

ASL BA

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ALBO AZIENDALE DELLA ASSOCIAZIONI CUI AFFIDARE I SERVIZI DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE SPECIALISTICHE DOMICILIARI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'ASL BARI.

Premesso che

Le Cure Palliative Pediatriche (CPP) vengono definite come "l'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino che comprende il supporto attivo alla famiglia. Hanno come obiettivo la qualità della vita del paziente e della famiglia, non precludono la terapia curativa concomitante" (World Health Organization, 1998).

Le Cure Palliative Pediatriche non sono riservate solamente a bambini con patologia oncologica in fase progressiva (30%), ma anche e soprattutto a bambini con altre patologie gravi (genetico - malformative, degenerative, neurologiche, metaboliche severe, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari, paralisi cerebrale severa) che rappresentano quelle con maggiore incidenza (70%).

La Regione Puglia, con Legge n. 51 del 30.12.2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia – Legge di stabilità regionale 2022", all'art. 20 ha stabilito quanto segue:

"Nelle more della istituzione della rete pediatrica "Cure palliative" e della realizzazione dell'Hospice pediatrico, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni n. 30/CSR del 25 marzo 2021, al fine di garantire il miglioramento della vita del paziente ed un supporto attivo alla famiglia, alle associazioni formalmente riconosciute a livello regionale ed operanti nel settore è assegnato un contributo straordinario. Per le predette finalità, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 12, programma 05, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria, per l'esercizio finanziario 2022, in termini di competenza e cassa, di euro 1 milione. 2. Con deliberazione della Giunta regionale è approvato il regolamento di determinazione del modello organizzativo, nonché sono definite le modalità di assegnazione dei contributi alle associazioni di volontariato di settore"

La Asl Bari ha ricevuto finanziamento complessivo di € 314.628,00 di cui il 70% pari ad € 220.240,00 reso a titolo di anticipazione finanziaria, fermo restando che a consuntivo, sulla base della rendicontazione presentata, si terrà conto della spesa effettivamente sostenuta, e che sarà possibile determinare, in fase successiva, una redistribuzione del finanziamento ottenuto oppure di altre modalità di finanziamento, sulla base anche delle liste d'attesa di ciascuna Asl regionale.

Il Direttore Generale

Visto il Decreto Legislativo n. 117 del 3 luglio 2017 è stato approvato il "Codice del Terzo Settore", in seguito CTS, a norma dell'art. 1, comma 2, lettera b, della Legge 6 giugno 2016 n. 106

Vista La Legge Regione Puglia n. 51 del 30.12.2021

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 1254 del 12.09.2022

Indice

il presente bando al fine di procedere alla costituzione di un Albo Aziendale, valido per tutto il territorio della ASL BA, delle Associazioni di Volontariato, delle Onlus e degli Enti no profit con cui stipulare apposite convenzioni in linea con l'Allegato criteri di eleggibilità e con le indicazioni della Delibera di Giunta Regionale pugliese n. 1254 del 12.09.2022, nell'intento di offrire servizi di cure palliative pediatriche specialistiche domiciliari, sull'intero territorio provinciale.

Le Associazioni e gli Enti in parola nonché le Onlus iscritte all'Anagrafe delle ONLUS, dovranno avere sede

operativa nel territorio della Asl Bari, già operanti sul territorio regionale e/o nazionale nel campo specifico dell'assistenza di cui trattasi, essere iscritti nel RUNTS (Registro unico nazionale del terzo settore) o nel registro regionale delle Associazioni di Volontariato (ex Legge 266/91 e D. Lgs. n. 460/97) da almeno sei mesi e, per le Onlus, essere nell'elenco pubblicato dalla Agenzia delle Entrate ai sensi dell'art. 34 del D.M. 106/2020.

A tal fine, i componenti delle Associazioni, delle Onlus e degli enti no profit partecipanti devono vantare una consolidata esperienza operativa e/o professionale sul territorio regionale ed essere in possesso dei requisiti specifici indicati nel presente Avviso e documentazione allegata.

Le Associazioni, le Onlus e gli Enti no profit in possesso dei su indicati requisiti ed interessate, sono invitate a presentare formale istanza di richiesta di iscrizione all'albo aziendale della Asl di Bari, sottoscritta dal proprio rappresentante legale, utilizzando l'apposito modello allegato al bando.

Nell'istanza, Le Associazioni, le Onlus e gli Enti no profit dovranno espressamente dichiarare di aver preso visione dello schema di Convenzione sia per quanto attiene il possesso dei requisiti che per le prestazioni che saranno oggetto del rapporto, ivi compreso l'importo del corrispettivo contrattuale, e di approvarlo in tutte le sue parti.

Destinatari delle prestazioni domiciliari di Cure Palliative sono i pazienti con:

- Età compresa fra 0 e 17 anni
- Diagnosi di inguaribilità
- Presenza di bisogni complessi dell'unità bambino-famiglia
- Attivazione ADI di III livello per bambini con patologia non oncologica
- Attivazione ADO per bambini con patologia oncologia
- Necessità della rete ospedale-territorio e di percorsi ospedalieri specifici

I pazienti, che individueranno uno dei prestatori di servizi accreditati, sulla base del criterio della libera scelta, saranno affidati, su indicazione dei competenti Distretti socio sanitari e previa valutazione concordata con il Direttore della Unità Operativa complessa di Cure Palliative, alle Associazioni che avranno superato positivamente il vaglio dell'iscrizione all'Albo, sempreché la singola associazione abbia dimostrato il possesso di capacità organizzative e assistenziali adeguate al numero di pazienti da trattare, in ossequio a quanto previsto nell'Allegato criteri di eleggibilità nonché nella Delibera di Giunta Regionale pugliese n. 1254/2022, anche con riferimento ai Comuni ove insisterà l'attività proposta.

I pazienti, ai quali la singola associazione non sia in grado di assicurare adeguata assistenza, saranno, proporzionalmente, affidati alle restanti Associazioni e/o Enti no profit iscritte nell'Albo accreditate, avendo riguardo alle rispettive strutture organizzative, disponibilità di basi operative sul territorio, capacità tecnico – organizzativa, capacità ricettiva, nonché all'esperienza professionale degli operatori (anni di anzianità di servizio, esperienze maturate, ecc..)

Sarà, in ogni caso, garantita nei limiti su esposti il rispetto dei principi di rotazione, parità di trattamento e non discriminazione, nei limiti della capacità organizzativa dimostrata, anche nel caso in cui, nel corso dell'esecuzione dell'attività, la associazione dovesse dimostrare di aver aumentato o diminuito la propria capacità operativa

È necessario allegare all'istanza: lo statuto e l'atto costitutivo dell'Associazione/Onlus/Ente no profit, il relativo curriculum con l'indicazione delle attività svolte nell'ultimo triennio nonché l'indicazione del nome del Presidente, dei componenti, della sede e delle finalità principali dell'Associazione/Onlus/Ente no profit.

Dovranno essere, altresì, allegati i curricula del personale, con particolare riferimento al personale laureato.

LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE DOVRANNO PERVENIRE ENTRO IL DECIMO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE BANDO SUL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE PUGLIA.

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine è prorogato alla mezzanotte del primo giorno seguente non festivo.

Ulteriori chiarimenti potranno essere richiesti presso l'Area Gestione Patrimonio, a mezzo pec al seguente indirizzo: patrimonio.asl.bari@legalmail.it

Il fac-simile dell'istanza di partecipazione, l'avviso pubblico, e lo schema di convenzione potranno essere scaricati dal sito aziendale www.asl.bari.it – sezione bandi di gara.

BARI, lì 23.02.2023

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Antonio Sanguedolce

Manifestazione d'interesse Cure Palliative Pediatriche Specialistiche Domiciliari per la presa in carico dell'unità bambino-famiglia

Premessa

Le Cure Palliative Pediatriche (CPP) vengono definite come "l'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino che comprende il supporto attivo alla famiglia. Hanno come obiettivo la qualità della vita del paziente e della famiglia, non precludono la terapia curativa concomitante" (World Health Organization, 1998).

Le Cure Palliative Pediatriche non sono riservate solamente a bambini con patologia oncologica in fase progressiva (30%), ma anche e soprattutto a bambini con altre patologie gravi (genetiche - malformative, degenerative, neurologiche, metaboliche severe, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari, paralisi cerebrale severa) che rappresentano quelle con maggiore incidenza (70%).

Con i criteri di eleggibilità qui descritti si intende fornire delle linee di indirizzo per:

- Garantire agli assistiti l'equo accesso alle CPPSD;
- Favorire il collegamento e l'integrazione delle CPPSD con altre reti (ospedale e/o gruppi specialistici) al fine di lavorare in sinergia su specifici temi comuni;
- Riconoscere che l'obiettivo delle CPPSD è principalmente basato sui bisogni espressi dall'unità bambino-famiglia e sul fornire risposte specialistiche agli stessi;
- Aumentare la sensibilità verso un approccio precoce di CPP;
- Assicurare sempre e comunque la continuità delle cure lavorando in maniera integrata;
- Mettere a sistema le informazioni disponibili sulla casistica al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Criteri di eleggibilità alle CPPSD

- Età compresa fra 0 e 17 anni
- Diagnosi di inguaribilità
- Presenza di bisogni complessi dell'unità bambino-famiglia
- Attivazione ADI di III livello per bambini con patologia non oncologica
- Attivazione ADO per bambini con patologia oncologica
- Necessità della rete ospedale-territorio e di percorsi ospedalieri specifici

Diagnosi di inguaribilità

La letteratura riporta quattro categorie di bambini con patologie inguaribili eleggibili alle CPP:

1. Condizioni a rischio per le quali i trattamenti curativi possono essere possibili ma potrebbero fallire (neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile).
2. Condizioni in cui la morte precoce è inevitabile, ma cure appropriate possono prolungare ed assicurare una buona qualità di vita (fibrosi cistica, anomalie cardiovascolari).
3. Bambini con malattie degenerative neurologiche, metaboliche rare, patologie cromosomiche e geniche, in cui l'approccio fin dalla diagnosi è esclusivamente palliativo (trisomia cromosoma 13, 18, atrofia muscolare spinale).
4. Bambini con gravi patologie irreversibili, che causano disabilità severa, e morte prematura (paralisi cerebrale severa, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari)

Aspetto molto importante da sottolineare è la necessità di distinguere le cure palliative pediatriche dalle cure terminali o di fine vita (end-life). Le cure terminali non sono le cure palliative, ma le cure palliative comprendono la terminalità o l'end-life.

Tutte le condizioni cliniche rientranti nelle categorie sopra indicate possono essere caratterizzate da diversi livelli di complessità nella gestione assistenziale e della disabilità che non necessariamente riflettono la gravità della patologia.

Presenza di bisogni complessi nell'unità bambino famiglia

L'eleggibilità alle CPPSD si considera alla presenza di più bisogni complessi afferenti alla sfera clinica, psicologica, sociale e organizzativa, bioetica, spirituale e di crescita. La complessità assistenziale è la risultante della sommatoria di tutte queste dimensioni che devono essere valutate singolarmente da professionisti con competenza ed esperienza specifiche.

I bisogni clinici vengono misurati/valutati attraverso la scheda ACCAPED. I bambini con punteggi ≥ 50 necessitano dell'attivazione di servizi Specialistici di Cure Palliative Pediatriche Domiciliari.

Per la valutazione dei bisogni afferenti alle altre dimensioni sarà necessario effettuare colloqui specifici tra l'équipe di CPPSD e il PLS, il Distretto ASL di afferenza, il Coordinatore UOC Cure Palliative Aziendale, l'ADI di III livello e l'unità bambino-famiglia.

La partecipazione dell'équipe di CPPSD alla prima riunione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) nella quale verrà esposta la valutazione multidimensionale effettuata e la proposta di PAI integrativo per le CPPSD e le relative necessità in termini di dispositivi, presidi, prescrizioni farmacologiche e ulteriori bisogni che potranno emergere durante la presa in carico.

Nel caso in cui la presa in carico del bambino da parte dell'ASL sia già in corso, l'équipe multidisciplinare di CPPSD effettuerà le proprie valutazioni e comunicherà all'ASL la propria relazione circa gli interventi programmati che verranno effettuati e le necessità in termini di dispositivi, presidi e prescrizioni farmacologiche.

Attivazione di ADI di III livello per bambini con patologia non oncologica

Il criterio di eleggibilità si intende già presente al momento della presa in carico per bambini assistiti dai servizi territoriali, oppure, per i nuovi casi, attraverso l'attivazione della stessa presso il Distretto ASL di afferenza al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera. L'eleggibilità alle CPPSD prescinde dalla numerosità delle risorse messe in campo dai servizi territoriali ma risponde alla complessità dei bisogni presenti che richiedono un intervento integrato di cure palliative pediatriche specialistiche per il raggiungimento di obiettivi sulla qualità di vita dell'unità bambino-famiglia.

Attivazione ADO per bambini con patologia oncologica

Il criterio di eleggibilità si intende esclusivo per bambini per i quali non è stato ancora assegnato nessun palliativista pediatrico. Il bambino non rientra nell'eleggibilità nel momento in cui il Pediatra di Libera Scelta ritiene sufficiente i servizi forniti dall'ADO. Tuttavia, si ritiene eleggibile alle CPPSD il bambino per il quale il servizio ADO richiede consulenza specialistica, ovvero la presa in carico venga richiesta direttamente dai medici oncologi pediatri dell'Ospedale di provenienza.

Requisiti tecnici - operativi

L'équipe multi specialistica e multiprofessionale specificamente dedicata che, ai sensi dell'intesa 25 luglio 2012, deve composta da: Medico inquadrato nella disciplina "Cure palliative" con specifica formazione ed esperienza in pediatria, cure palliative pediatria e terapia del dolore. Le figure indicate, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 87/CSR, sono Pediatri e Anestesisti esperti in cure palliative e/o terapia del dolore pediatriche; b. Infermiere con esperienza e formazione in TD e CP pediatriche; c. Psicologo con esperienza e formazione in TD e CP pediatriche.

Deve essere assicurata la presa in carico del bambino e della famiglia con garanzia della continuità assistenziale e reperibilità telefonica h24, sette giorni su sette, per l'assistenza medica, infermieristica e psicologica.

L'ASL, nella persona del coordinatore della rete aziendale delle cure palliative e l'équipe multidisciplinare, dovrà condividere le procedure, i percorsi e la gestione dell'emergenza dei bambini con patologia cronica complessa o in fase terminale.

AL DIRETTORE

AREA GESTIONE PATRIMONIO

UFFICIO PROTOCOLLO

Azienda Sanitaria Locale

della Provincia di Bari

Lungomare Starita, 6 –

70123 – BARI

OGGETTO: ISTANZA PER LA COSTITUZIONE DI UN ALBO AZIENDALE DELLA
ASSOCIAZIONI CUI AFFIDARE I SERVIZI DI CURE PALLIATIVE
PEDIATRICHE SPECIALISTICHE DOMICILIARI RESIDENTI NEL
TERRITORIO DELL'ASL BARI

Il sottoscritto nato il
residente a.....in via....., codice
fiscale..... in qualità di
dell'associazione con sede legale in
....., codice fiscale n... con partita
IVA n con la presente:

DICHIARA

che intende partecipare all'avviso pubblico in oggetto:

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

DICHIARA ALTRESÌ

Che l'associazione è così esattamente denominata: _____,
ha forma giuridica di _____;
ha sede legale a _____ c.a.p. _____
via _____ n. _____,
sede operativa in _____ c.a.p. _____
via _____ n. _____,
codice fiscale _____, partita IVA _____;

- Che gli amministratori delegati a rappresentare e impegnare legalmente l'Associazione sono i seguenti:

-sig. _____ nato a _____ il _____ residente
a _____ prov _____ c.f. _____, in qualità di _____;

-sig. _____ nato a _____ il _____ residente
a _____ prov _____ c.f. _____, in qualità di _____;

sig. _____ nato a _____ il _____ residente
a _____ prov _____ c.f. _____, in qualità di _____;

- che nei confronti sia dell'Associazione che del legale rappresentante non sussiste alcuna delle cause di esclusione per l'affidamento di pubblici servizi con riferimento a quanto previsto

dall'articolo 80 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e, a tal proposito, dichiara che l'Associazione e/o il legale rappresentante (cancellare l'opzione nella quale non si rientra):

- non ha riportato condanne penali
- ha riportato le seguenti condanne penali (incluse quelle per le quali ha beneficiato della non menzione):

(N.B. il dichiarante non è tenuto ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione)

- di aver preso esatta cognizione della natura della convenzione e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nel bando di selezione e in tutte le norme della convenzione

- che l'associazione è in regola con il versamento dei contributi INPS e INAIL, di competenza per i lavoratori impiegati e che le posizioni previdenziali ed assicurative sono le seguenti

INPS sede di _____ matricola azienda _____;

INAIL sede di _____ codice ditta _____;

- che l'Associazione ha n. _____ dipendenti e che il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato è il seguente: _____ (dati richiesti ai fini dell'acquisizione del DURC);

-che il referente che seguirà tutte le procedure di selezione è il sig. _____,

Tel _____ mail _____ pec _____

- che per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente la selezione in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, l'associazione elegge domicilio in via _____ n. _____,

Città _____ prov _____ tel _____
email _____ pec _____ ;

- di essere consapevole che l'amministrazione contraente potrà utilizzare i dati contenuti nella documentazione di selezione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, nonché per adempiere alle forme di pubblicità (d.lgs. n. 163/06);

- di possedere, unitamente ai propri soci, associati e dipendenti, i requisiti morali e professionali per l'esecuzione dell'affidamento pubblico;

- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Associazione verrà esclusa dalla procedura ad evidenza pubblica per la quale è rilasciata, o, se risultasse affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto dall'Asl, ai sensi dell'art. 1456 c.c.

- di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e di essere consapevole che il mancato rispetto di detti obblighi comporterà la risoluzione del contratto da parte della Asl Bari.

Dichiara, altresì, quanto segue:

Data di costituzione associazione

Scopi e fini dell'Associazione (in sintesi):

Destinatari dell'intervento:

Iscrizione nel Registro regionale del volontariato:

SI Delibera regionale N. _____ del / ____ / ____ / _____ /

NO indicare se l'iscrizione è stata richiesta o se è in corso:

N. di unità di altro personale (non volontario) utilizzato nella gestione della commessa (infermieri, medici, psicologi) avente, alla data di presentazione della domanda, un rapporto contrattuale con l'Associazione, precisando per ogni unità il numero di ore previsto nel rapporto contrattuale instaurato

Modalità di intervento (l'Associazione dovrà riportare, sulla base delle indicazioni tecniche di cui alla tabella 1 "profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari" della convenzione), il numero di prestazioni che la associazione sarà in grado di garantire, nell'ambito territoriale prescelto

Precedenti esperienze e convenzioni:

Esperienza professionale degli operatori (allegare curricula, con particolare riferimento al personale laureato)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DICHIARA:

che ha preso visione dello schema di convenzione allegato al presente bando, e che lo approva in tutte le sue parti;

che l'associazione rappresentata è in possesso dei requisiti richiesti dalla convenzione;

che è in grado di erogare le prestazioni indicate dalla convenzione;

che accetta l'importo forfettario ivi indicato;

che si impegna a stipulare apposita convenzione secondo lo schema allegato.

Note:

Documenti allegati:

Atto costitutivo dell'Associazione;

Curricula degli operatori professionali, con particolare riferimento al personale laureato

Copia fotostatica documento di identità del dichiarante in corso di validità;

Altro _____

Data / ____/ ____/ _____/

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
