



Agenzia Regionale di Informatica e Committenza

SOGGETTO AGGREGATORE DELLA REGIONE ABRUZZO

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI ACCORDI QUADRO CON PIÙ OPERATORI ECONOMICI, AI SENSI DELL'ART. 54, COMMA 4, LETT. A), DEL D.LGS. 50/2016 E SS. MM. II. PER L'AFFIDAMENTO DEL "SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI" PER I PAZIENTI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLA REGIONE ABRUZZO.

CAPITOLATO TECNICO

ART. 1 - PREMESSA

Il presente Capitolato d'appalto (denominato in seguito, per brevità, "Capitolato") ha per oggetto l'affidamento di prestazioni – domiciliari - di assistenza infermieristica, riabilitativa, sociosanitaria, psicologica, medico-specialistica, di attività di supporto al servizio, sia gestionale che organizzativo, a beneficio di cittadini residenti o con domicilio nel territorio della Regione Abruzzo composta dalle seguenti Aziende Sanitarie Locali (ASL):

1. ASL 1 (Avezzano, Sulmona, L'Aquila): 3 Distretti sanitari;
2. ASL 2 (Lanciano, Vasto, Chieti): 8 Distretti Sanitari raggruppati nell'ultimo atto aziendale in tre are distrettuali.
3. ASL Pescara;
4. ASL Teramo: 5 Distretti sanitari (Teramo, Roseto, Nereto, Montoro, Atri).

La Regione Abruzzo, attraverso il Servizio Cure Domiciliari intende garantire alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Tali percorsi prevedono il coinvolgimento integrato di più professionisti sanitari (MMG, PLS, Specialisti; Dirigenti Medici e Professionisti, Infermieri di Distretto, Assistenti Sociali, ecc) e, laddove necessario, l'integrazione è operata con gli operatori dei servizi sociali e con la famiglia. La presa in carico dell'assistito viene garantita dal Distretto Sanitario che, attraverso il Punto Unico di Accesso, l'Unità di Valutazione Multidimensionale ed il Servizio Cure Domiciliari Distrettuale, analizza il fabbisogno assistenziale e sociale, elabora i Piani di Assistenza Individualizzata, commissiona e rendiconta le prestazioni appaltate.

Le cure domiciliari, in quanto Livello Essenziale di Assistenza, rispondono ai principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale come definiti dall'articolo 1, commi 1 e 2, del D. Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. relativi

alla dignità della persona umana, al bisogno di salute, all'equità di accesso all'assistenza, alla qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse. 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 principalmente 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 e "digitali" 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 riorientare il sistema di offerta 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 amplifichi l'offerta.

ART. 2 - ASPETTI SOCIO DEMOGRAFICI DELLE FASCE DI POPOLAZIONE INTERESSATE

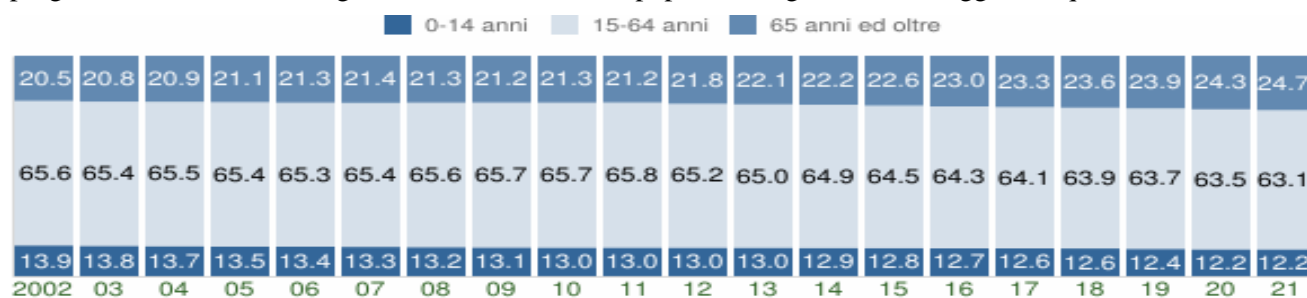
La conoscenza del territorio e della popolazione da assistere costituiscono presupposti necessari per l'organizzazione del servizio di Cure Domiciliari.

Al 1 gennaio 2021, in base ai dati ISTAT, la Regione Abruzzo, composta da 305 comuni, conta 1.281.012 abitanti su un'area di 10.831,50 km², con una densità demografica di 118,27 ab./km²; il comune di Pescara si colloca al primo posto con 118.776 abitanti e una densità abitativa di 3459 ab./km² mentre Montebello sul Sangro si colloca all'ultimo posto con soli 75 abitanti. Nella tabella seguente la popolazione e il numero di comuni suddiviso per province.

PROVINCIA	POPOLAZIONE	NUMERO DI COMUNI
<i>Provincia di Chieti</i>	375.215	104
<i>Provincia dell'Aquila</i>	290.811	108
<i>Provincia di Pescara</i>	313.882	46
<i>Provincia di Teramo</i>	301.104	47
Totale	1.281.012	305

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre.

In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore



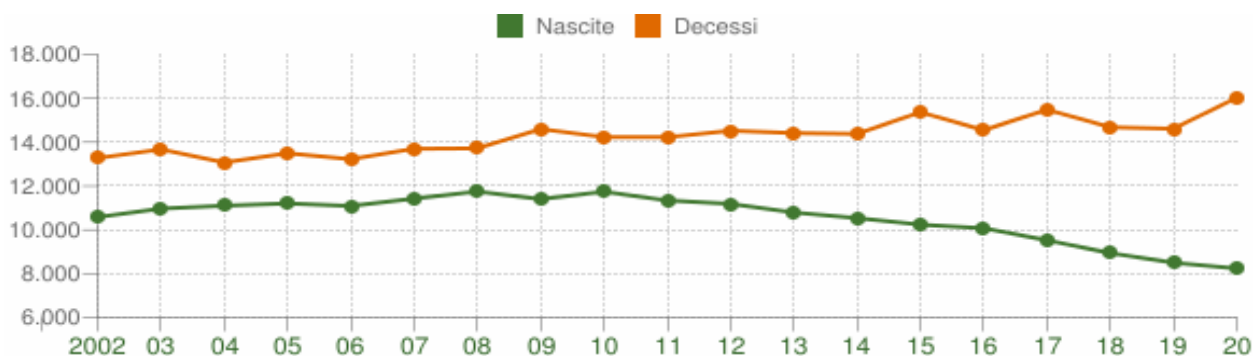
Struttura per età della popolazione (valori %)

ABRUZZO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

di quella anziana. Nella Regione Abruzzo la struttura della popolazione è **chiaramente regressiva** essendo la popolazione giovane del 12,2% a fronte di una popolazione anziana di circa il doppio (24,7%) determinando quindi un notevole carico sul sistema sociale, lavorativo e sanitario.

Di seguito le variazioni annuali della popolazione della regione Abruzzo espresse in percentuale a confronto con le variazioni dell'intera popolazione italiana.

Il movimento naturale della popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche **saldo naturale**. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.



Movimento naturale della popolazione

ABRUZZO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Nel territorio considerato, l'**età media** è pari a 46,8 anni; l'**indice di vecchiaia**, che stima il grado di invecchiamento della popolazione rapportando la popolazione anziana (over 65) a quella giovane (0-14 anni) è **pari a 202,5**. Ciò significa che per ogni 100 giovani di età compresa tra 0 e 14 anni si rileva una presenza in vita di 202 anziani (in confronto alla media nazionale che rileva un indice di vecchiaia pari a 182,6)

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in Abruzzo.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2017	183,9	56,1	140,7	134,2	18,6	7,2	11,7
2018	187,6	56,5	144,3	137,0	18,4	6,8	11,2
2019	192,5	56,9	148,0	139,6	18,2	6,6	11,3
2020	198,5	57,5	150,8	142,2	17,9	6,4	12,4
2021	202,5	58,6	152,4	144,4	18,0	-	-

Da un elevato indice di vecchiaia discende un elevato valore anche del correlato indice di **dipendenza strutturale** con 58,6 persone inattive ogni 100 lavoratori (si consideri che 50 rappresenta la soglia limite di un chiaro squilibrio generazionale): ci sono, quindi, implicazioni significative per il carico assistenziale sociale, complicate anche dal costante aumento, nel territorio di riferimento di soggetti diversamente abili nella popolazione sia anziana che giovane.

ART.3 – ACCORDO QUADRO - DURATA E IMPORTO DELLA GARA

Per "accordo quadro" si intende "un accordo tra una Stazione Appaltante e uno o più operatori economici" individuati con procedura di gara in cui si definiscono le condizioni della fornitura (es. prezzi, qualità), rimandando a successivi "appalti specifici" o "contratti attuativi" l'approvvigionamento effettivo delle prestazioni ivi previste.

La conclusione di un accordo quadro offre i seguenti vantaggi:

- La **possibilità di avere diversi fornitori qualificati**: questa soluzione di accreditamento, permette di avere più fornitori qualificati, così da garantire una maggiore qualità del servizio richiesto dall'Ente erogato al paziente al proprio domicilio. Il dialogo competitivo e l'esigenza di governare la competizione qualitativa degli accreditati incentiva un necessario e continuo "Empowerment".
- Il Paziente ha la **possibilità di richiedere il cambio del fornitore** del servizio a domicilio qualora venga meno la qualità del servizio erogato. Tutto questo perché la competizione alla quale il modello obbliga garantisce al paziente il diritto alla migliore offerta dai diversi provider in competizione tra loro.
- **Contratto aperto per periodo di gara**. Con l'accordo quadro sono possibili gli upgrade di protocollo, di tecnologia e di servizio che il mercato riesce ad offrire e l'opportunità continua di adeguare l'evoluzione clinica/terapeutica dei protocolli. Tale possibilità garantisce il miglioramento della qualità di vita, la riduzione dei costi e la possibilità del sistema di adeguare, in corso d'opera, l'organizzazione del servizio pubblico cogliendo anche le possibilità di efficientamento del servizio recependo l'innovazione di protocolli, processi e tecnologia. Nel tempo, inoltre, al fine di perseguire l'arruolamento totale del paziente, la procedura potrà allargarsi agli altri ambiti di assistenza che completano i compenti del protocollo più appropriato di cura. Ad ogni rinnovo periodico dell'accordo sarà possibile aggiungere la gestione di un ambito di cura, chiaramente aprendo la possibilità di nuovi accreditamenti per l'aumento dell'offerta.
- **Modello inclusivo**: con l'accordo quadro possono partecipare/offrire tutti gli operatori qualificati del territorio (anche attraverso aggregazioni) con ricadute sociali/occupazionali, e di mantenimento/potenziamento anche delle eccellenze locali.

Sulla scorta di quanto sopraesposto, lo strumento legislativo dell'accordo quadro appare il mezzo più idoneo per raggiungere i più alti standard qualitativi di assistenza domiciliare.

VANTAGGI PER GLI UTENTI	VANTAGGI PER LE AMMINISTRAZIONI	VANTAGGI PER I FORNITORI
Possibilità di richiedere il cambio del fornitore del servizio a domicilio qualora venga meno per l'utente la qualità del servizio erogato	Semplificazione procedure e contenimento costi (acquisti ripetuti con stesso schema)	Semplificazione e trasparenza per standardizzazione delle procedure
Upgrade di protocollo, di tecnologia e di servizio che il mercato riesce ad offrire e l'opportunità continua di adeguare l'evoluzione clinica/terapeutica dei protocolli.	"Personalizzazione" degli acquisti, pur mantenendo i benefici delle economie di scala per aggregazione della domanda	Tempistica ridotta per l'esito finale della procedura di gara
Maggiore partecipazione attiva ai processi assistenziali (Empowerment)	Competizione dei fornitori su aspetti economici e tecnici, anche in fase di appalto specifico	Possibilità di operare all'interno di un mercato pre-selezionato

Per durata dell'Accordo Quadro si intende il periodo entro il quale le Amministrazioni di cui sopra potranno affidare Appalti Specifici agli operatori economici parti dell'Accordo Quadro per l'approvvigionamento dei beni/servizi oggetto dell'Accordo Quadro.

La durata dei contratti che derivano dagli Appalti Specifici è **di 48 mesi dalla stipula del contratto specifico**.

L'importo complessivo della presente procedura ammonta ad € **109.650.815,16** oltre IVA.

ART.4 - DESTINATARI DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

I destinatari del servizio Cure Domiciliari sono tutti i cittadini, residenti o domiciliati nel territorio della Regione Abruzzo, di tutte le età, stabilmente o temporaneamente non autosufficienti, affetti da patologie croniche invalidanti che presentano una condizione di fragilità e di dipendenza sanitaria o socio-sanitaria, per i quali è richiesto uno o più interventi di cura presso l'abituale domicilio, o che si trovino in condizioni abitative tali da rendere impossibile lo spostamento o il trasporto dal proprio domicilio.

Sono altresì destinatari del servizio i cittadini residenti nel territorio della Regione Abruzzo che provengono da reparti ospedalieri (dimissione protetta in Cure Domiciliari) oppure dall'OBI (Osservazione Breve Intensiva) di un Pronto Soccorso delle ASL e che necessitano di una continuità delle Cure a domicilio.

Infine, per i pazienti in carico al servizio cure domiciliari, ed in ipotesi eccezionali, il servizio può essere erogato anche al di fuori del domicilio.

ART. 5 - FINALITÀ DEL SERVIZIO

La Regione Abruzzo, in osservanza delle disposizioni contenute nel DPCM del 12 Gennaio 2017, recepite dalla Regione Abruzzo con DGR 693 del 18 Settembre 2018, nonché del D.L. n. 34 del 19/05/2020 e della Legge n. 77 del 17/07/2020, anch'essa recepita dalla Regione Abruzzo con DGR 598/2020, "**Piano di potenziamento e riorganizzazione assistenza territoriale Regione Abruzzo**", intende proseguire, migliorare e potenziare il servizio Cure Domiciliari.

A tal fine la Regione intende mettere in campo misure che garantiscono ai cittadini la continuità dell'assistenza domiciliare ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali con il risultato di:

- **Migliorare** la qualità di vita dell'assistito e del nucleo familiare, favorendo il pieno coinvolgimento del Caregiver con il team di cura;
- **Favorire**, per quanto possibile, la permanenza al proprio domicilio dell'assistito, in quanto luogo privilegiato di Cura dei pazienti affetti da patologie croniche-invalidanti, pazienti fragili e terminali;
- **Evitare** il più possibile il ricovero ospedaliero e gli accessi impropri al pronto Soccorso;
- **Perseguire**, prioritariamente, l'obiettivo del rientro al proprio domicilio dell'assistito dopo un ricovero ospedaliero (dimissione protetta) o dopo un periodo di trattamento presso una struttura residenziale territoriale;
- **Promuovere azioni atte ad ottimizzare le risorse territoriali;**
- **Attuare un intervento socio-sanitario multiprofessionale e multidisciplinare** a domicilio e garantire il collegamento con strutture residenziali sanitarie e socioassistenziali;
- **Fornire un supporto professionale e pratico alle necessità socio-sanitarie del paziente e della sua famiglia;**
- **Promuovere costantemente una assistenza domiciliare effettivamente "integrata"** dove le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede pertanto la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie,
- **Promuovere l'empowerment del paziente**, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppare tutte le abilità di auto-cura;

- **Mettere in campo azioni per migliorare la rete dei servizi territoriali, la continuità assistenziale ospedale - territorio, la globalità dell'intervento;**
- **Migliorare gli aspetti organizzativi attraverso una più snella gestione delle risorse professionali a disposizione e della loro integrazione, anche "digitale";**
- **Promuovere una organizzazione** dell'assistenza domiciliare (che sappia adattarsi ai luoghi, ai tempi, agli oggetti e alle abitudini della persona) contribuendo fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure;
- **Attuare protocolli operativi condivisi** per alcune delle tipologie di intervento più frequenti;
- **Mantenere la capacità di risposta** adeguata all'aumento della domanda con una risposta sempre più **equa e uniforme** su tutto il territorio regionale;
- **Garantire l'appropriatezza del processo clinico assistenziale a favore del paziente attraverso un rigoroso sistema (anche informatizzato)** di controllo della gestione della qualità degli interventi e del contenimento della spesa sanitaria.

ART. 6 – OBIETTIVI DELL'ACCORDO QUADRO

Il Servizio da sviluppare prevede:

- 1) La realizzazione di un servizio di Cure Domiciliari attraverso una modalità organizzativa ed operativa che sia attuata in riferimento agli indirizzi Ministeriali e Regionali, con l'individuazione di Livelli e Profili di Cure domiciliari, ma anche in linea con i nuovi indirizzi del Ministero della Salute relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
- 2) La definizione di standard e procedure di servizio uniformi su tutto il territorio della Regione Abruzzo;
- 3) L'utilizzo, ed il potenziamento, di un sistema informativo in uso presso le ASL della Regione Abruzzo, interoperabile con quello che dovranno fornire le Ditte appaltatrici, onde poter monitorare tutti gli aspetti relativi alla presa in carico ed alla governance efficace del sistema Cure Domiciliari, anche attraverso lo sviluppo di funzionalità innovative volte ad implementare attività finalizzate alla telemedicina;
- 4) La presa in carico globale dell'assistito, nell'ottica di un arruolamento in Cure Domiciliari "non frammentato" con la partecipazione anche del soggetto erogatore alla definizione del percorso assistenziale del paziente e alla appropriatezza degli interventi;
- 5) Il domicilio come principale luogo di cura in quanto:
 - Il comfort del luogo abitativo e degli affetti familiari garantiscono la possibilità di ottenere la massima appropriatezza di cure per il paziente, consente la partecipazione attiva del paziente al percorso di cura (patient empowerment), permette agli altri componenti del nucleo familiare di contribuire alla compliance del processo di assistenza per l'ottenimento del massimo risultato;
 - Il percorso evolutivo della tecnologia (organizzativa, sanitaria, medical devices, etc) contribuirà sempre di più alla domiciliarità delle cure a casa con enormi risparmi per la PA
 - l'intero sistema di assistenza tende a 'trasferire' l'assistenza primaria a domicilio (con il supporto prioritario delle case e degli ospedali di comunità per esigenze più specifiche lasciando l'ospedale come ultima opzione) realizzando il più importante ridimensionamento dei costi delle strutture ospedaliere.

Al fine di permettere quanto sopra descritto è necessario se non indispensabile che tutti gli attori coinvolti siano costantemente collegati da un punto di vista informatico con sistemi interoperabili che permettano di seguire il paziente continuamente nel suo percorso di cura e di vita; di rilevare in tempo reale e/o preventivamente le sue condizioni; di agire e permettere di agire nel miglioramento del suo piano assistenziale

e nella misura continua dei suoi effetti, passando così da un approccio passivo (che colpevolmente attende e gestisce i costosissimi effetti della passività stessa sia in termini economici che sociali) ad un approccio attivo in un'ottica di medicina di iniziativa e di precisione.

ART. 7 - ASPETTI GENERALI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

L'organizzazione delle Cure Domiciliari costituisce un processo fortemente complesso ed articolato in quanto estremamente diffusa territorialmente.

Per poter assistere il paziente a domicilio è necessario un back office molto articolato e funzionante, che, anche se non in modo esaustivo, comprende:

- 1) Funzione Centrale di coordinamento e controllo.
- 2) Area distrettuale della Committenza.
- 3) Centrale operativa dei provider eroganti le prestazioni.
- 4) Sistema informatico gestionale.
- 5) Selezione degli operatori qualificati.
- 6) Modalità di organizzazione della logistica: movimentazione personale, ausili, farmaci, tecnologie, etc., acquisti di beni sanitari.
- 7) Organizzazione di una interfaccia utente operante H24.

Fondamentale sono poi le correlazioni funzionali ed informative con altri servizi a livello regionale, quali la farmaceutica, la riabilitazione, la psichiatria, la neuropsichiatria infantile, il sistema informatico utilizzato, l'area delle cure primarie, in primo luogo con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, l'area ospedaliera per il percorso delle dimissioni protette o/e precoci, la nutrizione artificiale, la rete dell'emergenza territoriale, della terapia del dolore e delle cure palliative.

Indispensabili sono le correlazioni esterne di natura sociale per i rapporti con l'ambiente familiare, il caregiver e istituzionalmente con i Comuni e gli Ambiti Sociali.

Inoltre, le figure professionali che erogano le prestazioni a domicilio non sono quasi mai contemporaneamente presenti al domicilio del paziente, con difficoltà conseguenziali ad avere gli scambi professionali necessari per assistere pazienti spesso complessi. Ecco perché risulta indispensabile possedere un buon sistema informatico gestionale che metta in rete i diversi attori di tale livello assistenziale (paziente, caregiver, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ambito sociale, specialista del caso, medico distrettuale delle cure domiciliari, psicologo, infermiere, fisioterapista, OSS), permettendo loro di comunicare dati ed informazioni del paziente, pur essendo distanti fra loro.

Il provider delle prestazioni delle Cure Domiciliari deve necessariamente essere consapevole della complessità del Servizio, per cui è doveroso che conosca le norme e le consideri come riferimento primario nell'organizzazione delle attività, norme che negli anni hanno fissato i vari aspetti organizzativi e funzioni dell'articolato e complesso sistema di Cure domiciliari integrate, nonché le innovazioni relative alla telemedicina.

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. In particolare, nelle nuove forme d'aggregazione dei medici di medicina generale, la Telemedicina

e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività di tali forme organizzative, anche ai fini della gestione della cronicità.

La valorizzazione della telemedicina trova fondamento anche dal Ministero della Salute che sta lavorando alle nuove Linee guida per l'implementazione della telemedicina contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)". In particolare, l'atto è attuativo di una delle milestones del PNRR riferite all'investimento 1.2 della Missione Salute (Casa come primo luogo di cura e telemedicina), che prevede che entro giugno 2022 siano approvate le linee guida contenenti un modello organizzativo da realizzarsi tramite la razionalizzazione dei modelli di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo al tempo stesso l'erogazione dei servizi attraverso team multiprofessionali anche a distanza

In tale prospettiva, le piattaforme informatiche dei provider dovranno essere interfacciabili con il software in uso della Committenza, al fine di avere il controllo della spesa, e rilevare i dati in riferimento alla attuazione dei LEA per la corretta compilazione dei dati NSIS.

a) Il Punto Unico di Accesso

La richiesta di accesso alla rete integrata dei servizi, ovvero la segnalazione del bisogno, è formulata al Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto Sanitario territorialmente competente dal diretto interessato, oppure dai familiari o supporti informali, oppure dal MMG/PLS, dal medico ospedaliero o medico specialista territoriale, dai Servizi Sociali dei comuni, dalle associazioni di volontariato, ecc. A seguito di tali richieste potranno essere individuati, da parte del PUA, bisogni cosiddetti semplici o bisogni complessi. In caso di bisogno semplice il PUA fornisce risposte immediate anche tramite il Servizio Cure Domiciliari per la committenza delle prestazioni sanitarie domiciliari definite anche occasionali o a ciclo programmato. In caso di bisogni cosiddetti complessi, il PUA, segnala il caso alla Unità di Valutazione Multidimensionale per una valutazione più approfondita (multidimensionale, multidisciplinare ed integrata con eventuali bisogni di tipo sociale) e per le conseguenti determinazioni.

b) L'Unità di Valutazione Multidimensionale

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto territorialmente competente rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare, attraverso le competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno del singolo paziente, individuando le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi e consentendo la presa in carico e la valutazione degli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza. La Valutazione Multidimensionale del bisogno rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto personalizzato (PAI, Piano Assistenziale Individualizzato) e della presa in carico assistenziale di tipo complessivo.

Il PAI è lo strumento operativo con cui l'UVM individua, per ciascun assistito, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi in relazione ai bisogni di salute. Per ogni assistito il PAI deve prevedere la valutazione dei bisogni sanitari e degli interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti, nonché la valutazione dei bisogni sociali e delle azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari. La Valutazione Multidimensionale viene effettuata con l'ausilio di schede, scale e sistemi di classificazione:

- Area anziani e demenze: SVAMA, integrate dalle scale ADL, IADL, DMI necessarie per la attuale classificazione delle fasce di non autosufficienza;
- Specificatamente per le demenze, si raccomanda l'uso della CDR (Clinical Dementia Rating Scale estesa);
- Area disabili: SVaMDI;
- Per la definizione del percorso riabilitativo delle persone con sclerosi multipla la regione raccomanda l'utilizzo della scala EDSS (Expanded Disability Status Scale);

- Area salute mentale; Ho-NOS/VADO, BPRS.

Relativamente alle procedure per l'attivazione delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) si fa riferimento alle disposizioni di cui **alla DGR n.224/2007, recepita nel PSR 2008-2010, alla DCA n. 107/2013 ed all'art. 21 comma 3 del DPCM LEA 2017.**

Il coordinamento dell'attività clinica domiciliare rientra tra i compiti del MMG/PLS, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (*case manager*). Nel PAI saranno altresì indicati il caregiver, gli obiettivi e la durata del trattamento, la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del PAI stesso, con l'individuazione degli indicatori specifici e le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

All'interno dell'UVM può essere richiesta la partecipazione di un operatore della Ditta, sia ai fini della facilitazione della presa in carico e della continuità assistenziale, che ai fini della valutazione intermedia e finale della presa in carico, in relazione agli obiettivi del piano di cura.

Per facilitare la relazione tra i vari attori partecipanti all'UVM la Ditta appaltatrice mette a disposizione il proprio sistema informativo interfacciabile con il software di gestione delle cure domiciliari della Regione Abruzzo.

In tale prospettiva, tutti i professionisti, attivati tramite la committenza della Regione Abruzzo, entreranno a far parte di un team, unico per ogni assistito, e sono coinvolti e corresponsabilizzati, con il case manager, nel percorso di cura fino al raggiungimento degli obiettivi fissati nel PAI. Il sistema informativo sarà lo strumento per facilitare la comunicazione tempestiva, ed efficace, fra tutti i professionisti sanitari e tra questi e il contesto familiare e sociale.

c) L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.)

L'accesso ai servizi e alle prestazioni sociosanitarie, di qui in avanti denominato "accesso", si realizza attraverso un sistema unitario e condiviso d'accesso, denominato Punto Unico di Accesso (P.U.A.). Il P.U.A. è inteso come funzione esercitata sia dai Comuni, sia dai Distretti Sanitari dell'A.S.L., con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti.

Gli attori del P.U.A. dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino/utente (valutazione di 1° livello) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata. Ad un bisogno semplice corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un bisogno complesso, invece, l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per le quali è necessaria la definizione di un Progetto Personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità.

La richiesta di accesso ai servizi può essere presentata indifferentemente o al Distretto Sanitario o presso il proprio Comune di residenza, che provvedono all'istruttoria del caso ed alla convocazione dell'U.V.I.

L'A.S.L. e l'Ambito Territoriale elaborano eventuali protocolli operativi finalizzati alla più efficiente ed efficace realizzazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociosanitari.

Sono Componenti dell'U.V.I.:

- A.S.L.: componenti definiti secondo l'organizzazione aziendale;
- Ambito Territoriale (Comuni Associati) associato al Distretto dell'assistito: il Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona U.P.), il Responsabile dell'Area "Integrazione Sociosanitaria" dell'U.P., il quale rappresenta, senza ulteriori formalità il Coordinatore dell'U.P. in sua assenza, i Responsabili delle aree di intervento dell'U.P. coinvolte a seconda del bisogno rilevato. Soltanto nel caso in cui sia necessario, l'U.V.I. può essere integrata con il Responsabile del procedimento (relativamente alla mera assunzione dell'onere di spesa) dell'Ente Locale competente per residenza del cittadino/utente;

- Cittadino/utente (o suo rappresentante), relativamente alle fasi di formalizzazione e sottoscrizione, per accettazione, del Progetto Personalizzato. Gli operatori coinvolti nell'U.V.I. sono investiti da potere decisionale,

I componenti dell'U.V.I., come sopra definiti, possono concordare di invitare, alle riunioni della stessa, gli operatori delle ditte accreditate e/o altri portatori d'interesse legittimati. All'U.V.I., in ogni caso, sono sempre invitati a partecipare i Referenti, legittimati, per le Politiche Sociali dell'Ente Locale competente per residenza del cittadino/utente.

La piattaforma informatica delle ditte aggiudicatrici deve consentire l'interoperabilità con i software di gestione in uso presso gli Ambiti Sociali o consentire agli stessi ruoli e permessi ai responsabili dell'Integrazione Socio-Sanitaria relativamente alle prestazioni socio-sanitarie ratificate in U.V.I. e alla loro rendicontazione. Alla piattaforma devono poter aver accesso anche gli operatori di ditte accreditate esclusivamente presso gli Ambiti Sociali per le prestazioni socio-sanitarie.

d) Il Servizio Cure Domiciliari – Il Piano Operativo

Il Servizio Cure Domiciliari Distrettuale recepisce direttamente dal PUA le richieste di prestazioni domiciliari occasionali o a ciclo programmato, in caso di bisogno semplice, mentre recepisce dall'UVM il Piano di Assistenza Individuale, in caso di bisogno complesso. Successivamente, decodifica il PAI pianificando gli accessi di tutti i professionisti coinvolti sia interni all'Azienda che degli accessi affidati in outsourcing.

Il servizio Cure Domiciliari distrettuale, relativamente alle prestazioni appaltate, pianifica gli interventi ed elabora un **Piano Operativo**, puntuale, per la committenza delle varie tipologie di pacchetti assistenziali previsti nel presente Capitolato (pacchetto diagnostico, pacchetti infermieristici, riabilitativi, logopedici, psicologici, medico specialistici, socio-assistenziali), successivamente descritti con maggiore dettaglio, e che saranno **integrati** con tutti gli altri interventi erogati direttamente dalle ASL della Regione Abruzzo, tramite i professionisti interni.

ART. 8 – PROFILI DI CURA E PRESTAZIONI

a) Profili di cura

Le tipologie assistenziali sono articolate, in base a quanto indicato nella DGR Abruzzo n. 693 del 18 settembre 2018, delibera di recepimento del DPCM 12 Gennaio 2017, secondo i seguenti livelli/profili di cura (**Tab. 1**):

- Cure Domiciliari di livello Base (occasionali o a ciclo programmato);
- Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello;
- Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello;
- Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello;
- Cure Palliative per malati terminali.

Tab. 1: Profili di Cura e tipologie assistenziali (DGR Abruzzo 693/2018).

Profili di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata media	Complessità	
		Intensità (CIA=GEA/GDC)		Mix delle figure professionali /impegno assistenziale. Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD di base - Prestazionali	Clinico funzionale	CIA inferiore a 0,14	180 giorni	Infermiere (15-30') professionisti della riabilitazione (30') medico (30')	5 giorni su 7 8 ore/die

CD Integrate di Primo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA fra 0,14 e 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') operatore socio sanitario (60')	5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA fra 0,31 e 0,50	90 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti riabilitazione (45') Dietista 30') Medico (45') Operatore socio sanitario (60-90')	6 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore die da Lunedì a Venerdì. 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA maggiore di 0,50	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore socio sanitario (60-90')	7 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi pronta disponibilità medica 8/20

b) Tipologia di prestazioni

Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari che la Regione Abruzzo intende affidare per mezzo del presente Capitolato, e che saranno erogate dalle Ditte appaltatrici ad integrazione di altre prestazioni sanitarie e socio-assistenziali che le ASL erogheranno in modo diretto (tramite personale dipendente o personale convenzionato), a sua insindacabile discrezionalità comprendono:

1. Prestazioni infermieristiche anche di teleassistenza (Teleconsulenza, telecontrollo);
2. Prestazioni riabilitative anche di teleassistenza (Teleriabilitazione, Teleconsulenza);
3. Prestazioni di logopedia anche in teleassistenza;
4. Prestazioni di Neuropsicomotricità dell'età evolutiva;
5. Prestazioni socio-sanitarie;
6. Prestazioni medico-specialistiche anche di teleassistenza (Teleconsulto, Teleconsulenza);
7. Prestazioni di Psicologia anche di teleassistenza;
8. Prestazioni di Dietista;
9. Prestazioni diagnostiche domiciliari

Ai fini dell'erogazione del Servizio Cure Domiciliari, le Ditte Appaltatrici dovranno garantire il servizio per 365 giorni l'anno, con carattere di continuità, dalle ore 08.00 alle ore 20.00 pur tenendo conto, orientativamente, delle differenziazioni riferite alla complessità delle cure domiciliari integrate:

- **Cure Domiciliari di I Livello:** dal Lunedì al Venerdì;
- **Cure Domiciliari di II Livello:** dal Lunedì al Sabato;
- **Cure Domiciliari di III Livello:** tutti i giorni, compresi i festivi, in ragione del PAI, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed in pronta disponibilità notturna dalle ore 20.00 alle ore 8.00;
- **Cure Palliative** (Art. 23 del DPCM 17/1/2017): come per il III Livello;

Le Cure Palliative domiciliari, così come previsto dall'art. 23 del DPCM 17 Gennaio 2017, saranno assicurate dalla Unità Cure Palliative delle ASL per il livello specialistico mentre per il livello base sono assicurate anche tramite il presente Appalto. Tali prestazioni di base sono costituite da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale.

Pertanto, per le Cure Domiciliari di III Livello e per le Cure Domiciliari palliative, rivolte ai malati terminali,

il servizio, appaltato, garantirà la continuità delle prestazioni infermieristiche anche nelle ore notturne e nei festivi e prefestivi laddove programmate ovvero espressamente e formalmente richieste, dai medici della continuità assistenziale, dell'Emergenza Territoriale 118 o medici USCA, in pronta disponibilità. Tale pronta disponibilità dovrà comunque essere garantita, dalle Ditte Appaltatrici, per tutti i profili di cura.

Il servizio dovrà inoltre essere garantito per tutti gli interventi di **Livello base** (con CIA inferiore a 0,14) che rispondono a bisogni di bassa complessità e richiedono conseguentemente interventi poco frequenti (meno di una volta a settimana) e per questo denominate **Cure Prestazionali**.

In un'ottica di medicina d'iniziativa e di precisione, al fine di conseguire l'appropriatezza degli interventi, nonché la presa in carico, globale ed unitaria, del paziente, sia da parte del Servizio Cure Domiciliari delle ASL della Regione Abruzzo che da parte delle Ditte aggiudicatrici, queste dovranno collaborare, per la parte di propria competenza, alla rivalutazione del singolo caso, sia al primo accesso che ai successivi, per confermare la coerenza fra il PAI ed il Piano Operativo assegnato.

Inoltre, le ditte saranno chiamate a fare valutazioni, costantemente, da parte dei professionisti per la parte di loro competenza, sull'andamento delle cure rivolte ad ogni paziente. Tali attività, finalizzate all'ottimizzazione della presa in carico, sono comunicate in tempo reale tramite App del sistema informativo della singola Ditta, interoperabile con quello delle ASL, ai professionisti interessati. Tali comunicazioni saranno infatti notificate, automaticamente, a tutti i professionisti, che hanno in carico il paziente: MMG, Medico del servizio Cure Domiciliari distrettuale, Specialista di riferimento del caso, ecc.

Fermo restando l'unicità dei Profili di Cura sopradescritti, al solo fine di consentire una più agevole gestione dei rapporti contrattuali con la singola Ditta appaltatrice, le prestazioni previste nell'ambito dei medesimi Profili vengono combinate nei singoli apporti assistenziali professionali, denominati da ora in poi "**pacchetti**", di seguito descritti. La composizione dei pacchetti all'interno del Piano Operativo, nel rispetto dei Profili di Cura, avverrà anche con il supporto del Sistema Informativo.

ART. 9 – TIPOLOGIA DI PACCHETTI PROFESSIONALI

Le cure domiciliari consistono, come già descritto, in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, logopedici, socio-assistenziali, psicologici, ecc., prestati da professionisti sanitari qualificati per la cura e l'assistenza rivolta alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Il contenuto di ciascun pacchetto professionale è il seguente:

a) Pacchetto infermieristico

Le prestazioni pertinenti a tale tipologia di pacchetto, oltre all'assistenza infermieristica rivolta ai malati e ai disabili di tutte le età, includono anche la prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria, la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti assistenziali infermieristici, il personale infermieristico afferente alla Ditta appaltatrice:

- a.** utilizza giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito, da trasmettere al responsabile clinico, ovvero al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale;
- b.** utilizza i device e le eventuali apparecchiature dedicate alla teleassistenza;
- c.** effettua ad ogni accesso la rivalutazione infermieristica dell'assistito e le attività previste dal PAI,

aggiornando il Diario Clinico con il monitoraggio di segni e sintomi;

- d. qualora, nella fase di rivalutazione, rilevi nuove necessità assistenziali subentranti mette in atto quanto di sua competenza, dandone tempestiva comunicazione al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale ed al MMG/PLS;
- e. nella fase di consuntivazione segnala l'eventuale risoluzione o la modifica di un bisogno assistenziale ovvero eventuali incoerenze del PAI con il Piano Operativo assegnato e lo comunica al Servizio Cure Domiciliari ed al MMG/PLS ed ha l'obbligo di segnalare tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza infermieristica;
- f. consegna a domicilio, ove richiesto, i farmaci ed i presidi forniti dal servizio farmaceutico, provvedendo al ritiro delle prescrizioni del MMG/PLS ed alla successiva consegna dei farmaci e presidi.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n 1.

b) Pacchetto riabilitativo

Tale tipologia di pacchetto ha per oggetto prestazioni aventi finalità di rieducazione funzionale, stabilizzazione o rallentamento della progressione di un evento patologico includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti riabilitativi, il personale della riabilitazione afferente alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizza giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito, da trasmettere al responsabile clinico, ovvero al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale;
- b. utilizza i device e le eventuali apparecchiature dedicate alla teleassistenza;
- c. effettua le valutazioni e le attività previste dal piano assistenziale individuale;
- d. pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità, secondo le prescrizioni ed i programmi riabilitativi prescritti dal medico Specialista;
- e. collabora in equipe multidisciplinare alla definizione del programma assistenziale secondo il programma di riabilitazione redatto dallo Specialista, volto al bisogno di salute;
- f. propone al Fisiatra l'adozione di protesi ed ausili e, nel caso di accettazione, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
- g. propone al Fisiatra, motivandola, eventuale necessità di proroga, modifica, o sospensione anticipata del trattamento riabilitativo;
- h. segnala tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza riabilitativa;
- i. addestra i familiari e/o il caregiver dell'assistito per il mantenimento delle capacità residue;
- j. contatta direttamente il MMG/PLS o il medico Fisiatra per affrontare le problematiche di sua competenza.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n. 1.

c) Pacchetto logopedico

Tale tipologia di pacchetto ha per oggetto prestazioni aventi finalità di prevenzione e trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica. includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti logopedici, il personale logopedista afferente alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizza giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito, da trasmettere al responsabile clinico, ovvero al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale;
- b. utilizza i device e le eventuali apparecchiature dedicate alla teleassistenza;
- c. effettua le valutazioni e le attività previste dal piano assistenziale individuale;
- d. pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione del linguaggio, secondo le prescrizioni ed i programmi riabilitativi prescritti dal medico Specialista;
- e. collabora in equipe multidisciplinare alla definizione del programma assistenziale secondo il programma di rieducazione redatto dallo Specialista;
- f. propone allo Specialista, motivandola, l'eventuale necessità di proroga, modifica, o sospensione anticipata del trattamento rieducativo;
- g. segnala tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza;
- h. contatta direttamente il MMG/PLS o il medico Specialista per affrontare le problematiche di sua competenza.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n. 1.

d) Pacchetto neuropsicomotricità

Tale tipologia di pacchetto ha per oggetto prestazioni aventi finalità di prevenzione, cura e trattamento riabilitativo delle malattie neuro-psichiatriche infantili, nelle aree della neuropsicologia, neuropsicomotricità e della psicopatologia dello sviluppo (fasce di età 0-18 anni) includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti di neuro-psicomotricità, il personale neuropsicomotricista afferente alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizza giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito, da trasmettere al responsabile clinico, ovvero al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale;
- b. utilizza i device e le eventuali apparecchiature dedicate alla teleassistenza;
- c. effettua le valutazioni e le attività previste dal piano assistenziale individuale;
- d. pratica autonomamente attività terapeutica per il trattamento delle malattie neuropsichiatriche infantili, secondo le prescrizioni ed i programmi riabilitativi prescritti dal medico Specialista (Neuropsichiatra Infantile);
- e. propone allo Specialista, motivandola, l'eventuale necessità di proroga, modifica, o sospensione anticipata del trattamento rieducativo;
- f. segnala tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza;
- g. contatta direttamente il MMG/PLS o il medico Specialista di riferimento per affrontare le problematiche di sua competenza.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n. 1.

e) Pacchetto medico-specialistico

Tale tipologia di pacchetto ha per oggetto l'effettuazione di una o più prestazioni (Consulenze, esami strumentali,

Teleconsulto, ecc.) relative alle singole branche specialistiche, includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti medico-specialistici, il personale medico specialista afferente alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizza giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito, da trasmettere al responsabile clinico, ovvero al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale;
- b. utilizza i device e le eventuali apparecchiature dedicate alla teleassistenza anche per le attività di teleconsulto specialistico in modalità sincrona e/o asincrona;
- c. effettua le consulenze e le attività cliniche previste dal piano assistenziale individuale partecipando attivamente alla presa in carico dell'assistito in collaborazione con il responsabile clinico (MMG/PLS) e, ove richiesto, partecipa alle sedute di UVM per la definizione/ottimizzazione del PAI;
- d. propone al Responsabile Clinico ed al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale, motivandola, l'eventuale necessità di proroga, modifica, o sospensione anticipata dei trattamenti domiciliari;
- e. segnala tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza;
- f. contatta direttamente il MMG/PLS o altro medico Specialista per affrontare le problematiche multidisciplinari.

Le branche specialistiche che la Ditta appaltatrice dovrà fornire sono elencate nell'allegato n. 1.

f) Pacchetto socio-sanitario

Tale tipologia di pacchetto ha come oggetto prestazioni di supporto ai pazienti ai fini del soddisfacimento dei propri bisogni fondamentali, finalizzate al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere, promuovendone l'autonomia e l'autodeterminazione includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente. La sua attività è orientata dalle indicazioni proprie del suo profilo professionale, e, in ambito assistenziale e sociale, opera, coopera e collabora con le altre figure sanitarie.

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti socio-assistenziale, gli Operatori Socio-Sanitari (OSS) afferenti alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizzano giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito;
- b. collaborano con il personale infermieristico e con l'equipe multidisciplinare alla attuazione del PAI;
- c. segnalano tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza;
- d. contattano direttamente il Coordinatore di riferimento per segnalare le problematiche di competenza.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n. 1.

g) Pacchetto psicologico

Il pacchetto psicologico comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte al paziente e/o alla famiglia includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente. Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti psicologici,

il professionista psicologo afferente alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizza giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito, da trasmettere al responsabile clinico e/o allo Specialista, ovvero al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale;
- b. utilizza i device e le eventuali apparecchiature dedicate alla teleassistenza;
- c. effettua le valutazioni e le attività previste dal piano assistenziale individuale;
- d. pratica autonomamente l'attività psico-terapeutica per la riabilitazione psicologica dell'assistito ed opera in collaborazione con l'equipe multidisciplinare ai fini della definizione e della rivalutazione del PAI;
- e. propone al Responsabile Clinico e/o al Servizio Cure Domiciliari Distrettuale, motivandola, l'eventuale necessità di proroga, modifica, o sospensione anticipata del trattamento psicoterapeutico;
- f. segnala tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza;
- g. contatta direttamente il MMG/PLS o il medico Specialista per affrontare le problematiche di sua competenza.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n. 1.

h) Pacchetto DIETISTA

Il pacchetto comprende la gestione di pazienti adulti o pediatrici a rischio malnutrizione, con diagnosi di malnutrizione o in nutrizione artificiale domiciliare, in particolare di tutte le attività finalizzate alla corretta gestione e applicazione dell'alimentazione della nutrizione nel rispetto della condizione clinica dei pazienti, degli aspetti educativi e di compliance rispetto alla corretta gestione dei regimi alimentari, includendo la compilazione, ad ogni accesso, del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

In particolare, al dietista compete:

1. Anamnesi dietologica
2. Verifica parametri nutrizionali
3. Formulazione dieta personalizzata (Diabetici, Anziani con demenza, Anziani allettati con piaghe da pressione, ecc.)
4. Valutazione disfagia
5. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
6. Istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti

Fermo restando le prestazioni che andranno a comporre i singoli pacchetti del DIETISTA, afferenti alla Ditta appaltatrice:

- a. utilizzano giornalmente il Sistema Informativo mediante device per la rendicontazione di tutte le attività svolte e per tutte le comunicazioni/segnalazioni riguardanti l'assistito;
- b. collaborano con gli Specialisti medici di riferimento (Nutrizionista, Geriatra, Palliativista, Vulnologo, ecc.) e con l'equipe multidisciplinare alla attuazione del PAI;
- c. segnalano tempestivamente, qualora necessario, le criticità socio-sanitarie, anche non di diretta competenza;
- d. contattano direttamente il Coordinatore di riferimento per segnalare le problematiche di competenza.

Le prestazioni ricomprese nel presente pacchetto sono riportate nell'allegato n. 1.

g) Prestazioni DIAGNOSTICHE

Ai soggetti erogatori delle cure domiciliari integrate per i pazienti ad elevata complessità assistenziale (pazienti

di III livello o in Cure Palliative) potranno essere richieste le seguenti prestazioni diagnostiche domiciliari con relativa remunerazione comprensiva dell'accesso dell'operatore domiciliare e del conseguente caricamento dei referti in piattaforma:

- RX;
- Esami diagnostici ecografici;
- Emogasanalisi;
- Elettrocardiogramma;
- Holter pressorio o dinamico;
- Ecocolordoppler;
- Polisonnografia.

ART. 10 – PIANO OPERATIVO - COMPOSIZIONE E COMPLESSITÀ DEI PACCHETTI PROFESSIONALI

Le prestazioni sanitarie domiciliari, come anzidetto, saranno commissionate dalla singola ASL della Regione Abruzzo, secondo lo specifico contratto con la singola ditta aggiudicataria, in termini di "PACCHETTI" PROFESSIONALI, e saranno remunerate per accesso.

Per quanto attiene ai pacchetti Infermieristici, Riabilitativi e Socio-Assistenziali, ecc. essi potranno essere commissionati in riferimento a più livelli di complessità e durata (*bassa complessità, media complessità, alta complessità, altissima complessità, sollievo, ecc.*), in funzione del numero e della tipologia di prestazioni da eseguire, della durata temporale minima prevista nel PAI, tendenzialmente aderente con i profili di cura. (Tab. 1.)

A tal fine si precisa che la scelta della complessità e durata di un pacchetto verrà effettuata sulla base dei seguenti elementi:

- durata minima delle prestazioni;
- numero e complessità delle prestazioni;
- Condizioni cliniche dell'assistito;
- Grado di dipendenza funzionale (allettato, collaborante/non collaborante, ecc.);
- contesto abitativo e contesto familiare (esempio: grado di collaborazione del Caregiver, condizioni abitative);
- necessità di educazione terapeutica al caregiver;
- durata per la compilazione/aggiornamento del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione) e Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.
- trasmissione dei dati agli interessati per eventuale ri-modulazione del PAI.

Si specifica che, nella durata del singolo pacchetto/die sono ricomprese, oltre alla prestazione professionale richiesta dal PAI, anche tutte le attività propedeutiche per l'erogazione della prestazione stessa (Vestizione, sanificazione, utilizzo DPI, allestimento setting, informazione/formazione, etc.) e conclusive: compilazione/aggiornamento del Diario Clinico Informatizzato (data e tipo di prestazione), Cartella clinica Informatizzata con monitoraggio di segni e sintomi e quant'altro relativo alle condizioni del paziente e trasmissione dei dati agli interessati per eventuale ri-modulazione del PAI. La durata di tali attività è stimata in un tempo di 15' da tenere in considerazione nella elaborazione dei PAI.

Il Servizio Cure Domiciliari Distrettuale, a seguito della ricezione del PAI, redatto dalla Unità di Valutazione Multidimensionale, realizzerà il Piano Operativo che, attraverso la pianificazione degli accessi e della tipologia di pacchetti professionali, distribuiti per tutto il periodo della presa in carico (GdC, Giornate di Cura), rappresenterà lo strumento attraverso il quale si esprime la committenza delle prestazioni esternalizzate alla Ditta appaltatrice.

Il Piano Operativo (tipologia e numero di pacchetti professionali) sarà commissionato dal Dirigente Medico referente cure domiciliari distrettuale, ovvero da un suo delegato dello stesso servizio, attraverso il sistema informativo regionale.

PACCHETTI "PROFESSIONALI"

Il personale che esegue le prestazioni domiciliari dovrà compilare il diario clinico e la cartella clinica:

- del diario clinico: ove indicare la data e le prestazioni effettuate;
- della cartella clinica: ove indicare (in accordo a quanto previsto dai LEA di riferimento per le cure domiciliari) segni e sintomi, e quant'altro relativo alle condizioni del paziente.

Tale attività obbligatoria è il principale e fondamentale strumento per trasformare qualsiasi attività sanitaria de-ospedalizzata da cieca a visibile, da passiva ad attiva. L'attività continua di osservazione e feedback della condizione clinico – sociale dell'assistito e dei suoi trend permetteranno, come nessuna altra attività, il vero follow-up clinico individuando preventivamente tutti gli interventi di modifiche per l'ottenimento della massima appropriatezza diagnostico-terapeutica.

Si distinguono:

Pacchetti Diagnostici

Si tratta di prestazioni erogate e rendicontate a 'corpo' e non 'a misura'. Sono quelle previste all'art. 9.

Pacchetti Infermieristici

- Bassa complessità: Tempo minimo 30 minuti
- Media complessità: Tempo minimo 45 minuti
- Alta complessità: Tempo minimo 60 minuti
- Pacchetto "SOLLIEVO": di durata oraria variabile del tempo minimo di 2-3-4 ore
- Pacchetto Trasporto: di durata oraria variabile del tempo minimo di 2-3-4-5 ore
- Pacchetto Infermieristico in Teleassistenza, tempo previsto 30 minuti.

N.B. La prestazione sanitaria in "teleassistenza" può essere erogata sia mediante un pacchetto dedicato ovvero quale prestazione accessoria ricompresa in altro pacchetto, con una complessità ed un tempo stimato dal Referente Cure Domiciliari distrettuale (Dirigente Medico o Infermiere) e concordato, preventivamente, prima della committenza, con il Coordinatore Infermieristico della Ditta.

Le prestazioni infermieristiche che faranno parte della composizione dei diversi tipi di Pacchetti infermieristici sono elencate nell' allegato n° 1.

Pacchetti Riabilitativi

- Bassa complessità: tempo minimo 30 minuti
- Media complessità: tempo minimo 45 minuti
- Alta complessità: tempo minimo 60 minuti
- Pacchetto Riabilitativo per Teleriabilitazione: tempo minimo 30 minuti
- Pacchetto riabilitativo per FisioKinesiterapia strumentale 1 (Tens, Ultrasuoni, Ionofresi, ecc.):

tempo minimo 45 minuti

- Pacchetto riabilitativo per Fisiokinesiterapia strumentale 2 (Magnetoterapia); tempo minimo 60 minuti

Le prestazioni riabilitative che comporranno i diversi tipi di Pacchetti Riabilitativi sono elencate nell'allegato n° 1.

Pacchetto Medico Specialistico

- Pacchetto Specialista Plus: tempo minimo 60 minuti
- Pacchetto Specialista telemedicina (Teleconsulto o Teleconsulenza) : tempo minimo 30 minuti.

Le discipline medico-specialistiche previste, ovvero gli specialisti da poter attivare sono elencati nell'allegato n° 1.

Pacchetto Psicologico

- Pacchetto Psicologico Plus: tempo minimo 60 minuti
- Pacchetto Logopedico Teleassistenza: tempo minimo 60 minuti

Pacchetto Logopedico

- Pacchetto Logopedico: tempo minimo 60 minuti
- Pacchetto Logopedico Teleassistenza: tempo minimo 60 minuti

Pacchetto Dietista

- Pacchetto Dietista: tempo minimo 60 minuti
- Pacchetto Logopedico Teleassistenza: tempo minimo 60 minuti

Pacchetto neuropsicomotricista

- Pacchetto Neuropsicomotricista: tempo minimo 60 minuti

Pacchetto OSS

- Pacchetto standard: 60 minuti
- Pacchetto plus: 90 minuti
- Pacchetto sollievo: Diurno: di durata variabile del tempo minimo di 2, 3, 4, 5, 6 Ore
- Pacchetto notturno - 8 ore: Pacchetto ad elevata complessità assistenziale con durata dell'accesso non inferiore a 8 ore continuative in orario notturno. Tale tipologia di pacchetto va commissionato solo per alcuni pazienti in ventilazione meccanica invasiva in situazioni transitorie di burn-out del caregiver.

ART. 11 – ACCESSI

Per accesso si intende l'effettuazione di una o più prestazioni professionali erogate al domicilio del paziente ricomprese nelle tipologie di pacchetto professionali sopradescritti.

Nel corso di una giornata di assistenza è possibile che via sia la committenza, per un assistito, di uno o più accessi riferiti alla medesima categoria professionale (esempio: terapia intramuscolare ore 8 e ore 20 = 2 accessi infermieristici – Pacchetto Infermieristico a bassa complessità) o, naturalmente, a più tipologie di pacchetti professionali.

La remunerazione delle attività oggetto dell'appalto sarà effettuata per singolo accesso, in riferimento alla tipologia e complessità del pacchetto professionale erogato.

I pacchetti professionali sono stati valorizzati tenendo conto anche del tempo minimo per l'effettuazione, a domicilio, della/delle prestazioni e della compilazione del diario clinico e della cartella clinica. La durata di ogni singolo accesso è stata determinata al netto dei tempi di spostamento degli operatori. Pertanto, **la durata pacchetto** è da intendersi quale "tempo minimo" per la effettuazione **corretta** della/delle prestazione/i a domicilio e della compilazione/monitoraggio del diario clinico/cartella clinica.

Il prezzo posto a base d'asta, per ciascun pacchetto, è determinato al lordo dei costi di trasferimento degli operatori, delle sostituzioni per ferie, malattie ed imprevisti) e degli ulteriori oneri connessi allo svolgimento delle attività previste (a titolo indicativo: strumenti ed attrezzature, struttura organizzativa e gestionale, coordinamento sanitario, direzione del personale ed amministrativa, recruiting e formazione, piattaforma informatica e tutto quanto necessario per l'espletamento del servizio).

ART. 12 - VALORE ECONOMICO DEI PACCHETTI PROFESSIONALI

Per la valorizzazione economica dei pacchetti professionali previsti si è tenuto conto della DGR Abruzzo n° 693/2018 nonché dei costi sostenuti per l'esecuzione dell'attività appaltata (che comprende anche la *rivalutazione del singolo caso, sia al primo accesso che ai successivi, per confermare la coerenza fra il PAI ed il Piano Operativo assegnato e la trasmissione del monitoraggio di segni e sintomi ai referenti ASL*), ed ivi inclusi i costi generali e l'utile d'impresa.

I costi per le prestazioni diagnostiche sono da intendersi 'a corpo' e comprendono anche il costo per l'accesso dell'operatore a domicilio e il caricamento dei referti in piattaforma.

- RX: 120,00 €
- Esami diagnostici ecografici: 140,00 €
- Emogasanalisi: 90,00 €, tariffa comprensiva di analisi e relativo risultato, da caricare in piattaforma;
- Elettrocardiogramma: 80,00 €
- Holter pressorio o dinamico: 100€
- Ecocolordoppler: 200 €
- Polisonnografia: 150 €

ART. 13 –STIMA DEL FABBISOGNO

Il fabbisogno delle prestazioni sanitarie domiciliari, stimato partendo dall'analisi del consumo di prestazioni erogate nell'ultimo biennio, è stato calcolato, per tutta la durata dell'Accordo Quadro, tenendo conto anche del potenziamento indicato e previsto dalla programmazione regionale, nella DGRA 598/2020, **Piano di potenziamento e riorganizzazione assistenza territoriale Regione Abruzzo**. Infatti, la Regione Abruzzo ha ipotizzato, in linea con l'Art. 1 comma 4 del Decreto Rilancio, per tutte le ASL abruzzesi, un incremento dell'assistenza domiciliare integrata degli assistiti al di sotto dei 65 aa, dallo 0,15 % allo 0,30 % della popolazione target e per gli assistiti, anziani, con età uguale o maggiore di 65 aa, dal 4 % al 6,7 % della popolazione target.

Partendo dal n° accessi comunicati dalle ASL abruzzesi, è stata effettuata una stima relativa al fabbisogno delle

prestazioni e dei Pacchetti assistenziali (Infermieristici, Riabilitativi, Medico Specialistici, Socio-Assistenziali, Logopedici, Psicologici, ecc.), da erogare annualmente e quindi per il tutto il periodo dell'accordo quadro.

I dati sono stati elaborati tenendo conto delle nuove tipologie di pacchetti professionali rispetto a quelli previsti nelle diverse Asl abruzzesi.

E' previsto, inoltre, un aumento del fabbisogno di pacchetti in previsione dell'aumento del numero di assistiti da prendere in carico, annualmente, in virtù dell'aumento percentuale di assistiti da prendere in carico nel setting assistenziale di cure domiciliari integrate, previsti nei documenti di programmazione nazionali e regionali.

ART. 14 – DOTAZIONI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVE E TECNOLOGICHE MINIME RICHIESTE

a) Centrale Operativa e Sedi Operative

La Ditta dovrà dotarsi di una Centrale Operativa che dovrà essere attiva dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e nelle giornate di Sabato dalle 8.00 alle 14.00.

La Centrale Operativa avrà una sede collocata nel territorio della Regione Abruzzo assicurando, per le funzioni che dovrà svolgere, un'efficace interfacciamento con le Unità Operative di riferimento delle ASL abruzzesi (Distretti e Unità Operativa aziendale Cure Domiciliari) anche attraverso l'interoperabilità del sistema informativo.

La Centrale Operativa sarà funzionalmente collegata a quattro sedi operative (una per ciascuna Asl) con postazioni minime per essere in grado di garantire un'adeguata e tempestiva risposta a tutte le richieste giornaliere; sia la Centrale Operativa che le sedi devono quindi essere dotate di risorse umane in numero sufficiente e con competenze sia amministrative che sanitarie, per garantire la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza della presa in carico.

La Centrale Operativa rappresenta, quindi, un requisito obbligatorio delle ditte aggiudicatrici, che devono possedere dal 1° giorno di inizio della fornitura. La Centrale Operativa, nel territorio della Regione Abruzzo, dovrà essere **pianamente funzionante entro 30 giorni dalla sottoscrizione del contratto di affidamento**, a pena decadenza dall'appalto, e dovrà presentare le caratteristiche organizzative e funzionali minime di seguito elencate.

1. coordinare, attraverso personale con requisiti di competenza nella gestione delle Cure Domiciliari, la pianificazione degli accessi previsti dal presente Capitolato e richiesti dalle competenti UU.OO distrettuali;
2. garantire che il proprio Referente si interfacci costantemente con il Dirigente Referente Aziendale di ciascuna Asl della Regione Abruzzo ed i Referenti Distrettuali delle Cure domiciliari, per le attività di tipo organizzativo e gestionale;
3. garantire per tutto l'arco della giornata, 24h/24h, ininterrottamente, per tutti i giorni dell'anno, la reperibilità infermieristica, tramite lo stesso numero verde; tale reperibilità è rivolta ai pazienti presi in carico per il terzo livello di intensità assistenziale, cure palliative e per le dimissioni protette. Di norma tale reperibilità deve essere assicurata con una unità infermieristica ogni 750 pazienti presi in carico per il terzo livello, cure palliative o in dimissioni protette;
4. essere dotata di apposite linee telefoniche dedicate, apposita casella di posta elettronica, e telefax dedicato;
5. garantire, in ogni momento e circostanza, l'immediato collegamento con le unità di personale impegnato nelle attività domiciliari;
6. essere dotata di personal di computer dedicati e dotati di scheda modem/fax e connessione ad Internet (ADSL e/o rete 4G);

7. essere attiva per un tempo minimo di almeno dodici ore al giorno, dal lunedì al venerdì (8 – 20) e di sei ore il sabato e i prefestivi (8 – 14), pertanto vi deve essere la presenza di personale adeguato all'interfaccia con i Distretti Sanitari, attraverso le linee telefoniche dedicate;
8. essere dotata di spazi per archivio documentale;
9. essere dotata di spazi per eventuali colloqui con l'utente/familiari;
10. essere dotata di spazi per farmaci e ausili;
11. avere in dotazione i presidi e i farmaci utili al personale;
12. garantire la funzione di coordinamento del personale in relazione alla realizzazione dei progetti individualizzati;
13. assicurare obbligatoriamente:
 - che presso la centrale operativa vi sia un software per l'organizzazione dell'assistenza;
 - il mantenimento di cartelle domiciliari;
 - il conferimento dati sulle prestazioni erogate coerentemente con i sistemi informativi in uso
 - presso le A.S.L. dell'Abruzzo nei tempi e nei modi previsti dalla normativa regionale vigente.

La ditta aggiudicatrice ha l'obbligo di localizzare una Centrale Operativa in Regione Abruzzo.

Inoltre, presso ciascuna ASL della Regione Abruzzo da cui riceve l'ordine di fornitura, la ditta aggiudicatrice deve localizzare una Sede Operativa connessa telematicamente, telefonicamente e via web alla propria Centrale Operativa che abbia la dotazione necessaria di:

- spazi per il ricevimento del personale;
- spazi per archivio corrente;
- spazi per eventuali colloqui con l'utente/familiari;
- spazi per farmaci e ausili.

Ciascuna ditta aggiudicatrice comunicherà alla Stazione Appaltante, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del contratto, mediante PEC indirizzata a direzione@pec.aric.it l'indirizzo della Centrale Operativa principale e delle Sedi Operative.

Il RUP eseguirà entro 30 giorni dalla sottoscrizione del contratto un sopralluogo per la verifica dei requisiti e della conformità della Centrale Operativa e delle Sedi Operative rispetto a quanto previsto dal presente articolo, dal presente Capitolato e negli atti di gara, previa comunicazione mediante PEC al legale rappresentante di ciascuna ditta aggiudicatrice della data e dell'ora dei sopralluoghi previsti.

Il verbale di ciascun sopralluogo, redatto immediatamente al termine dello stesso sopralluogo è sottoscritto dal rappresentante legale della ditta aggiudicatrice o da un rappresentante dello stesso, munito di delega (procura speciale) conferita dal rappresentante legale della stessa ditta aggiudicatrice, ed il RUP.

I rappresentanti delle due parti possono essere coadiuvati da un massimo tre consulenti per ciascuno. In tal caso i nominativi di questi devono essere riportati nel verbale di sopralluogo. Possono verbalizzare esclusivamente i due rappresentati delle parti che sottoscrivono il verbale. I consulenti del RUP sono individuati con le procedure di cui all'art.31, comma 7 del D.Lgs. n. 50/16 e ssmmii.

Il Verbale è redatto in duplice copia, una per ciascuna delle parti, e riporterà la data e l'ora di inizio e termine del sopralluogo, i nominativi e le qualifiche dei soggetti presenti, di cui al punto precedente, le specifiche di quanto verificato rispetto ai requisiti ed alle caratteristiche analiticamente descritte per la Centrale Operativa e/o della Sede Operativa nel presente articolo, sotto il profilo dell'esistenza e del relativo funzionamento delle diverse componenti, con la conformità a quanto disposto nel presente Capitolato e negli atti di gara, le eventuali anomalie riscontrate e contiene, inoltre, le prescrizioni correttive indicate dal RUP, a cui le ditte aggiudicatrici devono adeguarsi, pena decadenza dell'appalto, in modalità tassativa entro e non oltre i 12 (dodici) giorni dalla data di sottoscrizione del verbale, dandone comunicazione al RUP mediante PEC.

Entro il 60° giorno dalla sottoscrizione del contratto il RUP comunicherà mediante PEC il risultato delle verifiche e qualora l'inadempimento permanga, la stazione appaltante risolverà il contratto, ai sensi dell'art. Art. 108 (Risoluzione) del D.Lgs. n. 50/2016.

In caso si realizzi la risoluzione del contratto secondo le modalità di cui al precedente punto la stazione appaltante procederà a scorrere la graduatoria di merito per far subentrare un altro operatore economico o, in caso di esaurimento della stessa graduatoria, a ridistribuire quanto previsto dal contratto della ditta esclusa alle altre ditte aggiudicatrici che hanno superato positivamente la verifica.

La verifica positiva della Centrale Operativa e delle Sedi operative è condizione indispensabile per l'inizio delle attività delle ditte aggiudicatrici.

b) Sistema Informativo

Il sistema informativo delle cure domiciliari è un importante strumento di governo delle cure e dell'assistenza, sia in termini di comunicazione tra i vari operatori della rete, sia quale strumento per ottemperare agli obblighi informativi ministeriali (Flusso SIAD).

Pertanto, la Ditta appaltatrice avrà l'obbligo di dotarsi di un sistema informativo che si interfacci, ovvero sia interoperabile, in modalità bidirezionale, sia sincrona che asincrona, con il sistema informativo cure domiciliari in dotazione nelle ASL abruzzesi.

Le specifiche tecniche di dettaglio del servizio web di interfacciamento saranno descritte di seguito.

FUNZIONI

Riceve la committenza dei Piani Operativi;

- a. Consente la programmazione dei Piani di Lavoro dei singoli professionisti
- b. Consente la registrazione degli accessi a domicilio e delle prestazioni eseguite anche attraverso la redazione di un piano assistenziale;
- c. Consente la comunicazione sia sincrona che asincrona tra professionisti oltre ad una attività di teleconsulto e teleconsulenza;
- d. Consente la rendicontazione mensile di tutti i pacchetti erogati per Distretto, per paziente e per operatore;
- e. Consente la rendicontazione mensile delle prestazioni (Pacchetti professionali) ai fini della fatturazione;
- f. Consente il monitoraggio della spesa mensile per singolo Distretto e spesa mensile totale Aziendale;

Il sistema informativo dovrà gestire prioritariamente quanto segue:

- Profili di cura (Livelli assistenziali);
- Coefficienti di intensità assistenziale (CIA);
- Le Giornate di Cura (GdC);
- riepilogo dati per paziente (Profilo di cura, PAI, accessi, durata trattamento, ecc.) e per accesso (data, durata, accesso, ora di entrata, ora di uscita, luogo, ecc.)
- Rilevazione accessi con sistemi di geolocalizzazione;
- estrazione dati (non solo ai fini di monitoraggio) relative a varie combinazioni del profilo di cura, per paziente, per patologia o per prestazioni, secondo modalità predefinite dall'aggiudicatario e secondo ulteriori richieste che potrebbero essere necessarie all'azienda;
- Costo totale paziente/ciclo di cura;
- Costo mensile paziente in carico;
- costo annuo per pazienti in carico;
- costi medi annui per profilo di cura;

- costi medi mensili per profilo di cura;
- Gestione economica delle seguenti aree: costi interni (materiali utilizzati, costo personale, ecc.) e costi esterni (Trasporti, ecc.)

Il sistema informativo dovrà gestire, in tempo reale, le informazioni trasmesse anche attraverso i dispositivi mobili.

Tutti gli accessi erogati saranno automaticamente contabilizzati anche ai fini della fatturazione da parte della Ditta. È prevista una fatturazione sulla base del numero di accessi (Pacchetti professionali) mensili distinto per singolo paziente e per Distretto (Sede erogativa e committenza).

Pertanto, per il conteggio degli accessi faranno fede, e quindi saranno corrisposti, solo gli accessi registrati dal sistema informativo delle ASL.

Il sistema web in uso presso l'aggiudicatario dovrà essere fruibile sui dispositivi mobili come smartphone e tablet con tutte le funzioni configurate per profilo di accesso e sempre a portata di mano con trasferimento dei dati sul gestionale delle ASL tramite il sistema di web service.

Ogni operatore dovrà avere in dotazione uno smartphone o tablet touch screen con GPS e attraverso il quale si stabilirà l'effettiva interoperabilità fra l'operatore e il sistema stesso.

Obiettivo fondamentale che la Regione Abruzzo si prefigge è quello di integrare a sistema, in tempo reale, l'attività dell'operatore per consentire l'utilizzo delle seguenti funzionalità direttamente da dispositivo mobile:

- verifiche notifiche di assegnazione caso
- pianificazione degli interventi
- rilevazione inizio e fine intervento
- comunicazione in rete con i professionisti coinvolti
- teleconsulto
- consuntivazione delle prestazioni erogate
- rendicontazione
- Nello specifico il sistema dovrà consentire, per il profilo operatore, di:
 - consultare il piano di lavoro in tempo reale con visualizzazione dell'anagrafica, luogo di vita e ogni info utile dell'assistito, la valutazione e il piano assistenziale individuale
 - confermare la pianificazione delle attività
 - Registrare le prestazioni erogate, segnalando il tipo di attività, l'ora di inizio e fine, diario assistenziale, eventuali variazioni di salute (miglioramenti peggioramento particolare gravità), monitoraggio costante segni e sintomi
 - allegare immagini sulle lesioni da decubito e attivare un tele consulto con il medico specialista
 - monitorare in tempo reale le informazioni inserite dagli operatori e di consultarle o variarle.

c) Apparecchiature

La Ditta appaltatrice dovrà fornire le attrezzature di seguito indicate necessarie per l'erogazione del servizio garantendone il perfetto e continuo funzionamento per tutta la durata dell'appalto (compatibilmente con le necessità relative alla fascia di aggiudicazione), nelle quantità minime sotto riportate:

APPARECCHIATURE, ATTREZZI ED ACCESSORI	QUANTITA' MINIMA	FASCIA DI QUALIFICAZIONE.
Borsa per attività infermieristica Con strumentazione infermieristica di base (Fonendoscopio, sfigmomanometro, laccio emostatico, pulsiossimetro, pinze monouso, ecc.) DPI e ogni altro materiale di consumo base.	N° 1 per infermiere	I°, II°, III°
Borsa termica per il trasporto dei campioni biologici o altro da trasportare a temperatura controllata	N° 1 per infermiere	I°, II°, III°
Borsa o altro contenitore per DPI e altro materiale necessario alle attività del Fisioterapista, Medico, Logopedista,	N° 1 per professionista	I°, II°, III°
Divise estive e invernali identificative della Ditta e della Azienda, di foggia, colore e materiali (qualità) concordati con l'Azienda ASL.	Almeno n° 2 divise estive e N° 2 divise invernali	I°, II°, III°
Apparecchio per emogasanalisi portatile	1	III°
Aspiratore portatile con batteria portatile	1	I°, II°, III°
Tavole propriocettive e altri attrezzi per riabilitazione domiciliare	2	I°, II°, III°
Sostegni per fleboclisi	10	I°, II°, III°
Elettrocardiografo per consulenza cardiologica	1	III°
Holter pressorio e dinamico per cons. cardiologica	1	III°
Ecocolordoppler per consulenze cardiologiche e angiologiche	1	III°
Apparecchi per aerosolterapia	1	I°, II°, III°
Pompe per cronoinfusione	1	I°, II°, III°
Apparecchio per Magnetoterapia	1	II°, III°
Apparecchio per ultrasuoni	1	II°, III°
Apparecchio per elettrostimolazione	1	II°, III°
Dispositivi idonei per telecomunicazione: <u>Telefonino idoneo</u> , Smartphone, IPAD, + sim dati	N° 1 Dispositivo per ogni operatore	I°, II°, III°

La ditta appaltatrice garantirà:

- la verifica periodica dello Stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione mediante un inventario aggiornato delle attrezzature apparecchiature utilizzate;
- La presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento;
- la presenza e la disponibilità della documentazione tecnica con istruzioni per l'uso in lingua italiana relativo alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, per ogni verifica necessaria;
- L'addestramento, qualora necessario, del personale e, laddove richiesto, del Caregiver, coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.

Le apparecchiature ed i relativi accessori devono essere installati sotto la cura e la responsabilità della Ditta appaltatrice attraverso personale qualificato, al domicilio del paziente, secondo le vigenti norme di sicurezza elettrica ed ambientale. All'atto della consegna, la Ditta appaltatrice deve prendere visione dei locali in cui verranno installate le apparecchiature, per verificarne l'idoneità. Qualora le condizioni ambientali e degli impianti elettrici non fossero compatibili con l'utilizzo di apparecchiature prescritte, il tecnico specializzato della Ditta appaltatrice dovrà segnalarlo immediatamente al servizio Cure Domiciliari distrettuale tramite

report scritto dove verranno indicate le criticità riscontrate, indicando le possibili soluzioni da adottarsi per fare rientrare la non conformità.

La realizzazione degli interventi e relativi oneri saranno a carico dell'utente. La Ditta appaltatrice dovrà provvedere, a proprie cura e spese, al collaudo, all'installazione e alla messa in funzione degli apparecchi e delle strumentazioni al domicilio del paziente. La Ditta appaltatrice inoltre dovrà provvedere, con tecnici abilitati ai sensi della normativa vigente, all'addestramento del paziente e dei suoi familiari, dovrà rilasciare loro il manuale d'uso in lingua italiana e ogni altra documentazione utile sull'apparecchiatura in dotazione, nella quale si evidenzino le modalità di funzionamento, il numero telefonico cui segnalare eventuali guasti, malfunzionamenti o problemi simili, le norme di sicurezza da osservare e le manovre da eseguire in caso di emergenza. Resta inteso che l'apparecchiatura malfunzionante dovrà essere immediatamente sostituita.

d) Dispositivi di protezione individuale

La Ditta appaltatrice garantisce la valutazione dei rischi associati all'attività degli operatori ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale.

Abbigliamento:

- il personale dovrà vestire una divisa, estiva ed invernale di foggia e colore concordata con l'azienda e tale da rendere identificabili gli operatori. Tali divise dovranno essere di colore differente da quello utilizzato dai dipendenti dell'Azienda. L'uniforme dovrà essere conforme alle normative di tutela della salute nei luoghi di lavoro ed identificativo della Ditta appaltatrice.
- Ogni operatore dovrà possedere ed esporre un cartellino di riconoscimento con fototessera, con nome e qualifica in ottemperanza alle norme legislative vigenti in materia, anche in riferimento alla tutela dei dati personali.
- la divisa dovrà essere mantenuta in perfetto stato di pulizia e di decoro.
- Le calzature facendo parte dell'abbigliamento saranno conformi alle normative di tutela della salute nei luoghi di lavoro e sostituite tempestivamente in caso di usura.
- Materiale monouso: Tutto il materiale monouso utilizzato come dispositivo di protezione individuale (guanti, mascherine, cuffia copricapo, visiere protettive, tute e calzari, ecc.), nonché tutto il materiale di consumo (sapone, disinfettanti, ecc.) sarà a carico della Ditta appaltatrice e dovrà essere distinguibile e riconoscibile da quello in uso in Azienda.
- Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali: La Ditta appaltatrice dovrà assicurare, a proprio carico, la gestione, dalla raccolta allo smaltimento, dei rifiuti sanitari speciali pericolosi dotandosi di tutti i contenitori necessari, compreso quelli speciali per taglienti.
- Contenitori per campioni biologici: La Ditta appaltatrice dovrà assicurare a proprio carico la fornitura, per ogni operatore infermieristico, di borsa termica per il trasporto dei contenitori per campioni biologici e di altro materiale a temperatura controllata.

e) Carta dei Servizi

Ciascuna ditta appaltatrice, all'avvio del Servizio, è tenuta alla elaborazione e diffusione presso le UUOO del Servizio di Cure Domiciliari della ASL, e con sistemi informatici, della Carta dei servizi individuando almeno i seguenti contenuti: servizi erogati, target/tipologia di pazienti, impegni assunti nei confronti di pazienti e cittadini, materiale informativo da distribuire/mettere a disposizione degli utenti, con particolare riferimento alle modalità di accesso ed attivazione delle cure domiciliari, all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti.

La Carta dei Servizi, anche in modalità podcast, rappresenta il principale strumento di conoscenza della singola Ditta Appaltatrice da parte dell'utenza e quindi garanzia di una 'consapevole' scelta della ditta che dovrà erogare il servizio in suo favore.

f) Certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2015

Ciascuna ditta partecipante alla procedura dovrà essere in possesso della **certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2015 per servizi di cure domiciliari integrate** rilasciata da rilasciato dall'organismo di certificazione accreditato.

ART. 15 – RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA E PERSONALE IMPIEGATO

a) Direttore Tecnico

La Ditta appaltatrice ha l'obbligo di individuare un proprio Direttore Tecnico, in possesso di idonea esperienza/qualificazione, che assumerà la responsabilità di tutte le fasi di esecuzione e gestione dell'appalto, e tra le altre cose, dovrà:

- Svolgere funzioni di supervisione e controllo del servizio, con facoltà e mezzi necessari per assicurarne la corretta esecuzione che dovrà intervenire nei casi di necessità;
- Tenere i rapporti con il/i Direttore Esecuzione del Contratto e con il Responsabile Unico del Procedimento;
- Ricevere dalle ASL ogni comunicazione, anche amministrativa, inerente il servizio o contestazioni, che, rivolte al medesimo si intendono fatte direttamente alla Ditta.

Tale figura è inoltre responsabile *del mantenimento costante degli standard di servizio previsti*, della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e manutenzione) di tutto il materiale sanitario, dei presidi, delle attrezzature, delle apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatti, sia cartacea che informatizzata, della gestione del rischio clinico. Inoltre, è responsabile della corretta gestione e smaltimento dei rifiuti secondo una procedura conforme alle vigenti normative in materia.

b) Attività di Coordinamento

Il Coordinatore Sanitario sarà disponibile tutti i giorni feriali, dalle ore 8.00 alle ore 14.00. Il Coordinatore, oltre alla pianificazione del lavoro per i singoli operatori, in particolare:

- **Partecipa** alle sedute UVM, dell'area di appartenenza, quando richieste e motivate;
- **Facilita** e supporta tutte le attività inerenti la presa in carico degli assistiti più complessi da parte dell'operatore (mettere a conoscenza dell'operatore anche il PAI oltre al Piano operativo);
- **Garantisce** il rispetto dei tempi massimi previsti per la presa in carico da parte dell'operatore;
- **Supervisiona** l'attività di registrazione delle prestazioni e del processo di assistenza sia sulla documentazione cartacea che sui dispositivi informatici;
- **Propone** e partecipa attivamente alla revisione dei pacchetti (**anche in termini di peso e quindi di tempo minimo per la esecuzione delle prestazioni previste**), in contraddittorio con il Referente Cure domiciliari distrettuale che ha formulato il Piano Operativo e quindi commissionato i Pacchetti professionali;
- **Garantisce l'efficacia** del periodo di affiancamento degli operatori neo-assunti, in relazione alla acquisizione delle conoscenze di tutte le procedure più complesse (Medicazioni complesse, posizionamento di device per Pressione Topica Negativa, Gestione stomie, Gestione Tracheo, Gestione PEG, ecc.). Inoltre, il Coordinatore, anche tramite il Direttore Tecnico della Ditta aggiudicataria, **sarà interlocutore** del DEC, degli Assistenti DEC e del Responsabile delle Cure Domiciliari aziendale su qualsiasi criticità sopraggiunta nella erogazione dell'assistenza.

c) Personale impiegato nel Servizio

Per assicurare le prestazioni, contrattuali, la Ditta appaltatrice si avvarrà di personale proprio, in possesso dei necessari requisiti professionali e tecnici.

Il personale impiegato per l'erogazione delle prestazioni domiciliari sarà sempre e comunque sotto la responsabilità del Direttore Tecnico e saranno coordinati da uno o più coordinatori di riferimento sopra-

specificati.

La Ditta appaltatrice, prima della stipula del contratto e quale condizione per la sottoscrizione dello stesso, sottoposta alla condizione della revoca, dovrà consegnare al RUP l'elenco nominativo del personale che impiegherà nel servizio con l'indicazione per ciascun lavoratore della qualifica, del livello di inquadramento (come da CCNL dichiarato in sede di gara) delle attività cui è preposto.

Al predetto elenco dovrà essere allegato:

1. Curriculum vitae di ciascun lavoratore impiegato;
2. Fotocopia di un documento di riconoscimento;
3. Dichiarazioni sulle incompatibilità;
4. Iscrizioni agli ordini o collegi, se dovuto ai fini dell'esercizio della professione o altro titolo richiesto per l'espletamento di quella prestazione.

Dopo la stipula del contratto, a cura del RUP, il predetto elenco sarà trasmesso al DEC e suoi collaboratori.

La Ditta appaltatrice è obbligata ad aggiornare l'elenco dei lavoratori dipendenti in ogni caso di sostituzione tenendo presente che il turn-over non potrà eccedere certi limiti per garantire di dare una continuità al servizio e ciò a vantaggio della qualità del servizio stesso.

La dotazione di personale, sia in termini numerici totali che di figure professionali coinvolte (Infermieri, Fisioterapisti, OSS, Medici Specialisti, ecc.) deve essere proporzionale al volume ed alla tipologia di pacchetti professionali previsti dal presente capitolato

Il personale sanitario (Infermieri, Terapisti della Riabilitazione, ecc.) sarà presente e disponibile dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni dell'anno, compreso i festivi, al fine di assicurare le prestazioni a domicilio coerentemente con i profili di cura; sarà inoltre garantita la copertura dei turni di pronta disponibilità notturna e festiva dal personale infermieristico. Il servizio deve essere garantito su tutto il territorio della Regione Abruzzo ed in tutte le condizioni climatiche. La Ditta appaltatrice deve comunicare tempestivamente all'Azienda i nominativi degli operatori che svolgono ore di servizio in regime di straordinario in caso di sostituzione di altri operatori a copertura di assenze improvvise non programmate, ovvero che per motivi di servizio non osservano i riposi settimanali previsti per legge.

In relazione all'orario di attività della Centrale Operativa e delle Sedi Operative, la Ditta Appaltatrice deve garantire la presenza in servizio del personale addetto dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00, il sabato dalle ore 8:00 alle ore 14:00.

La Ditta appaltatrice nell'esecuzione delle operazioni in cui si articolano le prestazioni che ad essa fanno carico, dovrà rispettare tutte le vigenti norme e prescrizioni ed ogni necessaria cautela in materia igienico-sanitaria e di sicurezza (ex D. Lgs 81/2008 e smi.)

d) Clausola di subentro

Il personale impiegato nel servizio deve essere regolarmente assunto dalla Ditta appaltatrice o trovarsi con questa in rapporto di lavoro secondo una delle forme previste dalla vigente normativa in materia.

La ditta dovrà assicurare il rispetto della vigente normativa fiscale, previdenziale, assistenziale ed assicurativa nei confronti del personale in servizio, assumendo a proprio carico tutti i relativi oneri e tenendo così sollevata l'azienda da qualsiasi obbligo e responsabilità.

La stessa è altresì obbligata ad applicare ai propri dipendenti, occupati nelle prestazioni oggetto di contratto, condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dal relativo CCNL, indicato in sede di offerta, per le categorie e la località in cui si svolgono le prestazioni, nonché le condizioni risultanti da successive modifiche ed integrazioni dello stesso.

L'ARIC ha la facoltà di richiedere l'esibizione dei libri paga e matricola del personale addetto al servizio, nonché di svolgere ogni altro controllo ritenuto opportuno.

Al fine di promuovere la stabilità occupazionale nel rispetto dei principi dell'unione europea, e ferma restando la necessaria armonizzazione con l'organizzazione dell'operatore economico subentrante e con le esigenze

tecnico organizzative e di manodopera previste nel nuovo contratto, l'aggiudicatario è tenuto ad assorbire prioritariamente nel proprio organico il personale già operante alle dipendenze dell'aggiudicatario uscente, garantendo l'applicazione dei CCNL di settore, di cui all'art. 51 del D.Lgs. 81/2015. e sulla base delle nuove linee guida stabilite dall'ANAC che così recitano: "il riassorbimento del personale è imponibile nella misura e nei limiti in cui sia compatibile con il fabbisogno richiesto dall'esecuzione del nuovo contratto e con la pianificazione e l'organizzazione definita dal nuovo assunto".

Considerato che sono cambiate le condizioni di esecuzione dell'appalto rispetto all'appalto stipulato con l'operatore uscente, il personale da riassorbire è definito in esito ad una verifica congiunta con appaltatore e sindacati.

e) Obblighi derivanti dal rapporto di lavoro

La ditta appaltatrice deve ottemperare a tutti gli obblighi derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro, ivi compresi quelli in termini di igiene e sicurezza, nonché la disciplina previdenziale e infortunistica, assumendo a proprio carico tutti i relativi oneri. La stessa è tenuta, altresì, alla scrupolosa osservanza delle norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche. La ditta aggiudicataria è tenuta inoltre ad adottare tutti i provvedimenti e le cautele necessarie per garantire, per quanto possibile, durante lo svolgimento degli interventi e delle prestazioni loro richieste, l'incolumità del personale impiegato assicurando comunque, in caso di danno, l'equo risarcimento agli aventi diritto.

La Regione Abruzzo è pertanto sollevata da ogni e qualsiasi responsabilità civile per danni eventualmente subiti durante lo svolgimento delle attività effettuate sulla base del presente capitolato, ovvero per danni provocati a terzi durante lo svolgimento delle attività medesime. Prima di iniziare il servizio, la ditta aggiudicataria deve produrre copia delle polizze a copertura della responsabilità civile verso prestatori di lavoro e copertura dei rischi professionali e degli infortuni connessi all'attività del personale.

ART. 16 - STANDARD DI SERVIZIO

Gli standard minimi di servizio da garantire sono:

- le prestazioni dovranno essere erogate dalle ore 8.00 alle ore 20.00 cinque giorni su sette (I° livello e prestazionali) sei giorni su sette (II° livello) e sette giorni su sette (III° livello e cure palliative);
- presa in carico entro 24 ore dalla comunicazione e richiesta da parte del servizio cure domiciliari distrettuale;
- nelle dimissioni protette le prestazioni di assistenza domiciliare dovranno essere erogate entro 6 ore dalla richiesta;
- Centrale operativa funzionante almeno 12 ore al giorno nei giorni feriali;
- Per il III° livello e cure palliative, servizio di reperibilità infermieristica h 24, nei giorni festivi compresi;
- formazione permanente del personale così come regolamentato per tutti gli operatori sanitari, oltre ad una specifica formazione su specifiche tecniche e procedure aziendali disposte dalla Azienda committente;
- osservanza delle procedure che saranno oggetto di successiva regolamentazione da parte della Regione Abruzzo;
- partecipazione degli operatori sanitari su convocazione dei servizi cure domiciliari distrettuali agli incontri periodici di impostazione e verifica dei programmi assistenziali;
- disponibilità di tecnologie di informatizzazione sanitaria utili e necessari per il monitoraggio dei pazienti domiciliari e dei dati di attività di servizio;
- Disponibilità di mezzi per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti speciali;
- Disponibilità di un kit minimo di presidi per medicazioni semplici: garze sterili, cotone idrofilo, disinfettante spray e disinfettante soluzione, bende per medicazioni, forbici e pinze monouso, catetere

vescicale per urgenze, sondino nasogastrico per urgenza, sonda rettale.

- Sistema operativo web-based per il controllo elettronico degli accessi degli operatori oltre alla registrazione sull'app di tutte le attività programmate, eseguite ed eventuali comunicazioni in tempo reale con gli altri operatori coinvolti nella presa in carico di quell'assistito;

La Ditta, per il proprio livello di qualificazione, si impegna all'atto dell'attivazione del servizio a prendere in carico tutti i casi in trattamento nella Regione Abruzzo, di ogni profilo di cura e senza soluzione di continuità.

ART. 17 - OBBLIGHI DELLA DITTA

Le attività oggetto dell'appalto configurano un pubblico servizio, pertanto, la ditta appaltatrice per nessuna ragione può sospenderlo, effettuarlo in maniera difforme da quando stabilito o eseguirlo in ritardo.

In caso di sciopero dovranno essere approntati livelli e contingenti minimi di servizio.

La ditta appaltatrice in particolare dovrà:

- **Assicurare** le prestazioni inerenti servizi in appalto con proprio personale avente requisiti professionali e tecnici richiesti;
- **Nominare**, entro 10 giorni dall'affidamento del servizio di assistenza domiciliare, un proprio rappresentante che sia munito di ampia delega per trattare qualsiasi problema di carattere organizzativo e gestionale ed ogni controversia relativa agli adempimenti previsti dal presente capitolato (Direttore tecnico)
- **Osservare** ed applicare tutte le norme contenute nel contratto collettivo nazionale per i dipendenti delle imprese del settore.
- **Curare che il proprio personale:**
 - a) Segnali tempestivamente anomalie rilevate durante lo svolgimento del servizio al coordinatore di riferimento, quindi al referente della Ditta che riferirà al responsabile Asl interessato;
 - b) Tenga sempre un contegno corretto e comunichi con il paziente, il caregiver o altro familiare con una modalità corretta, professionale ed efficace;
 - c) Non deve accettare prescrizioni terapeutiche o assistenziali da possibili prescrittori "estranei al team di cura" in merito all'espletamento del servizio. Non sono "estranei" al servizio il medico della continuità assistenziale, il medico di 118, il Medico USCA ed ogni altro Medico o Sanitario facenti parte dell'equipe o team di cura di quel paziente. Sono da considerare "estrane" al servizio ogni prescrizione Medica effettuata da Specialisti Medici di fiducia della famiglia ma non facenti parte del team di cura;
 - d) Non modifichi il piano di intervento personalizzato (prestazioni infermieristiche e riabilitative) senza preventiva autorizzazione del medico di medicina generale o responsabile del servizio cure domiciliari ancorché specificatamente richiesto dal paziente o dai suoi familiari;
 - e) Rifiuti qualsiasi compenso o regalia;
- **Operare** esclusivamente su disposizione del DEC o dei suoi assistenti DEC territorialmente competenti;
- **Espletare** i servizi nei giorni feriali e festivi, 24 ore su 24, secondo il piano Operativo;
- **Tenere e conservare presso la sede operativa** (Centrale Operativa):
 - a) uno schedario degli operatori sanitari;
 - b) tutta la documentazione relativa all'attività svolta dai singoli operatori sanitari. Tale documentazione dovrà essere esibita dalla ditta appaltatrice su richiesta della Asl;
- **In qualità di produttore dei rifiuti**, provvedere al ritiro dei medesimi dal domicilio del paziente, al

trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nel corso e a causa dell'attività domiciliare, sollevando la Asl da qualsiasi responsabilità. Tale servizio deve essere assicurato dalla Ditta in conformità alle norme legislative, regolamentari e tecniche vigenti in materia, anche in caso di modifiche intervenute dopo la stipula del contratto da parte delle competenti autorità governative, regionali, provinciali e comunali che hanno giurisdizione sui luoghi in cui si svolge il servizio, restando contrattualmente convenuto che, anche se tali norme e disposizioni dovessero arrecare oneri o limitazioni nell'espletamento del servizio, la Ditta non potrà accampare diritto alcuno verso la parte contraente. Di dette attività la ditta deve provvedere a fornire evidenza alla Asl.

- **Garantire che il proprio personale:**

- a) esponga il cartellino identificativo con le generalità alle indicazioni della ditta di appartenenza;
- b) rispetti le misure idonee per la protezione individuale e garantisca la sicurezza igienico sanitaria delle prestazioni;
- c) sia dotato di abbigliamento adeguato da utilizzare al domicilio del paziente; dispositivi di protezione individuale (ivi compresi quelli previsti per la prevenzione del COVID 19), sia qualsiasi altra attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno più rischi suscettibile di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo e quant'altro necessario per garantire una buona prestazione assistenziale;
- d) rispetti puntualmente la programmazione degli orari di intervento;

- **Erogare** le prestazioni secondo le norme deontologiche e, nell'assoluto rispetto del segreto professionale, assicurare la continuità del servizio anche in caso di ferie e malattie da parte degli operatori;

- **Osservare**, oltre alle norme del presente capitolato, ogni altra disposizione relativa alla materia in oggetto sia vigente che successivamente emanate nel corso dell'appalto e che, comunque, sia applicabile alla gestione del sistema delle cure domiciliari;

- **Garantire** adeguata copertura assicurativa per la responsabilità civile professionale degli operatori impiegati per tutte le attività svolte in conseguenza dell'affidamento dei servizi oggetto presente capitolato. La ditta appaltatrice deve tenere indenne l'azienda committente, per ogni eventuale evento di danno provocato qualsiasi a titolo a persone o cose in conseguenza dei servizi appaltati.

ART. 18 - PROGETTO ESECUTIVO

Entro il termine per la stipula del contratto fissato, o concordato per l'avvio dell'esecuzione, l'aggiudicatario propone il progetto esecutivo conforme all'offerta tecnica, relativo allo svolgimento delle obbligazioni contrattuali.

Il progetto esecutivo contiene la descrizione di ogni informazione di dettaglio (a titolo esemplificativo: delle modalità operative, del cronoprogramma, dei nominativi del personale impiegato etc.).

Entro gg 15 dalla proposta, il Direttore dell'esecuzione approva il predetto progetto, fatte salve eventuali osservazioni o modifiche. In caso di mancanza di osservazioni o richieste di modifica, l'aggiudicatario considera il progetto esecutivo approvato. In corso di esecuzione è sempre facoltà del Direttore dell'esecuzione formulare nuove osservazioni o richieste di modifica, purché conformi alla lex specialis di gara e all'offerta tecnica.

In tal caso l'aggiudicatario aggiorna e dà esecuzione al progetto esecutivo entro gg 15 dalla richiesta. Il progetto tecnico presentato in sede di offerta, comprese proposte migliorative, deve essere inserito esplicitamente nel progetto esecutivo.

Ad integrazione e coerentemente con il progetto esecutivo, entro la fine del mese di febbraio di ogni anno, l'aggiudicatario deve concordare con il DEC il Piano Attività che definisca la programmazione annuale, le specifiche operative (compresi gli orari) ed organizzative delle singole prestazioni e della gestione del servizio

nel suo complesso. Dovranno essere previste modalità di verifica del servizio erogato e costituirà in ogni caso esso stesso strumento di verifica.

ART. 19 - FORMAZIONE DEL PERSONALE DELL'AGGIUDICATARIO

L'aggiudicatario garantisce al proprio personale, a qualsiasi titolo impiegato nell'appalto, la formazione continua relativa all'ambito professionale di competenza, in conformità a quanto previsto dal sistema ECM (educazione continua in medicina). Entro il 15 gennaio di ogni anno dovrà presentare, a titolo di appendice contrattuale, il piano formativo per l'anno in corso, comprensivo di argomenti, tempi e modalità di realizzazione. Il piano formativo dovrà essere approvato dal Direttore dell'esecuzione, che si riserva di valutarlo ed integrarlo se ritenuto necessario.

Al fine di valutare la capacità organizzativa gli operatori economici partecipanti alla gara devono proporre un piano di formazione completo delle seguenti informazioni:

- Gli argomenti trattati nei vari corsi di formazione;
- I destinatari del corso e impegno orario annuale;
- Il profilo professionale dei docenti che saranno impiegati, con allegati i curricula;
- il periodo (orientativo di svolgimento).

Inoltre, la Ditta appaltatrice è tenuta, a richiesta della Stazione Appaltante, a consentire al proprio personale a titolo di aggiornamento obbligatorio la partecipazione ad eventi formativi organizzati dalla Stazione Appaltante medesima per un massimo di 8 ore anno per operatore. In tal caso la partecipazione avverrà senza costi per l'aggiudicatario o per i partecipanti.

Gli operatori economici partecipanti alla gara devono, altresì, indicare per i nuovi assunti l'eventuale specifico percorso formativo corredato dagli argomenti e monte ore.

Per quanto attiene agli argomenti oggetto della formazione essi saranno articolati in tre distinti livelli in relazione alla formazione erogata:

Livello base: corsi di formazione su

1. La cultura del lavoro di rete in cui ogni Operatore sappia riconoscere il proprio ruolo di tassello di un sistema complesso governato secondo principi di integrazione, globalità e continuità fondati su una solida strategia e strumenti di comunicazione.
2. Organizzazione di percorsi formativi sugli aspetti tecnici relativi a specifiche patologie numericamente rilevanti.

Livello medio che prevede oltre al livello base corsi di formazione su

1. Gestione a domicilio dei casi critici complessi che richiedono conoscenze e competenze particolari nelle aree delle malattie neurovegetative e nell'area delle malattie dell'apparato respiratorio.
2. Digitalizzazione dei processi di cura e analisi degli *outcome*;

Livello avanzato che prevede oltre agli argomenti del livello base e del livello medio corsi di formazione su:

1. Telemedicina e diagnostica domiciliare;
2. Cure Palliative domiciliari.

Le ASL procederanno a verificare l'attuazione del piano di formazione del personale, la presenza delle informazioni obbligatorie e il sistema di valutazione dei risultati dell'attività formativa.

Ciascuna ASL si riserva la facoltà di partecipare con propri incaricati ai corsi di formazione, pertanto la Ditta aggiudicataria dovrà comunicare, con congruo anticipo, il calendario della formazione e/o aggiornamento, e fornire la documentazione attestante quanto realizzato controfirmata dal proprio Operatore.

Gli aggiornamenti e la formazione specifica del proprio personale sono da realizzarsi a carico della Ditta al di fuori dell'attività contabilizzata.

ART. 20 - CONTROLLO SUL SERVIZIO EFFETTUATO DALLA DITTA

È riconosciuta alla Asl, committente delle prestazioni, ampia facoltà di controllo sull'esecuzione delle prestazioni, erogate da parte della Ditta appaltatrice, che effettuerà nelle forme e nelle modalità che riterrà più opportuno. Il controllo della corretta esecuzione delle prestazioni e della qualità del servizio erogato saranno accertati da personale appositamente designato dalla Asl o dal DEC.

Si specifica inoltre che i controlli, in qualità di assistenti DEC, su ogni aspetto delle attività commissionate, saranno altresì effettuate da parte dei Dirigenti Medici distrettuali referenti del Servizio Cure Domiciliari, nonché dai coordinatori infermieristici distrettuali e dal personale infermieristico di Distretto preposto alla gestione Cure Domiciliari.

ART. 21 – GRUPPO INTEGRATO ASL/HOME CARE PROVIDER – TAVOLO TECNICO

Al fine di:

- gestire l'efficientamento del progetto di Cure Domiciliari, dell'evoluzione delle procedure, dei protocolli e della tecnologia (organizzativa, clinica e tecnologica) applicata;
- analizzare e risolvere eventuali criticità;
- definire ed implementare azioni di miglioramento;

considerato che tali attività dipendono dal lavoro e/o dal contributo di idee, soluzioni e nuove tecnologie di tutti gli attori coinvolti, si stabilisce che, a procedura di accordo ultimata, verrà costituito un Tavolo Tecnico fisso (per ogni singola ASL) a cui parteciperanno gli attori coinvolti ed in particolare i rappresentanti delle ASL e degli operatori economici.

Ciascuna ASL si riserva di definire tempi e modalità di costituzione/gestione del predetto Tavolo Tecnico.

ART. 22 - CONTESTAZIONI E SANZIONI

È riconosciuta alla Asl, committente delle prestazioni, ampia facoltà di controllo sull'esecuzione delle prestazioni, erogate da parte della Ditta appaltatrice, che effettuerà nelle forme e nelle modalità che riterrà più opportuno. Il controllo della corretta esecuzione delle prestazioni e della qualità del servizio erogato saranno accertati da personale appositamente designato dalla Asl o dal DEC.

Si specifica inoltre che i controlli, in qualità di assistenti DEC, su ogni aspetto delle attività commissionate, saranno altresì effettuate da parte dei Dirigenti Medici distrettuali referenti del Servizio Cure Domiciliari, nonché dai coordinatori infermieristici distrettuali e dal personale infermieristico di Distretto preposto alla gestione Cure Domiciliari.

Per la caratteristica di servizio pubblico, l'attività oggetto del presente capitolato non potrà essere sospesa. La mancata effettuazione del servizio rappresenta inadempimento contrattuale e consente alla ASL di chiedere la risoluzione del contratto ai sensi dell'articolo 1456 Codice civile nonché il risarcimento dei danni conseguenti

all' interruzione del servizio stesso, fatti salvi i casi di giusta causa e giustificato motivo, incamerando il deposito cauzionale definitivo.

L'azienda Asl individuerà uno più direttori dell'esecuzione del contratto (DEC) con i poteri e i compiti di cui agli articoli 300 e ss del DPR 207/2010, oltre ad eventuali assistenti.

Questi hanno facoltà di effettuare verifiche controlli sul mantenimento, da parte della ditta appaltatrice, dei requisiti certificati e/o dichiarati dallo stesso ai fini della stipula del contratto oltre che sulla conformità del servizio agli obblighi contrattuali. La violazione degli obblighi contrattuali, nonché la mancata applicazione di contenuti progettuali riferiti alle prestazioni tecniche, agli interventi operativi e all'esecuzione di forniture e servizi, di qualsiasi natura e a qualsiasi titolo espliciti, determinerà il mancato riconoscimento del servizio effettuato da parte dell'azienda Asl, con la conseguente applicazione delle penali previste, o finanche la non corresponsione dei relativi corrispettivi.

Il DEC, ogni qualvolta lo ritenga necessario ed a suo insindacabile giudizio, può dar corso ad autonomi controlli d'ufficio sulla corretta esecuzione del contratto. I controlli possono essere effettuati mediante ispezioni, anche a domicilio dei pazienti, richieste di documenti e/o di informazioni e/o con ogni altro mezzo e modalità utili. L'appaltatore deve fornire la massima collaborazione garantendo prontamente ogni informazione o documento utile. Le segnalazioni di disservizio, trasmesse dagli assistiti al direttore dell'esecuzione del contratto, se direttamente comprovanti il disservizio si considerano quali controlli effettuati con esito negativo rispetto all'adempimento delle disposizioni contrattuali. Ove, dalle procedure di controllo di cui al presente articolo emergano inadempimento o deficienze nell'esecuzione del contratto l'azienda Asl ha facoltà di intimare alla ditta appaltatrice di porvi rimedio fatta salva l'applicazione delle penali e la richiesta di risarcimento del maggior danno.

La ditta appaltatrice è obbligata ad adempiere con tempestività a quanto intimato.

L'impresa aggiudicataria sarà tenuta, nei confronti dell'azienda, al pagamento degli indennizzi, dei danni conseguenti e delle maggiori spese sostenute, nei seguenti casi:

- A. violazione degli obblighi contrattuali
- B. sospensione o abbandono o mancata effettuazione, anche in parte, di uno più servizi
- C. personale impiegato di personale non in regola con le normative sul lavoro

In caso di mancata immediata eliminazione della carenza contestata, per ogni giorno di ritardo rispetto al tempo di intervento, la Asl si riserva la facoltà di applicare una penalità che sarà calibrata sulla gravità dell'infrazione, sulle conseguenze che essa ha prodotto e sulle giustificazioni addotte.

Per ogni giorno di ritardo rispetto ai termini previsti per l'avvio dei servizi, verrà applicata una penale pari a 0,3 per mille dell'importo annuo dell'Ordinativo di Fornitura;

Per ogni inadempienza relativa ai servizi, ciascuna Amministrazione applicherà una penale commisurata al livello di gravità dell'inadempienza così come di seguito definito:

- ✓ **Inadempienza lieve: 0,3 per mille dell'importo annuo dell'Ordinativo di Fornitura;**
- ✓ **Inadempienza media: 0,7 per mille dell'importo annuo dell'Ordinativo di Fornitura;**
- ✓ **Inadempienza grave: 1,0 per mille dell'importo annuo dell'Ordinativo di Fornitura.**

Per ogni inadempienza relativa agli obblighi di formazione del personale, così come disciplinati nel capitolato e/o nelle eventuali offerte migliorative proposte dal Fornitore in sede di offerta tecnica, ciascuna Amministrazione applicherà una penale pari a 1 per mille dell'importo annuo dell'Ordinativo di Fornitura.

ART. 22 – FATTURAZIONE – PAGAMENTI – TRACCIABILITÀ

Le fatture dovranno indicare con precisione tipologia di servizio espletato (pacchetto professionale e numero

di accessi), il numero **CIG** indicato sul contratto nonché le coordinate bancarie del conto corrente dedicato ai sensi della legge 100 del 30/06/2010 e su successive modifiche integrazioni su cui dovrà essere effettuato il pagamento.

La ditta aggiudicataria dovrà emettere, con cadenza mensile, fatture, distinte e separate, per ciascun Distretto Sanitario, la cui elencazione sarà esplicitata al momento dell'avvio del contratto da parte dell'azienda ASL.

La fatturazione dovrà essere effettuata sulla base del numero di accessi per ciascun pacchetto professionale effettivamente erogato.

Ciascuna fattura dovrà inoltre riportare la seguente reportistica in allegato:

- numero e tipologia di pacchetto assistenziale erogato
- prezzo unitario contrattuale
- elenco nominativo dei pazienti assistiti corredato del numero di accessi, della tipologia di pacchetto e della data di erogazione

ALLEGATI

Allegato 1 – Elenco delle Prestazioni

Allegato 2 – Elenco del Personale

Allegato 3a – tabella popolazione e indici di vecchiaia

Allegato 3b – tabella popolazione residente per classi d'età

Allegato 3c – tabella numero di PAI eseguiti nel 2021

Allegato 3d – tabella accessi per figura professionale

Allegato 3e – tabella dimissioni protette

Allegato 3f – tabella stima pazienti da arruolare

Allegato 3g – tabella stima pazienti complessità assistenziale

Allegato 3h – tabella stima accessi annui complessivi