'eventuale doverosa comunicazione dei dati suddetti ad altri concorrenti alla gara, così come pure l'esigenza dell'ASL di accertamento dei requisiti tecnici dichiarati in sede di gara o comunque previsti ex lege.

Il Disciplinare di gara, il presente Capitolato Speciale ed i suoi Allegati, costituiscono manifestazione integrale della volontà negoziale delle Parti che hanno altresì preso piena conoscenza di tutte le relative clausole, che dichiarano quindi di approvare specificamente singolarmente nonché nel loro insieme.

Con la firma del presente capitolato la ditta, ai sensi dell'art. 1341c.c., accetta esplicitamente, integralmente ed incondizionatamente tutti gli articoli e gli allegati del presente capitolato.

PER LA DITTA OFFERENTE Il Legale rappresentante

Codice fiscale e/o partita iva Data

All. 1 - Linee operative per la Riabilitazione in ADI

Frattura di femore dimesso da R.Riabilitazione	FKT 1 mese 3/7
Frattura di femore dimesso al domicilio	FKT 1-2 mesi 3/7
Artroprotesi anca o ginocchio dimesso da R. Riabilit.	FKT 1-2 mesi 3/7
Artroprotesi anca o ginocchio dimesso a domicilio	FKT 2-3 mesi 3/7
Emiparesi entro 1 anno dall'ictus dimesso da R.Riab	FKT 3 mesi 3/7
Emiparesi entro 1 anno dall'ictus dimesso al domic.	FKT fino a 4 mesi 3/7
Emiparesi oltre 1 anno dall'ictus	FKT 1 mese 2/7 prorogabile a 2 mesi solo con riduzione dell'indice Barthel sup. del 20% rispetto all'anno precedente.
SM-SLA	FKT 3 mesi e 1 di interruzione Continuativa
M.Parkinson e Parkinsonismi	FKT 1-2 mesi 3/7 fino al terzo stadio della malattia
Paralisi Cerebrale Infantile	FKT 2 mesi 3/7 e 2 mesi stop Continuativa
Distrofie Muscolari	FKT 3 mesi 3/7 con 1 mese di sospensione Continuativa
Paraplegie inveterate	FKT 1 mese 3/7 all'anno
Tetraplegie midollari traumatiche	FKT 3 mesi 3/7 con 1 mese di sospensione considerando anche indicazione specialistica.
Demenza Alzheimer	Terapia Occupazionale e Riabilitazione cognitiva non erogabile dal CAD
M. respiratorie	FKT 1 mese . 3/7 all'anno
Amputazioni	FKT 1-2 mesi nell'anno dall'intervento
Sindrome immobilizzazione	No FKT solo dopo recenti ospedalizzazioni 1 settimana 3/7

ALLEGATO 2) Debito informativo

Il sistema informativo aziendale prevede la possibilità di integrarsi con altri sistemi gestionali utilizzando due flussi dati, uno in uscita dalla ASL verso la Ditta aggiudicataria ed uno in verso opposto. I flussi sono definiti in formato xml e potranno essere utilizzati tramite web services appositamente sviluppati dall'ASL.

Oltre ai flussi già sviluppati in attuazione del precedente periodo di appalto, che saranno resi disponibili per la Ditta aggiudicataria, dovranno essere implementate i seguenti flussi di cui saranno sviluppati apposite regole di scambio:

1. Funzione giornaliera di controllo dell'allineamento dei dati tra i due sistemi (ASL e Ditta)
2. Piano settimanale o mensile delle prestazioni programmate
3. Comunicazione in tempo reale delle prestazioni realmente effettuate
4. Report mensile delle prestazioni
5. Funzioni di telemedicina, tra cui, in particolare e nell'immediato, l'attivazione della valutazione e della stadiazione delle lesioni cutanee secondo NPUAP.

ALLEGATO 3)

VAL.GRAF: specifiche

Di seguito vengono presentate le specifiche dello strumento di valutazione ValGraf, in uso presso l'ASL Latina. Lo strumento potrà essere cambiato, dietro indicazione della Regione Lazio, che potrà proporre l'adozione di uno strumento unificato per tutte le ASL laziali.

La scheda Val.Graf. (Valutazione Grafica) è uno strumento di valutazione multidimensionale longitudinale dell'anziano derivato originariamente dallo SMAF di Hébert (*Functional Autonomy Measurement System*) e arricchito con item relativi agli aspetti psicologici e sociali, a piccoli test cognitivi e a condizioni particolarmente rilevanti nell'anziano fragile (piaghe da decubito, condizioni dei piedi, stato di idratazione, dolore, uso di psicofarmaci ecc.).

La scelta della Val.Graf. risponde alla necessità di dotarsi di un *assessment* multidimensionale, definito come un processo completo e dinamico di valutazione dell'assistito (anziano) finalizzato ad esplorare con l'applicazione scientifica del metodo pluri-intra-inter-transdisciplinare i 5 campi indicati dall'O.M.S. (analisi delle capacità funzionali residue, verifica delle condizioni mentali, esame dello stato clinico, analisi della condizione sociale, analisi della condizione economica).

L'O.M.S. in un recente rapporto definisce l'*assessment* multidimensionale come approccio fondamentale e decisivo per migliorare la qualità dell'assistenza geriatrica.

L'ASL Latina ha adottato la scheda Val.Graf., avendolo riscontrato strumento capace di misurare in modo attendibile e valido gli aspetti funzionali, indicati dall'OMS.

Gli obiettivi generali attesi e consentiti dalla scheda Val.Graf. mirano a:

- definire lo stato di salute della persona nella sua complessità;
- fornire indicazioni per la costruzione di un piano assistenziale individualizzato (PAI);
- orientare la risposta infermieristica e riabilitativa verso l'appropriatezza di soddisfacimento dei bisogni specifici (profili di bisogno).

Sono state elaborate versioni della scheda Val.Graf. per la finalità residenziale (R.S.A.) e per le finalità domiciliari. In entrambi i casi, sono state elaborate una versione essenziale e una versione completa. Per i fini dell'ADI, disciplinata dal presente capitolato, sono adottate le versioni domiciliari, essenziale e completa, entrambi adattate e integrate, per rispondere al debito informativo previsto dall'ASL alla Regione Lazio e dovuto come S.I.A.D. (Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare).

Nell'ASL Latina, le due versioni sono interamente informatizzate e contengono, nello sviluppo, appositi algoritmi, all'uopo predisposti, di cui in seguito si fa cenno. La struttura della scheda è costituita: a) dalla testata, contenente, in riferimento al soggetto:

anagrafica

condizione abitativa

- rete di aiuti

- diagnosi mediche
- valu

tazione b) dal corpo

contenente:

- sezioni — aree funzionali
- sottosezioni -> funzioni o trattamenti
- items

I titoli delle sezioni esprimono le aree funzionali che si vanno ad indagare:

1. Attività quotidiane
2. Comunicazione
3. Mobilità
4. Attività strumentali
5. Aspetti cognitivi
6. Aspetti psicologici e comportamentali
7. Socievolezza, rapporti con i familiari, il personale, uscite, attività ricreative e utili
8. Problemi assistenziali, bisogno di sorveglianza
9. Sintomi/segni/stati morbosi particolari ed interventi effettuati
10. Carico assistenziale del familiare che assiste maggiormente Gli *items*

contenuti nelle sezioni e sottosezioni sono valutati mediante:

- **scale ordinali di classificazione delle risposte**
 - per ciascun item sono previsti più livelli di risposta contraddistinti ciascuno da una lettera dell'alfabeto con relativa descrizione del suo significato (dove la A rappresenta la massima autosufficienza della persona nello svolgimento dell'attività indagata, mentre le successive lettere rappresentano gradualmente il bisogno di supervisione, stimolo, aiuto fisico parziale o dipendenza totale)
- **risposte sì/no**
 - è necessario segnalare la presenza o l'assenza della condizione indagata
- **risposte circostanziate**

In particolare, le scale ordinali rilevano e classificano il bisogno secondo una scala di autonomia, dalla completa autosufficienza al totale bisogno di aiuto, nelle funzioni esaminate:

- **Autosufficienza/Autonomia:** la persona è in grado di soddisfare autonomamente il bisogno considerato con o senza ausili (ad esempio la persona con protesi dell'arto inferiore destro in grado di camminare senza problemi);
- **Bisogno di Organizzazione, Supervisione o Stimolo:** l'organizzazione prevede la preparazione di tutto il materiale o quanto necessario per soddisfare in autonomia il bisogno considerato; la supervisione prevede che l'operatore o il caregiver siano presenti attraverso un'azione di stimolo o sorveglianza, ma senza alcun aiuto di tipo fisico;

- **Bisogno di Aiuto Fisico Parziale:** l'operatore o il caregiver forniscono aiuto fisico di entità variabile;
- **Bisogno di Aiuto Fisico Totale:** l'operatore o il caregiver sostituiscono totalmente la persona valutata per il soddisfacimento del bisogno considerato.

La compilazione della scheda, anche in fasi temporalmente successive, e la sua definitiva archiviazione, di seguito al completamento di essa, esita nella produzione di **indicatori**, che compendiano la situazione della persona valutata:

- ADL (Barthel, Katz e RUG)
- IADL
- Pain Scale
- Norton
- CPS (Cognitive Performance Scale)
- DRS (Disability Rating Scale - coscienza e comunicazione)
- RUG III
- RSS (Relative's Stress Scale)

Applicando appositi algoritmi agli *items* della scheda Val.Graf., l'archiviazione della scheda calcola, in automatico il profilo di bisogno rilevato per la persona valutata, definito di bassa - media - elevata intensità assistenziale, così come esplicitato nel corpo del presente capitolato.

Trattasi di livello assistenziale "calcolato", che va sottoposto al giudizio della UVM, la quale può confermarlo modificarlo, in base agli ulteriori elementi di giudizio clinico accertati.

A tal fine, la compilazione di alcuni items, essenziali per il buon esito degli algoritmi, è considerata imprescindibile e la loro valorizzazione è obbligata, e resa tale, nel pacchetto informatico. La Val.Graf. e il relativo applicativo sviluppato dall'ASL Latina conducono alla formulazione del PAI - Piano Assistenziale Individuale, quale metodo di lavoro specifico finalizzato al ripristino e/o al mantenimento dell'autosufficienza dell'assistito, secondo una logica transdisciplinare dove il lavoro è esercitato da molti ma viene eseguito come se fosse una sola persona ad agire.

Il PAI è articolato usufruendo dell'output del sistema Val.Graf., denominato "modulo di supporto alla pianificazione assistenziale", che consente di ottenere in automatico:

- l'elenco di problemi - con particolare riferimento a quelli che costituiscono fattori di rischio, sistematizzati per aree problematiche (10 modelli funzionali: respirazione/circolazione, nutrizione/idratazione, ecc.) - che a discrezione dell'operatore possono essere selezionati o deselezionati;
- la proposta di obiettivi/risultati e di interventi (relativi a ciascun problema identificato e selezionato) tra i quali l'operatore può effettuare la scelta più coerente.

problemi sono individuabili come:

1. problemi generati dal sistema a partire dalla VMD Val.Graf. cioè problemi già selezionati in automatico attraverso un algoritmo sulla base delle informazioni inserite nella valutazione Val.Graf.;

2. problemi potenziali (fattori di rischio) cioè problemi non selezionati in automatico (l'operatore deve selezionare il problema se presente).

Gli obiettivi sono componibili secondo 3 tipologie di lavoro:

1. item
2. indicatore (CPS, DRS, scala dolore)
3. testo (con o senza valori inseribili

dall'operatore) A titolo esemplificativo, sono

espresse le tipologie: **"item"**

Problema: Incontinenza fecale - Obiettivo: Item 1.5.1

Nessun problema

Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità alvo

Incontinenza occasionale e non sa pulirsi da solo

Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stomia

Incontinenza abituale

La situazione rilevata si colloca nella lettera d), l'obiettivo proposto intende portare la persona al livello collocato nella lettera b). **"indicatore"** Problema: Dolore

Obiettivo: Punteggio Pain Scale

= Dolore Assente

= Dolore Lieve

= Dolore Moderato

= Dolore Severo

Il risultato perseguibile è mantenere il livello di percezione della persona al grado "lieve", in cui è stato rilevato.

"testo"

Problema: Nutrizione inferiore al fabbisogno Obiettivo:

la persona aumenterà il peso corporeo (da kg. ... a kg) la persona manterrà il peso corporeo attuale

ALLEGATO 4)

Ambulatorio di Comunità

Ogni Ambulatorio di Comunità dovrà avere le seguenti caratteristiche e dotazioni di base (a carico della Ditta

aggiudicataria se non già concretamente disponibili nella sede):

- location in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica, tale da favorire un agevole afflusso di pazienti;
- locale adibito ad ambulatorio e locali accessori (sala di attesa e bagno) accessibili e fruibili dai disabili;
- locale adibito ad ambulatorio con superficie non inferiore a 12 mq;

- sala per l'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente e in particolare con spazio per gli interventi professionali separato dall'area adibita a spogliatoio paziente (o area schermata da paravento); l'area separata per spogliatoio paziente può essere ricompresa nella superficie prevista per l'ambulatorio (12 mq);
- lavabo dell'ambulatorio in acciaio o ceramica, attrezzato con: rubinetto attivato a pedale, fotocellula o leva; dispensatore di sapone liquido e/o detergente antisettico; salviette monouso;
- spazio (o locale) per deposito materiale pulito (se la quantità è minima può essere stoccato in armadio chiuso); se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria o socio-sanitaria (per es. Distretto, sede di UCP, residenza per anziani, spazi del Comune ecc.) questa funzione può essere condivisa con altri servizi e quindi ricompresa tra quelle analoghe complessivamente presenti nella struttura, purché sia garantita agevole fruibilità al personale dell'ambulatorio;
- locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia; se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria o socio-sanitaria (per es. Distretto, sede di UCP, residenza per anziani, spazi del Comune ecc.) questa funzione può essere condivisa con altri servizi e quindi ricompresa tra quelle analoghe complessivamente presenti nella struttura, purché sia garantita contiguità all'ambulatorio;
- spazio (o locale) oppure armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità; se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria o socio-sanitaria (per es. Distretto, sede di UCP, residenza per anziani, spazi del Comune ecc.) questa funzione può essere condivisa con altri servizi e quindi ricompresa tra quelle analoghe complessivamente presenti nella struttura, purché sia garantita agevole fruibilità al personale dell'ambulatorio;
- bagno accessibile e fruibile dai disabili (dotato di antibagno se in comunicazione diretta con il locale adibito ad ambulatorio; l'antibagno non è obbligatorio qualora il bagno sia dotato di idoneo dispositivo di estrazione d'aria), dotato almeno di: WC corredato di doccino; portarotolo con carta igienica; lavabo con rubinetto attivato a pedale, fotocellula o leva; dispensatore di sapone liquido e portarotolo con carta per asciugare le mani; se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria, socio-sanitaria o sociale (per es. Distretto, sede di UCP residenza per anziani, spazi del Comune ecc.) le relative funzioni possono essere ricomprese tra quelle complessivamente presenti nella struttura, purché siano garantite contiguità, accessibilità e fruibilità;
- sala/locale di attesa o spazio di attesa (corridoio/atrio/andito adattati) adeguatamente arredato e con numero di posti a sedere rapportato ai volumi di attività; se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria, socio-sanitaria o sociale (per es. Distretto, sede di UCP, residenza per anziani, spazi del Comune ecc.) questa funzione può essere condivisa con altri servizi e quindi ricompresa tra quelle analoghe complessivamente presenti nella struttura, purché sia garantita contiguità all'ambulatorio;
- spazio archivio e per attività burocratico-amministrative; se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria, socio-sanitaria o sociale (per es. Distretto, sede di UCP, residenza per

anziani, spazi del Comune ecc.) le attività elencate possono essere collocate in aree comuni di servizi trasversali;

- pavimenti ben connessi, lavabili e disinfettabili, nonché porte lavabili e disinfettabili in tutti gli ambienti;
- pareti lavabili e disinfettabili per un'altezza non inferiore a 2 mt almeno nel locale adibito ad ambulatorio;
- illuminazione e aerazione del locale di lavoro e della sala di attesa direttamente dall'esterno;
- sistema di riscaldamento/condizionamento ambientale che garantisca condizioni termoigrometriche accettabili (non meno di 20°C per l'inverno e non più di 27°C d'estate);
- sistema per il riscaldamento dell'acqua;
- impianto elettrico adeguato all'uso delle attrezzature elettriche in dotazione;
- nel caso di sterilizzazione non esternalizzata: spazio (o locale) dedicato ai processi di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi riutilizzabili; se l'ambulatorio è collocato nell'ambito di una più ampia struttura sanitaria o socio-sanitaria (per es. Distretto, sede o residenza per anziani) le relative funzioni possono essere ricomprese tra quelle complessivamente presenti nella struttura.
- arredi ambulatorio, lavabili (tutti) e disinfettabili (tutti, eccetto quelli utilizzati per attività burocratico-amministrative), tali da permettere l'esecuzione delle attività infermieristiche in condizioni di sicurezza sia per i pazienti che per i professionisti: lettino almeno con uno snodo, regolabile in altezza (o scaletta), con portarotolo per carta monouso (in alternativa biancheria per lettino); armadietto/vetrina con chiusura a chiave; scrivania con cassetti e sedie; carrello o piano di appoggio (tavolino/mensola); sgabello (opzionale); asta di sostegno per fleboclisi trasportabile e per sostenere cestelli porta flaconi per irrigazioni (obbligatoria in relazione alla tipologia di prestazioni erogate; raccomandata negli altri casi); appendiabiti; paravento; portarifiuti per la raccolta differenziata; telefono; fax; personal computer, notebook o palmare con accesso Internet; orologio.

L'ambulatorio dovrà inoltre avere una dotazione minima strumentale e di materiale di consumo (a carico della Ditta aggiudicataria se non già concretamente disponibili nella sede):

strumenti: termometro; sfigmomanometro; fonendoscopio; lampadina; forbici sterili e non; pinze anatomiche e chirurgiche, Klemmer, Kocher (sterili); laccio emostatico; limetta aprifiale; pallone Ambu - cannula oro-faringea di Guedel o di Mayo - aspiratore a bassa pressione o pressione regolabile trasportabile (raccomandato, ma non obbligatorio); attrezzatura per lavande vaginali (raccomandata, ma non obbligatoria); attrezzatura per enteroclisma (raccomandata, ma non obbligatoria); sterilizzatrice possibilmente a vapore sotto pressione (nel caso di sterilizzazione non esternalizzata), spirometro ed elettrocardiografo a tre canali collegabili a personal computer; postazione di lavoro informatizzata collegata ad internet

materiale di consumo sanitario: siringhe monouso di vari tipi e diversa capacità; aghi, agocannule e butterfly di diverso tipo e misura; cotone idrofilo; disinfettanti di diverso tipo; garze sterili e non di varia misura; garze con bordo adesivo; cerotti adesivi di vario tipo; bende e retine; flaconi e fiale di soluzione fisiologica; materiale per medicazioni; guanti monouso, sterili e non di vario tipo; deflussori per fleboclisi; sonde rettali; cateteri vescicali di diversi tipi (è importante il Nelaton per il cateterismo

estemporaneo) e misure; materiale per la gestione della incontinenza urinaria (opzionale); strisce per la determinazione della glicemia ematica e lancette; strisce a lettura visiva per l'analisi dell'urina (opzionali); - materiale di consumo igienico e amministrativo: cancelleria; tutto il materiale indicato negli alinea precedenti.

L'ASL, in relazione a condizioni logistiche peculiari e nelle more del reperimento di strutture adeguate, ovvero all'attività concretamente da svolgere si riserva di derogare transitoriamente ad alcuni requisiti strutturali e strumentali al fine di garantire comunque un servizio alla popolazione di ambiti territoriali svantaggiati.

ALLEGATO 5)

Dotazione di base dell'infermiere

- borsa portastrumenti
- cestello per il materiale sterile (comprensivo di forbici, pinze anatomiche, chirurgiche, ecc.)
- borsa o cestello porta provette
- fonendoscopio
- sfigmomanometro
- lampadina
- termometro
- forbici non sterili
- laccio emostatico
- limetta aprifiale
- cannule oro-faringee tipo Guedel o Mayo (alcune misure)
- glucometro
- agenda, rubrica, penna, matita e gomma
- personal computer o cellulare o tablet ecc. collegabile ad internet ed in grado di operare sul

piattaforme cloud

ALLEGATO 6) "Lesione guaribile"

Lesione guaribile	Individuo	Indice Braden	Obiettivo	Tempi e pianificazione degli accessi negli stadi secondo N.P.U.A.P.*	
Entro l'aspettativa di vita dell'individuo	Il cui organismo è in grado promuovere e di supportare le fasi del processo di riparazione entro il lasso di vita dell'individuo	20 - 15	Guarigione	Lesione da pressione al I stadio	3 accessi in una settimana per educazione al caregiver
				Lesione da pressione al II stadio 4 settimane	Livello B1
				Lesione da pressione al III stadio 8 settimane	Livello B1 con medicazione avanzata

	(assenza di condizioni morbose che incidono sull'integrità cutanea)			Lesione da pressione al IV stadio 6 mesi	Livello B2
--	---	--	--	---	-------------------

* interruzione della pagamento al giorno di eventuale interruzione del servizio (trasferimento fuori asl, del decesso ecc.)