

Oggetto: PRESA D'ATTO DELLA SENTENZA N. 816/2018, PUBBLICATA IL 7.02.2018, CON LA QUALE IL TAR CAMPANIA, SEZIONE QUINTA, A SEGUITO DI RICORSO CON N. REGISTRO GENERALE 3478 DEL 2017, HA DICHIARATO L'INEFFICACIA DELLA DELIBERA N. 566 DEL 28.07.2017. – DETERMINAZIONI CIRCA IL PROSIEGUO DELL'ESPLETAMENTO DELLE PRESTAZIONI PSICOLOGICHE, INFERMIERISTICHE, RIABILITATIVE, DIETISTICHE E SOCIOSANITARIE E SERVIZI CORRELATI, PER LE CURE DOMICILIARI AZIENDALI.

IL DIRETTORE GENERALE

Stante le risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge;

Dichiarata, altresì, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ed ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

PREMESSO:

- che, al fine di procedere all'affidamento ex novo delle prestazioni psicologiche, infermieristiche, riabilitative, dietistiche e sociosanitarie e servizi correlati per le cure domiciliari aziendali, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 193 del 24.03.2016, si procedeva all'approvazione del disciplinare tecnico per l'indizione di gara triennale e contestualmente si conferiva mandato al Direttore della UOC Acquisizione Beni e Servizi per l'adozione dei successivi adempimenti di competenza;
- che, ancora, con sentenza n. 1057/2017 depositata in data 22.02.2017 il TAR Campania, Sezione Quinta, ha annullato la Deliberazione n. 193/2016 "nella parte in cui non prevede il possesso dell'accREDITAMENTO istituzionale quale requisito necessario per concorrere alla procedura di gara per la esternalizzazione delle prestazioni psicologiche, infermieristiche, riabilitative, dietistiche e socio-sanitarie per le cure domiciliari aziendali a carico del servizio sanitario regionale";
- che, quindi, con provvedimento deliberativo n. 405, dell'8.06.2017, questa Azienda ha preso atto della sentenza n. 1057/2017, procedendo alla revoca della predetta delibera del Commissario Straordinario n. 193 del 24.03.2017;
- che, nelle more dell'indizione e dell'espletamento della relativa gara, trattandosi di servizio essenziale all'attività sanitaria, con deliberazione del Direttore Generale n. 77, del 9.02.2017, si provvedeva alla ratifica/rinnovo dell'affidamento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie in esternalizzazione, a decorrere dal 16.10.2016 e sino al 15.04.2017 all'ATI Cooperativa Nuova Sair/Consorzio Confini/Linde Medica S.R.L.,

alle condizioni di cui alla pregressa Delibera n. 369 del 16.06.2016, individuando nel Direttore del Servizio fasce Deboli il Responsabile della esecuzione contrattuale;

- che, infine, nelle more della definizione delle procedure da seguire ai fini dell'affidamento delle prestazioni di che trattasi, con Delibera n. 566 del 28.07.2017, trattandosi di servizi essenziali non suscettibili di soluzione di continuità, si è determinato di procedere alla ratifica/rinnovo dell'affidamento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in esternalizzazione dal 16.04.2017 al 20.06.2017, nonché per ulteriori 5 mesi, decorrenti dal 21.06.2017 fino al 20.11.2017 all'ATI Cooperativa Nuova Sair/Consorzio Confini/Linde Medicale S.R.L., alle condizioni di cui alla pregressa Delibera n. 369 del 16.06.2016;

EVIDENZIATO:

- che la prosecuzione del servizio con la ditta affidataria si è reso necessario per consentire l'adozione di una serie di provvedimenti tesi a sostenere il servizio in gestione diretta, attraverso una implementazione dell'offerta sanitaria territoriale;
- che si è verificato che l'Azienda all'interno non è dotata di un sufficiente numero delle figure professionali necessarie, quali Psicoterapeuti, Fisioterapisti, Neuropsicomotricisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali, Educatori Professionali, Assistenti Sociali, e che pertanto si è dato mandato alle competenti articolazioni aziendali di provvedere per l'adozione degli iter procedurali volti alla formulazione di graduatorie dei vari profili professionali necessari per assolvere alle relative necessità assistenziali, da poter assumere con contratti di diritto privato a tempo determinato ai sensi dell'art. 15 octies del D.Lgs. 502/92, utilizzando i fondi vincolati per obiettivi di piano F.S.N. – anno 2012 – linea progettuale 2;
- che, in tale ottica, si è provveduto, con delibera n. 349 del 29.12.2016, all'indizione dei relativi avvisi di selezione pubblica, per titoli e colloquio;
 - a) che si è già proceduto all'adozione dei conseguenti provvedimenti finalizzati all'ammissione ed esclusione dei candidati che hanno prodotto relative istanze di partecipazione, ed in particolare:
 - b) con delibera n. 300 del 3.05.2017, e successiva delibera 477 del 29.06.2017, per il profilo Logopedista;
 - c) con delibera n. 621 del 6.09.2017, per il profilo Neuropsicomotricista;
 - d) con delibera n. 743 del 19.10.2017, per il profilo Assistente Sociale;
 - e) con delibera n. 744 del 19.10.2017, per il profilo Educatore Professionale;
 - f) con delibera n. 745 del 19.10.2017, per il profilo Psicoterapeuta;
 - g) con delibera n. 746 del 19.10.2017, per il profilo Terapista Occupazionale;
 - h) con delibera n. 855 del 6.12.2017, per il profilo Neuropsicomotricista;



➤ che, quindi, si è allo stato pervenuti all'approvazione degli atti e relative graduatorie per quanto attiene ai sottoelencati profili professionali, con la conseguente nomina dei vincitori:

- 1) con provvedimenti deliberativi n. 383, del 31.05.2017, e 849 del 6.12.2017, per Fisioterapista;
- 2) con provvedimento deliberativo n. 580, dell'8.08.2017, per Logopedista;

CONSIDERATO:

➤ che con sentenza n. 816/2018, pubblicata il 7.02.2018, il TAR Campania, Sezione Quinta, a seguito di ricorso con numero di registro generale 3478 del 2017, proposto da titolari di strutture private che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime di accreditamento, ha dichiarato l'inefficacia della delibera n. 566 del 28.07.2017, evidenziando che, seppure questa ASL NA 3 Sud abbia proceduto formalmente alla revoca della delibera del Commissario Straordinario n. 193 del 24.06.2017, con la successiva delibera n. 566 ha proceduto alla ratifica/rinnovo dell'affidamento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in esternalizzazione il favore della ATI Cooperativa Nuova Sair/Consorzio Confini/Linde Medicale S.R.L., configurandosi in tale modus operandi una chiara violazione/elusione delle statuizioni contenute nella sentenza n. 1057/2017, laddove si statuiva che necessitava procedere all'affidamento delle prestazioni afferenti alle Cure Domiciliari aziendali alle strutture sanitarie e socio-sanitarie in possesso di accreditamento ai sensi del Regolamento regionale n. 1/2007 e che già erogano in regime di accreditamento le prestazioni di cui all'allegato 1 C Area Integrazione Sociosanitaria del D.P.C.M. 29 novembre 2001;

EVIDENZIATO:

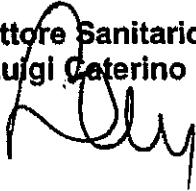
- che l'Azienda con le valutazioni organizzative e strategiche predette e con l'adozione dei provvedimenti elencati, adottati nell'ottica delle previsioni dell'art. 15-octies del D.Lgs. 502/99, che autorizza le Aziende Sanitarie al conferimento di incarichi per l'attuazione di progetti finalizzati non sostitutivi dell'attività ordinaria, ha provveduto con lungimiranza in perfetta conformità ed armonia con la richiamata sentenza 816/2018, laddove recita espressamente "non può trovare accoglimento la domanda di condanna della amministrazione intimata al pagamento di una somma di denaro per ogni violazione o inosservanza.....spettando in via esclusiva alla amministrazione la individuazione delle proprie scelte aziendali (in ipotesi, l'amministrazione sanitaria potrebbe decidere di internalizzare il servizio delle cure domiciliari, attraverso l'assunzione di nuovo personale, ovvero di avvalersi del personale di altre strutture pubbliche)";
- che, pertanto, questa Azienda darà continuità al processo di reinternalizzazione, demandando alle Strutture private accreditate le prestazioni che al momento non riesce a garantire, poiché le procedure non si sono ancora concluse ma che si definiranno entro i prossimi 12 mesi;
- che a tal fine il D.S. Aziendale è stato invitato ad individuare e definire, di concerto con i Direttori di Distretto, le prestazioni che ad oggi non si riesce ancora ad erogare, analiticamente riportate nel Capitolato Speciale allegato, che forma parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento;

Ritenuto:

- quindi di affidare al privato accreditato, ai sensi del regolamento regionale n. 1/2007, le citate prestazioni alle tariffe di cui alla tabella acclusa al predetto Capitolato Speciale;
- che il percorso per l'accesso sarà assicurato come da Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari approvato con la Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL NA 3 SUD n. 463 del 4.08.2015;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario
Dr. Luigi Caterino



Il Direttore Amministrativo
Dr. Domenico Concilio



DELIBERA

PRENDERE ATTO

DELLA sentenza n. 816/2018, pubblicata il 7.02.2018, con la quale il TAR Campania, Sezione Quinta, a seguito di ricorso con numero di registro generale 3478 del 2017, proposto da titolari di strutture private che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime di accreditamento, ha dichiarato l'inefficacia della delibera n. 566 del 28.07.2017;

STABILIRE

- che, pertanto, questa Azienda darà continuità al processo di reinternalizzazione, secondo le modalità operative esplicitate nell'accluso documento "Modalità Operative per l'Accesso alle Cure Domiciliari Riabilitative", che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- demandare al privato accreditato le prestazioni che al momento non si riesce a garantire, poiché le procedure di reclutamento del personale non si sono ancora concluse, ma che si definiranno entro i prossimi 12 mesi;
- che a tal uopo si procederà all'indizione di gara sulla base del Capitolato Speciale, accluso in allegato alla presente quale parte sostanziale ed integrante, volto ad acquisire manifestazione di interesse da parte delle Strutture sanitarie e sociosanitarie private in possesso di accreditamento, ai sensi del regolamento regionale n. 1/2007;
- che la competente U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi procederà pertanto a predisporre la ulteriore documentazione di gara e alla relativa indizione della procedura riservata alle predette Strutture in possesso di accreditamento, ai sensi del regolamento regionale n. 1/2007;
- che in esito a detta procedura di gara si procederà ad affidare le prestazioni che ad oggi non si riesce ancora ad erogare, analiticamente riportate nel Capitolato Speciale allegato che forma parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, come

individuare dal Direttore Sanitario Aziendale di concerto con i Direttori di Distretto, a seguito di espresso mandato all'uopo conferito;

- che il percorso per l'accesso sarà assicurato come da Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari approvato con la Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL NA 3 SUD n. 463 del 4.08.2015;

PRENDERE ATTO

- infine, delle prestazioni erogate a tutt'oggi dalla ATI Cooperativa Nuova Sair/Consorzio Confini/Linde Medicale S.R.L. in forza dei provvedimenti deliberativi dichiarati inefficaci con le sentenze n. 1057/2017, del TAR Campania, Sezione Quinta, depositata in data 22.02.2017, e n. 816/2018 del TAR Campania, Sezione Quinta, pubblicata il 7.02.2018;

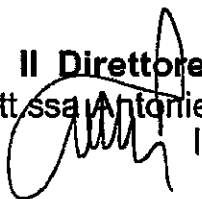
DISPORRE

- quindi, che le competenti articolazioni aziendali provvedano alle liquidazioni di rispettiva competenza, espletate sino alla internalizzazione delle attività, atteso che le prestazioni sono state regolarmente erogate e diversamente si configurerebbe un indebito arricchimento dell'Azienda, ai sensi dell'art. 2041 del c.c., avendo comunque fruito delle medesime, oltre che verificarsi ipotesi di danni erariali in corrispondenza delle cifre maggiori che graverebbero sul bilancio aziendale in esito ai ricorsi che sarebbero proposti dall'ATI Cooperativa Nuova Sair/Consorzio Confini/Linde Medicale S.R.L.;

Dichiarare il presente atto non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94.

Trasmettere copia del presente provvedimento, reso immediatamente esecutivo, al Controllo di Gestione, al Servizio Acquisizione Beni e Servizi, al Servizio GEF, ai Direttori dei Distretti Sanitari di Base, al Servizio Fasce Deboli, al Coordinamento Socio Sanitario, per gli adempimenti di rispettiva competenza.

Il Direttore Generale
dott.ssa Antonietta Costantini



Modalità Operative per l'accesso alle Cure Domiciliari Riabilitative

Criteri di organizzazione e di presa in carico

A) Scopo del Documento

Il Sistema Sanitario Nazionale prevede una Rete Integrata dei Servizi Sanitari Pubblici, delle Strutture Private Accreditate e dei Servizi Sociali, finalizzata ad assistere i soggetti portatori di malattie croniche ed i disabili.

Le Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero in post-acuzie garantiscono l'assistenza ed il recupero funzionale indifferibile di pazienti che hanno superato la fase di acuzie, ma che hanno la necessità di ulteriori interventi valutativi e terapeutici intensivi, non erogabili, in maniera efficiente, in regimi alternativi al ricovero.

Le Linee Guida del Ministero della Salute hanno fornito indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), adottando quale riferimento un modello di percorso integrato socio-sanitario, senza restando l'autonomia delle Regioni e delle Province autonome nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

L'intervento riabilitativo viene finalizzato verso quattro obiettivi:

Il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;

- l' evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale, cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico-degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- la possibilità di reperire formule facilitanti alternative.

Nell'ambito di quanto finora detto l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, in funzione di queste considerazioni, ha deciso di costituire un Gruppo di Lavoro dedicato alla elaborazione di "Modalità Operative per l'accesso alle Cure Domiciliari Riabilitative - Criteri di organizzazione e di presa in carico", al fine di dettare processi e procedure per una migliore gestione della riabilitazione a domicilio e per ottimizzare e rendere più chiari i rapporti operativi tra i soggetti coinvolti nel processo assistenziale.

Pertanto lo scopo di questo Documento, in base al quadro normativo di riferimento della Regione Campania, è quello di definire gli obiettivi generali, le indicazioni e la tipologia di pazienti, criteri generali e modalità di accesso/dimissione.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud per quanto concerne gli aspetti operativi, i criteri di ammissione, i requisiti e gli standard assistenziali presenti nel presente documento, ha fatto riferimento, oltre che alla normativa nazionale, alla normativa della Regione Campania:

- DGRC n° 482 del 25 Marzo 2004 "Linee Guida per la riabilitazione in Regione Campania"
- Regolamento n°3 del 31 luglio 2006 "Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure"
- DCA n°64 del 26 settembre 2011 "Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al DCA per il piano di rientro del settore sanitario n°32 del 22 giugno 2010"

- DCA n°23 del 10 Marzo 2015 Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione 10/2/2011 stato regioni.
- DCA n°24 del 31 marzo 2016 "Approvazione linee di indirizzo regionali sulla riabilitazione per i DSA"
- DCA n°69 del 21 Dicembre 2017 "Percorso riabilitativo della persona con frattura di femore- Linee di indirizzo regionali"
- D.C.A. n. 1/2013
- D.G.R.C. n. 41/2011

Si fa inoltre riferimento:

- alla delibera del Commissario Straordinario n.463 del 04.08.2015: "REVOCA DELIBERA N. 110/2014 AD OGGETTO "CURE DOMICILIARI - REGOLAMENTO AZIENDALE" E PRESA D' ATTO ED APPROVAZIONE NUOVO REGOLAMENTO AZIENDALE DELLE CURE DOMICILIARI."
- Alla delibera del direttore generale n. 372 del 31/05/2017 ad oggetto: "Atto Aziendale" adottato con D.C.A. n. 39/2017.

Tali normative sono state esaminate e sottoposte ad enucleazione dei punti salienti, utili alla elaborazione del presente documento ed è evidente che per ogni altro dettaglio si rimanda alla loro lettura integrale.

richiamano gli obiettivi specifici del sistema delle Cure Domiciliari Integrate indicati dalla Delibera n°41/2011, alla quale si rimanda per ogni aspetto non contemplato dal presente documento:

- Fornire adeguata assistenza.
- Favorire la permanenza a domicilio del paziente evitando il ricorso a ricoveri inappropriati.
- Rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive.
- Supportare i caregiver.
- Migliorare in ultima analisi la qualità di vita di persone non autosufficienti.

B) Appropriata nella presa in carico riabilitativa a domicilio

A causa dell'invecchiamento generale della popolazione e del conseguente aumento dell'esposizione della popolazione alle Malattie Croniche Non Trasmissibili (M.C.N.T.) abbiamo maggiore sopravvivenza rispetto a patologie acute e cronico-progressive con postumi o danni non emendabili. Con l'incremento di persone con malattie croniche o con disabilità, assistiamo dunque ad un incremento della richiesta di cure riabilitative. Anche il miglioramento generale delle condizioni di vita ha portato ed un crescente ricorso alla riabilitazione intesa come processo che mira al recupero delle persone con disabilità.

L'assistenza sanitaria deve dunque operare alla definizione di percorsi basati su criteri di appropriatezza, nel rispetto dei principi di universalità ed equità, ma anche nell'inevitabile rispetto del contenimento della spesa sanitaria.

Sebbene il setting domiciliare possa rappresentare una fase del trattamento riabilitativo (ad es. dimissioni protette), la maggior parte dei destinatari rientrano principalmente nell'area della cronicità.

La gestione di danni inemendabili, e il loro risvolto di svantaggio funzionale nella vita quotidiana, rappresentano un ambito peculiare della riabilitazione domiciliare, favorendo l'utilizzo di abilità residue anche attraverso interventi sull'ambiente di vita. In generale un intervento terapeutico può considerarsi adeguato quando ottiene il massimo del beneficio minimizzando il rischio dell'intervento stesso.

Il concetto di appropriatezza è cambiato nel corso degli anni: se negli anni '80 risultava centrato sulle necessità del paziente, sull'adeguatezza della risposta ai bisogni del paziente, successivamente si è posto l'accento sul miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata, sul rapporto costi/benefici, nel rispetto del principio di economicità dell'impiego delle risorse.

Alla luce di queste considerazioni, l'appropriatezza si profila come il risultato di un processo decisionale che assicura il massimo beneficio netto per la salute del paziente, nell'ambito delle risorse che la società rende disponibili.

Gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione devono ritenersi appropriati quando contribuiscono, realmente, a risolvere un problema di salute, sono basati su conoscenze validate con metodo scientifico e accettati dalla comunità scientifica (Medicina Basata sull'Evidenza).

Tuttavia, non sempre è possibile stabilire in concreto una correlazione diretta, del tipo causa-effetto, tra atti sanitari e conseguenze e, pertanto, il continuo progresso delle conoscenze rende il concetto di appropriatezza del tutto dinamico. Il Progetto "Mattoni SSN" pone l'attenzione sull'appropriatezza delle prestazioni erogate sia in termini di appropriatezza clinica ("cosa erogo": utilizzo di una prestazione efficace ed indicata per il bisogno) sia di appropriatezza organizzativa ("come erogo": adeguatezza del setting assistenziale prescelto, con le competenze più efficaci, più sicure, più gradite, meno costose, con i tempi giusti). L'inappropriatezza del setting è un fenomeno documentato, sovente causa di un deprecabile allungamento delle liste d'attesa.

Quindi l'appropriatezza si delinea come una caratteristica di qualità di un intervento/prestazione sanitaria, prerequisito fondamentale perché un intervento sia adeguato, adatto al fine che si propone di raggiungere, conveniente ed opportuno. In generale, la condizione di appropriatezza si realizza quando al paziente "giusto" viene reso il servizio "giusto", al momento "giusto" e nella "giusta" quantità. I bisogni del paziente sono complessi e prevedono, necessariamente, l'intervento di diverse figure professionali operanti in sinergia nel rispetto di un adeguato timing e setting riabilitativo. Il trattamento riabilitativo domiciliare si propone quindi di dare una risposta adeguata ai bisogni di salute, di evitare ricoveri ospedalieri ingiustificati, mantenere l'ambiente di vita del paziente e garantire la continuità assistenziale.

Nella definizione di adeguatezza dei vari setting riabilitativi, è necessario definire criteri e requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso, specificando le informazioni essenziali per tipologia di paziente e ogni livello di assistenza a garanzia della miglior congruità dell'erogazione.

C) CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

- *Diagnosi clinico funzionale della patologia (secondo una classifica-categorie ICF).*
- *Il grado di complessità e di fragilità del paziente.*
- *I pazienti che ne possono beneficiare.*

La qualità dell'assistenza riabilitativa è definita dalla "valutazione del bisogno e dell'inquadramento diagnostico sulla base di programmi terapeutici e riabilitativi validati da evidenze scientifiche di efficacia".

Il sistema ICD (International Classification of Diseases) definisce i codici che descrivono sostanzialmente condizioni nosologiche che non rendono conto delle condizioni funzionali della persona disabile, pur con lo stesso tipo di malattia.

Se la classificazione ICD è utile da un punto di vista statistico e per l'elaborazione dei flussi di attività, in ambito riabilitativo non risulta dirimente nella definizione del profilo funzionale.

I criteri di ammissione possono essere utili a definire preliminarmente le caratteristiche del paziente, indipendentemente dalla diagnosi della patologia o delle patologie da cui risulta affetto, in particolare devono riferire della complessità clinica, della situazione cognitiva e del grado di partecipazione, della disabilità e del grado di comorbidità e di fragilità sociale. Solo dopo quest'analisi sarà possibile erogare la tipologia di prestazione necessaria, con le modalità e i tempi necessari.

La classificazione ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) fornisce una base scientifica per la comprensione e lo studio delle condizioni di salute, rappresenta un linguaggio comune utile alla definizione delle condizioni di salute tra i diversi operatori sanitari, ricercatori, amministratori e politici; rende inoltre possibile la raccolta dei dati tra i diversi paesi. Nel contesto riabilitativo appare congruente la definizione delle categorie ICF selezionate alla componente attività e partecipazione, definita come esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo e coinvolgimento in una situazione di vita. Nel dettaglio possiamo descrivere quanta difficoltà incontra la persona nella performance (= ciò che è in grado di fare un individuo nel suo ambiente reale) e nella capacità (= abilità dell'individuo ad eseguire un compito). Tra capacità e performance si inseriscono gli adattamenti ambientali, ad es. un ausilio del cammino.

D) CARATTERISTICHE DELLA ORGANIZZAZIONE

Per definizione l'ambito socio sanitario si occupa della fase postacuzie in termini di assistenza territoriale con una logica di multidimensionalità dei bisogni e multiprofessionalità degli interventi.

Sul nostro territorio si sta assistendo ad un aumento di richiesta di interventi di riabilitazione, il domicilio risulta spesso l'ambiente più adatto a favorire il recupero/mantenimento.

I bisogni che sottendono alla richiesta di intervento riabilitativo riguardano dimensioni sanitarie e socio-sanitarie. Solo la corretta e completa valutazione di tali aspetti può permettere di rispondere adeguatamente al bisogno, di realizzare un intervento appropriato spesso utile a ri-attivare anziché a riabilitare.

Il presente documento individua modalità operative condivise nella gestione di programmi riabilitativi domiciliari, al fine di ottimizzare gli interventi e promuovere la continuità di cura, l'integrazione tra gli operatori coinvolti, la partecipazione attiva delle famiglie, l'uso razionale ed oculato delle risorse.

D.1) CONSIDERAZIONI GENERALI DI APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI

La definizione di un progetto o programma riabilitativo deve fare costante riferimento all'appropriatezza degli interventi. In tal senso è indispensabile considerare preliminarmente se la disabilità in esame possa trarre reale e significativo beneficio da un intervento riabilitativo o se il paziente (ed eventualmente i familiari) possa trarre beneficio da altro tipo di intervento. Garantita la qualità e la prospettiva di efficacia dell'intervento, il processo decisionale deve pertanto prendere in considerazione i regimi/livelli di erogazione.

D.2) RIABILITAZIONE DOMICILIARE - ASPETTI ORGANIZZATIVI

La riabilitazione domiciliare ASL è parte integrante dell'assistenza domiciliare e, perciò, attivata dalle Unità che svolgono attività di Cure Domiciliari, spesso all'interno di un piano integrato di interventi - sanitari, sociali, assistenziali - multiprofessionali.

Nell'ASL sono attive le PUA e le UVI in ogni Distretto.

Le UVI si fanno carico solo dei casi complessi, di qualunque età, cioè che necessitano di valutazione sia da parte dell'ASL che di Comune/Ambito, per l'eventuale attivazione dei vari servizi/interventi disponibili.

L'assistenza domiciliare riabilitativa è erogata, come le altre forme di assistenza domiciliare, dai Distretti ASL.

Alle UU.OO. che hanno in carico gli utenti compete il raggiungimento e la verifica degli obiettivi di cura così come definito dai Piani Assistenziali Individualizzati.

D.3) RIABILITAZIONE DOMICILIARE

Riguarda le seguenti situazioni:

- condizione di disabilità grave con non autosufficienza (almeno moderata: Barthel inferiore a 75), dichiarata dal medico prescrittore, gestibile a domicilio, tale da impedire al paziente di raggiungere la Struttura ambulatoriale con i comuni mezzi di trasporto;
- necessità di completamento del recupero funzionale tramite la contestualizzazione delle attività in ambiente domestico, al fine di un completo reinserimento al domicilio anche attraverso l'effettivo coinvolgimento dei caregiver.

Si rivolge ad utenza con disabilità conseguenti a:

- patologia neurologica/neurochirurgica (esiti di ictus, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, miopatie, paralisi nervose periferiche, ecc);
- patologia ortopedica in fase cronica (pregresse fratture, sindromi ipocinetiche in poliartrosi grave, ecc);
- patologia reumatologica (artrite reumatoide, LES, connettivopatie, ecc);
- malattie cardio-respiratorie (insufficienza respiratoria cronica, insufficienza cardiaca, ecc);
- patologie vascolari periferiche;
- sindromi da allettamento prolungato, che per motivi clinici e/o socio-ambientali non possono/non è opportuno che accedano alla riabilitazione ambulatoriale.

Modalità di accesso

Le UUOO distrettuali, attraverso la P.U.A., su segnalazione medica dell'ospedale o della struttura riabilitativa o del MMG, con l'allegato 2, definisce, attraverso lo specialista prescrittore competente per patologia, gli obiettivi dell'intervento ed il piano riabilitativo domiciliare (profilo di cura) per l'erogazione delle prestazioni, (anche valorizzando l'eventuale progetto riabilitativo già attivato in ambiente ospedaliero). Pertanto nella VMD della persona viene valutata la dimensione funzionale e il bisogno riabilitativo attraverso l'utilizzo di specifiche schede di valutazione, tra le quali fondamentale è l'ICF, il BIM (ALLEGATO 1), Valutazione della menomazione (Motricity Index e Trunk Control Test - ALLEGATO 2). La specifica valutazione è a cura di Medici Specialisti Prescrittori che, oltre alla relazione valutativa specialistico/funzionale, compilano le schede di valutazione.

Criteri di accesso e tipologia utenza

E' riabilitato a domicilio il paziente che, in base alla valutazione, in ragione della propria situazione clinica, sociale, familiare, abitativa, non sia gestibile ambulatorialmente o per il quale non sia indicato/appropriato il ricorso ad altri regimi riabilitativi.

Si farà riferimento alle priorità ed alle seguenti Indicazioni (TAB.A - Allegato3)

PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO - MODULISTICA

L'esito finale della VMD a cura della equipe valutativa (UVI) è il PAI che, in caso di bisogno riabilitativo rilevato, è comprensivo del progetto (ALLEGATO 4) e del programma riabilitativo (ALLEGATO 5) redatti come da modelli allegati.

E) Conclusioni

Le Presenti "Modalità Operative" ed i relativi "Provvedimenti" sicuramente offrono agli Operatori della Salute un nuovo modus operandi, calando nella realtà quotidiana un "dispositivo" capace di armonizzare le competenze in senso bilaterale e centrare, nel rispetto dei bisogni di salute del cittadino utente, l'obiettivo dell'Appropriatezza delle Cure Domiciliari Riabilitative.



Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaino).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatrice completa, completamente autonomo.	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenti carrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamateri.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza apocarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagalfo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento o la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagalfo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
BIM	BIM

PAZIENTE:

Cognome		Nome		Anno di nascita		Cartella clinica n.	
---------	--	------	--	-----------------	--	---------------------	--

VALUTAZIONE DELLA MENOMAZIONE

MOTRICITY INDEX

Arto superiore dx		punteggio					
	Preso a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione del gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione dalla spalla	0	9	14	19	25	33
<i>Punteggio totale arto superiore dx A =</i>							
Arto superiore sin		punteggio					
	Preso a pinza	0	11	19	22	26	33
	Flessione del gomito	0	9	14	19	25	33
	Abduzione dalla spalla	0	9	14	19	25	33
<i>Punteggio totale arto superiore sinB =</i>							

Arto inferiore dx		punteggio					
	Dorsiflessione della caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione del ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione dell'anca	0	9	14	19	25	33
<i>Punteggio totale arto inferiore dx C =</i>							
Arto inferiore sin		punteggio					
	Dorsiflessione della caviglia	0	9	14	19	25	33
	Estensione del ginocchio	0	9	14	19	25	33
	Flessione dell'anca	0	9	14	19	25	33
<i>Punteggio totale arto inferiore sinD =</i>							

TRUNK CONTROL TEST

	Punteggio		
Girarsi sul lato patologico	0	12	25
Girarsi sul lato sano	0	12	25
Equilibrio in posizione seduta	0	12	25
Passaggio da supino a seduto	0	12	25
<i>Punteggio totale controllo del troncoB =</i>			

Data ___/___/___

Firma del Fisioterapista

Tabella A: PATOLOGIE CON PRIORITÀ' DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (FKT) DOMICILIARE E TEMPI/CADENZE INDICATIVI

PATOLOGIA	TEMPI INDICATIVI DI TRATTAMENTO
Frattura di collo di femore o degli arti inferiori (sottoposte a osteosintesi, alla dimissione dall'U.O di riabilitazione)	Accessi trisettimanali per 1 mese
Frattura per-trocanterica di femore o Frattura di arto inferiore con impossibilità al carico	Accessi bisettimanali fino a carico (o al raggiungimento dell'obiettivo in progetto stazione seduta-stazione eretta)
Artroprotesi di anca o ginocchio (alla dimissione U.O. di Riabilitazione)	Accessi trisettimanali per 1 mese
Emiparesi/emiplegia nell'immediato post-acuto	Accessi pentasettimanali per 2 mesi
Emiparesi/emiplegia entro 6 mesi dall'esordio	bi-trisettimanali per i successivi 2/6 mesi
Emiparesi/emiplegia stabilizzate che presentino una riduzione della autonomia alla scala di Barthel almeno del 20% rispetto alla valutazione precedente (anno prima)	Accessi bisettimanali per 2 mesi (anche non consecutivi)
Sindrome ipocinetica conseguente al superamento di patologia acuta medica e chirurgica (attuabile a domicilio solo a paziente stabile)	Accessi trisettimanali per 1 mese
Malati con esiti di grave Dcerebro lesione acquisita in Stato Vegetativo o in Stato di Minima responsività	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato ed integrato. Non è possibile schematizzare ciò in accessi, ma va predisposta una rete di intervento.
Sclerosi multipla	3 cicli all'anno con accessi bi- trisettimanali per 1-2 mesi
SLA	L'intervento deve essere personalizzato, coordinato ed integrato. Non è possibile schematizzare ciò in accessi, ma va predisposta una rete di intervento.
Insufficienza respiratoria cronica con grave dispnea da sforzo (non in ossigeno-terapia)	Monitoraggio con cicli, se specificamente indicati, con accessi bisettimanali per 1 mese
Malattia di Parkinson avanzata ogni modifica del quadro clinico motivante l'intervento (ad esempio dopo ricovero ospedaliero per modifica di terapia farmacologica o dopo intervento per Deep Brain Stimulation o impianto di pompe per infusione di apomorfina)	Accessi bi-trisettimanali per 2 mesi
Altre patologie (paraplegie, tetraplegie, distrofie muscolari, malattie reumatologiche)	Gli interventi saranno definiti sulla base delle specifiche diagnosi

Per la durata degli accessi si fa riferimento ai profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari di cui alla DGRC 41/2011 (dal 30' al 60' a seconda del profilo di cura)

PROGETTO RIABILITATIVO

PAZIENTE: _____ DATA: _____
CLASSIFICAZIONE ICF _____

BARTHEL INDEX MODIFICATO
SITUAZIONE ATTUALE (patologia, menomazioni/disabilità)



ESITI ATTESI NEL LUNGO TERMINE - (OUTCOME GLOBALE)

OUTCOME GLOBALE:

--

SPECIFICHE DELL'OUTCOME GLOBALE:

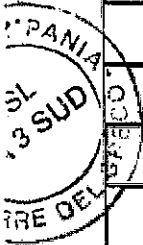
OUTCOME FUNZIONALE AL TERMINE DEL RICOVERO

OUTCOME FUNZIONALE:

--

OUTCOME SPECIFICI:

FASI E MODALITÀ in funzione degli esiti attesi.



POSSIBILE FABBISOGNO RIABILITATIVO (medico e sociale)

ALL 5

1.3 Schema di riferimento per il Programma

Lo schema di riferimento per la corretta formulazione del programma "quadro" contenente gli elementi da considerare necessari per una buona formulazione è il seguente.

CAMPANIA
ISL
3 SUD
DEL GIUGNO

SCHEMA PROGRAMMA (QUADRO)						
Paziente:						
Anno:						
Area	Situazione attuale	Elenco obiettivi (in ordine di priorità)	Metodologie operative	Operatori	Misure d'esito	Risultato
1. Area Stabilità Intermittica						
2. Area Funzioni Vitali di base						
3. Area Funzioni Senso-Motorie						
4. Area Mobilità Trasferimenti						
5. Area competenze comunicative/relazionali						
6. Area competenze cognitive-comportamentali						
7. Area autonomia e cura persona						
8. Area Riadattamento e reinserimento sociale						
9. Area emotivo-affettiva						

CAPITOLATO SPECIALE riservato a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie private in possesso di accreditamento, ai sensi del Regolamento regionale n. 1/2007, per l'affidamento della fornitura di prestazioni domiciliari di tipo infermieristico, e tutela-socio-assistenziale.

L'articolazione delle cure domiciliari prevista dalla normativa della Regione Campania ricalca quanto disposto dalla normativa nazionale del 2006, individuando tre tipologie di cure domiciliari aggregate per intensità assistenziale:

1. le cure domiciliari di tipo prestazionale;
2. le cure domiciliari integrate di primo e di secondo livello;
3. le cure domiciliari integrate di terzo livello e le cure domiciliari palliative per malati terminali.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud intende garantire un sistema complessivo di cure domiciliari che, in linea con quanto previsto dalle linee guida aziendali, regionali e nazionali in materia di Cure Domiciliari, risponda in modo adeguato ai diversi bisogni assistenziali, assicurando la necessaria continuità.

La garanzia di un modello aziendale omogeneo di Cure Domiciliari è fondamentale per evitare disparità di erogazione del livello essenziale di assistenza tra i cittadini della stessa

Dai dati disponibili si evince che le prestazioni domiciliari, nell'ASL Napoli 3 Sud, sono state sinora erogate in prevalenza dagli operatori della cooperativa affidataria sulla base di un capitolato tecnico che definiva l'oggetto del servizio, le prestazioni richieste, gli standard di personale e di organizzazione previsti dalle normative vigenti, le forme di coordinamento, le azioni di monitoraggio e verifica.

Per l'intero sistema delle Cure Domiciliari esiste una funzione di organizzazione, coordinamento e controllo aziendale.

L'ASL Napoli 3 Sud intende procedere a:

- azioni di potenziamento dell'attività delle cure domiciliari in funzione del raggiungimento dell'obiettivo di servizio S06, garantendo alternative efficienti ed efficaci al ricovero ospedaliero per evitare i ricoveri inappropriati;
- incremento delle prestazioni domiciliari in ossequio agli obiettivi regionali e ministeriali (DCA n.14/2017, Griglia LEA);
- miglioramento del percorso integrato ospedale- territorio e dell'integrazione dei servizi socio sanitari e socio assistenziali;
- avvio, in ambito aziendale, della sperimentazione di un modello a gestione diretta delle Cure Domiciliari.

L'opportunità fornita dalla possibilità di conferire incarichi, ai sensi dell'art. 15 octies del D. Lgs. n. 502/92, ad operatori quali fisioterapisti e psicologi, unitamente alla prossima acquisizione di personale infermieristico mediante mobilità, crea le condizioni di un'attenta rivisitazione delle necessità dell'assistenza (relativamente alle risorse professionali e al modello funzionale ed organizzativo) con conseguente possibile rimodulazione del disciplinare tecnico per l'affidamento delle prestazioni per le cure domiciliari aziendali, nelle more del completamento dell'internalizzazione del Servizio.

Per realizzare tali obiettivi, l'ASL NA3 Sud, per ottemperare alla sentenza n. 1057/2017, intende, tramite una procedura riservata a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie private in possesso di accreditamento, ai sensi del Regolamento regionale n. 1/2007, affidare la fornitura di prestazioni di tipo infermieristico, e tutela-socio-assistenziale, da rendersi al

domicilio dell'Utente, nell'ambito delle attività del Servizio aziendale di Cure Domiciliari (Si considera domicilio dell'utente la sua abitazione privata o anche il suo domicilio provvisorio). Da un punto di vista operativo, la Direzione Sanitaria Aziendale ha disposto, pertanto, la verifica del modello funzionale attuale delle Cure Domiciliari Aziendali, in tutte le sue varie fasi di applicazione, delle risorse professionali e degli strumenti attualmente esistenti.

Cure Domiciliari

Tale forma assistenziale è disciplinata dalla D.G.R.C. n. 41 del 14.02.2011 - Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "Il Sistema dei servizi Domiciliari in Campania".

Tale D.G.R.C. definisce gli ambiti di intervento delle Cure Domiciliari e la tipologia di prestazioni sanitarie specialistiche e generiche, infermieristiche e riabilitative da offrire ai pazienti in carico alle cure domiciliari.

In essa è descritto e regolamentato il processo della presa in carico del paziente nell'ambito delle cure domiciliari che deve essere attuata attraverso la definizione e attuazione di un Piano di cura personalizzato (P.A.I.).

La valutazione del paziente e la conseguente predisposizione del Piano personalizzato di assistenza, di competenza esclusiva dell'Azienda, è effettuata dagli appositi organismi tecnici, quali il Servizio di Assistenza Domiciliare Distrettuale e la Unità di Valutazione Integrata.

Il Piano stabilisce, per ogni paziente da assistere, gli obiettivi assistenziali definendo il numero degli accessi necessari e la loro durata, la descrizione delle prestazioni da erogare, e le verifiche di processo e di risultato.

Per tutto quanto necessario alla funzionalità del Servizio si rimanda al Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari approvato con la DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO ASL Na3 Sud N. 463 DEL 04.08.2015.

DIMENSIONI DEL BISOGNO AZIENDALE

Per una stima approssimativa massima del bisogno assistenziale sul territorio aziendale si indicano le tabelle che seguono, indicanti il numero degli accessi/anno di infermieri (distinti in accessi della durata di 30 minuti e della durata di 60 minuti) e di OSS (della durata di 60 minuti) distinti per Distretti Sanitari e riportandone i relativi costi:

Tabella dei costi relativi all'anno 2017

INFERMIERI 30 minuti		
DS	accessi /anno	EURO
34	14.170	183.076
48	1.538	19.871
49	1.351	17.455
50	1.177	15.207
51	4.158	53.721

INFERMIERI 60 minuti		
DS	accessi /anno	EURO
34	3.371,00	82.690,63
48	1.283,00	31.471,99
49	3.532,00	86.639,96
50	1.396,00	34.243,88
51	3.665,00	89.902,45

O.S.S. 60 MINUTI		
DS	accessi /anno	EURO
34	2.796,00	51.222,72
48	1.892,50	34.670,60
49	3.525,00	64.578,00
50	778,50	14.262,12
51	0,00	0,00

52	5.957	76.964
53	31.452	406.360
54	13.931	179.989
55	15.303	197.715
56	54.593	705.342
57	40.693	525.754
58	53.249	687.977
59	20.399	263.555
Totale	257.971	3.332.985

52	597,00	14.644,41
53	2.227,00	54.628,31
54	10.852,00	266.199,56
55	8.084,00	198.300,52
56	2.352,00	57.694,56
57	8.936,00	219.200,08
58	8.815,00	216.231,95
59	2.884,00	70.744,52
Totale	57.994,00	1.422.592,82

52	1.338,00	24.512,16
53	623,00	11.413,36
54	8.213,50	150.471,32
55	5.646,00	103.434,72
56	3.916,00	71.741,12
57	843,00	15.443,76
58	0,00	0,00
59	7.376,00	135.128,32
Totale	36.947,50	676.878,20

Destinatari

I pazienti destinatari delle prestazioni infermieristiche sono quelli che possiedono i requisiti per la presa in carico da parte delle U.O. Aziendali Cure Domiciliari e per i quali è stato possibile predisporre un piano assistenziale individuale (PAI).

Il Piano Assistenziale Individuale stabilisce, per ogni paziente, il livello di cura, con la distribuzione di un livello assistenziale che indica il numero degli accessi, le prestazioni da erogare, le figure professionali da impiegare e l'elenco delle apparecchiature e presidi da

fornire.

Tipologia di prestazione

L'approccio al paziente nel proprio domicilio è un intervento multidisciplinare che è possibile realizzare con programmi di integrazione tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali.

Per la descrizione delle prestazioni si fa riferimento all' Allegato 2 della D.G.R. n. 41 del 14.02.2011 che individua le prestazioni sanitarie di assistenza infermieristica.

Profili di cura

Sono considerati profili di cura, oggetto delle prestazioni, quelli indicati nel DCA 1/2013 ad oggetto: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".

Durata della prestazione:

La prestazione viene valutata a tempo, in particolare sono previsti, in relazione ai profili di cura e alla complessità assistenziale, interventi per:

- Infermiere con impegno di 30 minuti
- Infermiere con impegno di 60 minuti
- O.S.S. con impegno di 60 minuti

La durata ed il numero degli accessi vengono stabiliti in sede di valutazione.

Standard di servizio:

Lo standard è riferito al singolo Progetto Terapeutico Individuale:

1. Prestazioni erogate dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni compreso i festivi;
2. Presa in carico dei pazienti entro 24 ore dalla richiesta di presa in carico;
3. Utilizzo del fascicolo socio-sanitario domiciliare con registrazione formale di atto sanitario, anche su supporto informatico, laddove implementato dall'Azienda;
4. Realizzazione, su materiale cartaceo e su file informatico, di reportistica su indicazioni del Coordinatore aziendale del servizio di cure domiciliari.

Ripartizione delle Competenze

Alla A.S.L. compete:

- La pianificazione strategica delle attività;
- La programmazione operativa del sistema erogativo;
- La definizione dei modelli di valutazione dei bisogni;
- La valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente;
- La determinazione delle procedure organizzative, gestionali e tecnico professionali del servizio di Cure Domiciliari;
- La prescrizione e la fornitura delle attrezzature e dei presidi;
- La programmazione delle cure all'utente mediante la definizione dei piani assistenziali individualizzati;
- Il controllo dell'andamento del piano personalizzato di assistenza;
- Il controllo di qualità sull'efficacia delle cure;
- Il controllo economico gestionale sull'efficienza degli interventi.

Alla struttura affidataria compete:

- Almeno una centrale operativa, e, comunque, tutte sempre presenti nel territorio della ASL, funzionante attivamente per tutta la durata del servizio dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di tutti i giorni compresi i festivi, dotata di idonei spazi per l'archivio dei fascicoli socio-sanitari, dotata di un software per l'organizzazione dell'assistenza;
- Garantire un'adeguata dotazione di personale infermieristico e di O.S.S. per le prestazioni domiciliari e il personale dedicato al raccordo con l'ASL e le sue articolazioni;
- Obbligo di conferimento dei dati alla UOC Controllo di gestione dell'ASL.
- La tempestiva informazione delle mutate condizioni dell'utente al case manager e/o medico responsabile;
- La partecipazione ai momenti di valutazione multidimensionale;
- Aggiornamento del piano esecutivo del progetto individualizzato e la registrazione delle eventuali variazioni;
- Il rispetto delle normative in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e dei lavoratori
- La copertura assicurativa degli operatori;
- La prevenzione dei rischi e dell'infortunistica;
- La formazione del personale sull'individuazione, prevenzione e gestione dei rischi;
- Lo smaltimento dei rifiuti speciali prodotti al domicilio del soggetto in carico;



Requisiti del Personale

La struttura aggiudicataria dovrà assicurare le prestazioni inerenti il servizio con proprio personale, avente requisiti professionali e tecnici adeguati all'utilizzo e solleverà l'ASL da qualsiasi obbligo e responsabilità per retribuzioni, contributi assicurativi e previdenziali, assicurazioni e libretti sanitari e in genere da tutti gli obblighi risultanti dalle disposizioni legislative e regolamentari in materia di lavoro e di assicurazioni sociali, assumendone a proprio carico tutti gli oneri relativi.

Entro 30 giorni dall'inizio dell'attività dovrà, pena la decadenza, trasmettere all'ASL Napoli 3 Sud:

1. l'elenco nominativo del personale Infermieristico e OSS con relativo curriculum vitae;
2. la dichiarazione, per ogni singolo operatore, dell'inquadramento contrattuale;
3. una copia, conforme all'originale, per ogni singolo operatore, del titolo professionale

La struttura aggiudicataria dovrà applicare ai lavoratori messi a disposizione della ASL condizioni retributive in linea alle normative vigenti.

Restano comunque confermate le disposizioni vigenti in materia di risoluzione contrattuale per giusta causa o giustificato motivo.

Durata

La durata dell'appalto è di mesi 12 (dodici) a partire dalla data di stipula del contratto.

Valore economico dell'affidamento - Tariffa delle prestazioni

Il bando ha un valore economico di € 5.432.456,34

(cinquemilioniquattrocentotrentaduemilaquattrocentocinquantasei/00)

Le tariffe, che hanno determinato la Tabella dei costi relativi all'anno 2017, sono le seguenti:

- Prestazione infermieristica della durata di 30 minuti = € 12,92
- Prestazione infermieristica della durata di 60 minuti = € 24,53
- Prestazione OSS della durata di 60 minuti = € 18,32

La tariffa offerta è onnicomprensiva di ogni altra forma di spesa sostenuta ivi comprese le spese assicurative per responsabilità civili verso terzi e per i danni resi nell'esecuzione della prestazione. L'A.S.L. è da ritenersi pertanto sollevata da ogni responsabilità per danni causati dagli operatori nel corso della prestazione domiciliare.

Mezzi e strumenti di lavoro

La Struttura dovrà provvedere a dotare il proprio personale di idonei e sufficienti mezzi di trasporto e DPI e se ne assume tutti gli oneri di spesa.

Deve altresì dotarsi di un supporto informatico con le seguenti potenzialità nell'elaborazione dei report:

Riepilogo mensile degli accessi, con indicazione dei dati dell'operatore sanitario intervenuto, comprensivo di:

- Data e ora dell'accesso;
- Durata dell'accesso;
- Prestazioni effettuate;
- Dati anagrafici del paziente;
- Eventuali ulteriori elementi inerenti l'attività che l'ASL riterrà necessario richiedere.

Tali dati dovranno essere forniti all'Area di Coordinamento Cure Domiciliari distinti per Unità Operative distrettuali entro i primi dieci giorni del mese successivo a quello di riferimento, che provvederà alla loro valutazione e alla loro trasmissione e alla relativa liquidazione.

La Struttura dovrà altresì predisporre, nell'ambito della propria organizzazione, la possibilità di gestire tutta la documentazione che l'appaltante disporrà in materia di controllo della qualità degli interventi, rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza, valutazione del personale ed ogni altro elemento utile al governo dell'attività.

Controlli e provvedimenti

Il controllo dell'esatto e puntuale espletamento del servizio secondo quanto previsto nel bando, nonché sul livello delle prestazioni rese, verrà effettuato dai Direttori dei Distretti Sanitari, ciascuno per gli utenti afferenti al servizio, e dal responsabile dell'Area di Coordinamento Cure Domiciliari.

Referenti

La struttura è tenuta ad indicare, per iscritto, nome e recapito del proprio Rappresentante che avrà il compito di interloquire con l'Azienda e dovrà essere sempre reperibile durante le ore di espletamento del servizio e dovrà disporre di poteri e mezzi per garantire la rispondenza del servizio.

Verifica, Controllo, Applicazione Penali, Revoca Contratto

La verifica e il controllo circa l'esatto svolgimento del servizio spetta al Responsabile del servizio di cure domiciliari distrettuale e al responsabile Aziendale del servizio.

Entrambi hanno il compito di emanare le opportune disposizioni alle quali la Struttura dovrà uniformarsi, di controllare la perfetta osservanza di tutte le clausole contrattuali e di curare che l'esecuzione del servizio avvenga "a regola d'arte" ed in conformità a quanto previsto dagli accordi contrattuali; potranno in ogni momento, accedendo ai luoghi ove vengono svolti i servizi, controllarne la perfetta esecuzione.

Principali inadempienze oggetto di contestazione:

- Abbandono o sospensione per qualsiasi motivo del servizio;
- Non esecuzione delle prestazioni richieste "a regola d'arte" secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico;
- Utilizzo di personale senza la regolare abilitazione;
- Mancata presa in carico dei pazienti entro 24 ore dalla richiesta del responsabile del servizio Assistenza Domiciliare Distrettuale;



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullio)

Marco Tullio

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Delliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

23 FEB. 2018

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ / _____ A:

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.	
<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
<input checked="" type="checkbox"/>	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. PSICOL. INTEG. DONNA E BAMB.	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 52
<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 53
<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. RISK MANAGEMENT	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA	U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	COORD. TO PROGETTI FONDI	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 59
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	<input checked="" type="checkbox"/> COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. TECNICO AREA NORD	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. TECNICO AREA SUD	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRETTO N. 51	

