



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza**

**Via Torraca - 85100 Potenza**

**C.F. - P.I. 01722360763**

**PROCEDURA APERTA PER LA CONCESSIONE DELLA GESTIONE DEI SERVIZI  
SANITARI E NON SANITARI DEL POLO MULTISPECIALISTICO DI  
RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA RIABILITATIVA  
OSPEDALE "G. DE LIETO" MARATEA (PZ)**

LINEE DI INDIRIZZO  
PER IL PROGETTO DI GESTIONE  
DI UN  
POLO MULTISPECIALISTICO  
DI  
RIABILITAZIONE  
E  
LUNGODEGENZA RIABILITATIVA

## Premessa

Il soggetto partecipante alla gara deve presentare il proprio progetto di gestione tenendo conto delle linee di indirizzo che seguono.

Il progetto deve essere articolato nei seguenti capitoli:

- a) organizzazione degli spazi;
- b) allestimento delle camere di degenza e dei servizi ambulatoriali;
- c) attività sanitarie e non sanitarie aggiuntive;
- c) protocolli di gestione dell'assistenza sanitaria;
- d) settori di sviluppo dell'attività di ricerca;
- d) protocolli e modalità di gestione dei servizi no core, con particolare riferimento a quelli indicati nelle presenti linee di indirizzo;
- e) dotazione organica per le attività di assistenza sanitaria.

## TITOLO I IL CONTESTO

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nell'ambito della più generale programmazione regionale e aziendale, è impegnata a migliorare ed ampliare la gamma dei servizi erogati nel territorio della ex ASL3 e a costruire modelli assistenziali attrattivi, non ripetitivi, che garantiscano ai residenti pari opportunità nei livelli di assistenza. Nella logica di un sistema a rete dei servizi sanitari regionali, essa si prefigge l'obiettivo di evitare la sovrapposizione di costi per prestazioni che, in considerazione della loro scarsa incidenza territoriale ovvero della loro elevata specialità, risultassero inadeguate e/o si ponessero in termini di inaccettabile concorrenzialità nel contesto regionale. L'individuazione di nuovi servizi è orientata da criteri e parametri che tengano conto dell'incidenza epidemiologica dei bisogni di salute ovvero della mancanza sul territorio regionale di strutture abilitate allo svolgimento dei percorsi diagnostici e terapeutici necessari per la cura di determinate patologie. In coerenza con la visione programmatica innanzi esposta, sono stati individuati, per ciascun presidio ospedaliero aziendale ricadente nell'ambito territoriale della ex ASL3, compiti alternativi ma funzionali alla realizzazione di una rete dei servizi che:

- ⇒ *assegna alla sede di Lagonegro il compito di provvedere alla gestione delle acuzie mediante il nuovo ospedale unico per acuti in corso di costruzione;*
- ⇒ *assegna alla sede di Lauria il trattamento del post acuto e delle patologie terminali con il compito di dare sollievo alla sofferenza;*
- ⇒ *realizza a Chiaromonte la sede dell'area del disagio con il compito di trasformare il disagio in sorriso;*
- ⇒ *individua la sede di Maratea come sede di un Polo Multispecialistico Riabilitativo di eccellenza con il compito di trasformare la non autosufficienza in ricerca dell' autonomia.*

Attualmente il presidio ospedaliero "G. De Lieto" di Maratea è sede di PTS ed è dotato di 30 posti letto, di cui 4 in DH. Nelle sue strutture sono presenti le seguenti UU.OO. di degenza: UOC Medicina dell'Invecchiamento; UOC Broncopneumologia; UOC Endocrinologia.

Con deliberazione n.800 del 29 dicembre 2006 l'U.O. di Medicina ad indirizzo geriatrico è stata trasformata in UO Medicina dell'invecchiamento , strutturata in tre moduli operativi di geriatria, medicina residenziale e domiciliare ed RSA dotata di n.16 posti letto. L'UO Medicina dell'Invecchiamento ricomprende l'ambulatorio dell'Unità di valutazione dell'Alzheimer.

Il P.O. di Maratea,inoltre, è sede dei servizi di: Radiologia (con RMN mobile); Laboratorio Analisi; Farmacia Ospedaliera; servizi tecnico-amministrativi di supporto, logistica e centro prenotazioni.

Un'ala del nosocomio ospita importanti servizi sanitari territoriali: il Centro per la Riabilitazione sportiva; il Servizio di Riabilitazione territoriale; il Centro per la sorveglianza epidemiologica sanitaria sul fenomeno della tremolite.

L'Azienda Sanitaria intende realizzare il "programma/progetto ospedale Maratea" avviato dalla ex ASL 3 di Lagonegro e finalizzato alla realizzazione di un polo multi-specialistico riabilitativo. Va premesso che il programma prevede la realizzazione di un polo multi-specialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa, con una dotazione di 96 posti letto, approvato con DGR 1596 del 31 ottobre 2006 e ratificato dal Consiglio regionale nell'adunanza del 5 dicembre 2006 (deliberazione della ex ASL 3 n. 420 del 14 luglio 2007).

La relativa gara indetta dalla ex ASL 3 con deliberazione 501 del 19 settembre 2007, “Procedura aperta per la selezione del partner da coinvolgere in un’esperienza di sperimentazione ed innovazione gestionale in ambito sanitario comprensiva della progettazione definitiva ed esecutiva nonché dei lavori connessi alla realizzazione del polo multispecialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa presso l’ospedale di Maratea”, è andata deserta.

Pertanto, la Regione Basilicata, con Legge regionale n.20/2008 art.17, comma 2, ha autorizzato l’ex ASL3 a procedere alla scelta del partner mediante la pubblicazione di un avviso di manifestazione di interesse.

Con delibera n. 764 del 29/12/2008 il Direttore generale dell’ex ASL3 di Lagonegro ha autorizzato l’esperimento di una nuova procedura ad evidenza pubblica che abbia come finalità quella di individuare un soggetto, pubblico o privato, che - in concorso con l’ex ASL3 (oggi ASP) - dia vita ad una struttura di partenariato in grado di attivare e gestire un Polo multispecialistico riabilitativo nel nosocomio “G. De Lieto” di Maratea.

La realizzazione della struttura si inserisce in una programmazione che si propone di recuperare una quota significativa di mobilità passiva anche nelle specialità chirurgiche e conseguentemente necessita di un’adeguata rete di servizi riabilitativi.

La programmazione sanitaria della Basilicata si colloca in un contesto (regioni dell’Italia meridionale) caratterizzato da un’offerta di posti letto di riabilitazione inferiore agli standard di riferimento nazionale, da una elevata mobilità verso le regioni del centro-nord “trascinata” verosimilmente anche dalla mobilità per la cura delle acuzie determinata da standard qualitativi di offerta locale inferiori a quelli delle regioni settentrionali.

La regione è caratterizzata da una bassa fertilità, che insieme all’incremento della sopravvivenza ed all’elevata migrazione giovanile, provoca un invecchiamento della popolazione più rapido e consistente rispetto alle altre Regioni del Mezzogiorno che, più che in altre regioni, non pare destinata a modificarsi. Il generale processo di invecchiamento rilevato e in progressione, parallelo all’elevato tasso di migrazione giovanile, comporterà delle modifiche strutturali profonde e, conseguentemente, un impatto sempre più incisivo sulle politiche sociali e sanitarie. I bisogni riabilitativi sono verosimilmente orientati agli esiti di malattie cardio-cerebrovascolari acute e croniche, Alzheimer, agli esiti di neuro e vasculopatia diabetica, a patologie delle grandi e piccole articolazioni. Meno incidente che in altre regioni è la patologia post-traumatica dovuta a traumatologia da incidenti stradali e infortuni sul lavoro (scarsità di industria manifatturiera).

## TITOLO II

### I RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Piano Sanitario Regionale 1997/1999, LLGG del Ministro della Sanità per le Attività di Riabilitazione (Provvedimento 07/05/98) e le LL. GG Regionali per le Attività di Riabilitazione (DGR 670/2004), oltre a considerare le attività di riabilitazione tra gli interventi prioritari, mirano a costituire una rete qualificata e integrata di presidi, strutture e servizi sanitari di “vera riabilitazione”, su tutto il territorio regionale, che veda al centro le reali esigenze dell’utenza e come obiettivo la funzione del paziente.

Tenuto conto della complessità dell’assistenza richiesta, le attività sanitarie di riabilitazione si differenziamo in tre distinti livelli *(Deliberazione di Giunta Regionale n° 513 del 16 aprile 2007 “ Legge 311 del 30/11/2004 art. 1 comma 173 subintesa Stato – Regione 23/3/2005. Ridistribuzione dei posti letto destinati alla Riabilitazione e alla Lungodegenza post-acuzia nella dotazione complessiva della Regione Basilicata”)*.

All’ A.S.L. spetta il compito di provvedere alle attività di I e II livello.

Le attività di I livello sono finalizzate a mantenere il paziente al più alto grado di autosufficienza possibile e sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. In queste attività l’impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa. Complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere. Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per specifiche disabilità.

Esse sono svolte a livello ospedaliero (lungodegenza riabilitativa cod. 60), ambulatoriale, a domicilio del paziente, nelle strutture protette e in centri dedicati.

Le attività di II livello sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell’intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione quale, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale,

l'educatore professionale e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento delle ADL - Attività della vita quotidiana. Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 120 giorni. Sono svolte a livello ospedaliero (U.O. di Riabilitazione Intensiva -cod. 56) , in regime di ricovero ordinario o di day-hospital, e di norma contenuti entro 120 giorni.

### TITOLO III IL PROGETTO SANITARIO

#### Il percorso riabilitativo nella rete integrata

La riabilitazione, in particolare in caso d'episodio acuto, ha inizio dal momento dell'intervento terapeutico in fase acuta. Questo deve essere, da subito, impostato anche attraverso un bilancio attento dei possibili esiti della malattia in corso, assumendo, nell'iter terapeutico della fase acuta, i provvedimenti che possono limitarli e prevedendo le condizioni che possono facilitare il successivo ed immediato passaggio alla fase più propriamente riabilitativa. Il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli stessi e la presenza di potenzialità di recupero.

Spesso non è possibile predire quali pazienti avranno beneficio dal trattamento riabilitativo, ed in quale misura, pertanto, un programma di riabilitazione intensiva deve essere offerto a tutti coloro che possono averne risultati obiettivi e quantificabili ed anche a quelli con un più incerto potenziale di recupero. Per ciò che riguarda le priorità di intervento, bisogna dare precedenza ai pazienti con menomazioni maggiormente disabilitanti e con maggiore potenzialità di recupero.

#### *Il percorso riabilitativo*

In ogni patologia, con maggiore o minore rischio, si può sviluppare una condizione di disabilità e quindi l'intervento riabilitativo deve essere inserito (con modalità ed impegno diverso, secondo le diverse situazioni) già nella fase acuta all'interno del protocollo terapeutico (fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni). Ogni paziente con patologia disabilitante o a rischio di disabilità viene valutato dal fisiatra che stabilisce gli obiettivi a breve scadenza ed il piano di trattamento. I controlli programmati, o qualora ve ne sia necessità, serviranno a puntualizzare

l'evoluzione del quadro clinico e il raggiungimento degli obiettivi previsti. Al termine della fase acuta, dimissione, la valutazione accerterà l'opportunità di concludere o proseguire il trattamento riabilitativo, con indicazione del più proficuo successivo passaggio nella rete del sistema riabilitativo: Riabilitazione Intensiva o Riabilitazione Estensiva, tipologia della struttura e regime di trattamento (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, ecc.).

Alla dimissione dalla fase acuta, il paziente disabile con potenzialità di recupero e necessitante una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore o nelle ore diurne, non erogabili in forma extra ospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero) accedono per trasferimento diretto, o in forma elettiva entro 30 gg., all'U. O. di Riabilitazione Intensiva (fase della riabilitazione intensiva).

#### *fase della riabilitazione intensiva*

I soggetti disabili, non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continua nelle 24 ore, per i quali è, comunque, da prevedersi un progetto riabilitativo individuale, accedono in forma continuativa, per trasferimento diretto, o in forma elettiva, in immediata successione temporale, entro 30 gg. dalla fine della fase acuta (dimissione) o anche oltre all'U. O. di Lungodegenza Riabilitativa (fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione – riabilitazione estensiva).

I soggetti ricoverati in ambiente riabilitativo, appena possibile e se opportuno, passeranno al trattamento ambulatoriale, per agevolare il reinserimento in famiglia e per evitare che le strutture di riabilitazione finiscano per avere compiti di custodia e di assistenza sociale.

Altri pazienti con disabilità lieve o media, non necessitanti di ricovero ospedaliero, accedono al trattamento ambulatoriale di Recupero/ Rieducazione Funzionale o di Riabilitazione (fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione – riabilitazione estensiva).

E' da prevedere che una piccola percentuale dei casi dimessi dai reparti per acuti prosegua il trattamento a domicilio o in una struttura protetta (ADI, RSA, ecc.).

Il percorso riabilitativo per le disabilità importanti e con esiti permanenti è monitorato dall'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi Aziendale (U. V. B. R.) con specifica valutazione e validazione del progetto riabilitativo di persona, in presenza dei requisiti di appropriatezza e della coerenza con il progetto riabilitativo di struttura.

*Le modalità di accesso alle attività sanitarie di riabilitazione sono disciplinate dalla DGR 23/03/04 n.670 e successive modificazioni ed integrazioni.*

Nel trasferimento dei pazienti dal reparto per acuti alla degenza riabilitativa o all'ambulatorio, un fattore essenziale è la circolazione delle informazioni. Per tale scopo è da prevedere l'utilizzo di una scheda riabilitativa da attivare alla presa in carico nel reparto per acuti, con un succinto esame obiettivo, la modalità e la durata del trattamento e i "goals" a breve e media scadenza; la scheda seguirà il paziente nel trasferimento all'ambulatorio o alla degenza riabilitativa, con inserimento della stessa nella apposita cartella clinica. Il trasferimento del paziente verrà preceduto da contatti tra i responsabili dei "blocchi funzionali" sia per predisporre il necessario prima dell'arrivo del paziente sia per acquisire ulteriori informazioni: piaghe da decubito, il tipo di medicazione, la dieta, modalità e la data di evacuazione dell'alvo, uso di farmaci particolari, presenza di sondino nasogastrico, catetere vescicale, ecc., .

La dimissione dall'U. O. di Riabilitazione Intensiva e di Lungodegenza Riabilitativa avviene quando i programmi riabilitativi sono stati completati e gli obiettivi sono stati raggiunti. Alla pianificazione della dimissione partecipano: lo staff medico, il paziente, la famiglia, l'assistente sociale, l'UVBR, eventuali associazioni di volontariato e il Medico di Medicina Generale, quest'ultimo per ciò che riguarda l'eventuale assistenza infermieristica domiciliare.

Il paziente viene dimesso provvisto di tutti gli ausili, dopo aver preso accordi ben precisi per proseguire, eventualmente, il trattamento ambulatoriale. In tal modo si evitano alla famiglia disagi, angosce e perdita di tempo; il reinserimento è facilitato.

Per i pazienti che concludono il trattamento riabilitativo, verranno fissate visite di controllo periodiche, sempre più distanziate, allo scopo di verificare l'adattamento alla vita familiare



e sociale, il mantenimento dei risultati raggiunti, la presenza di qualche nuovo problema da risolvere.

La visita di controllo permetterà alla famiglia di non sentirsi abbandonata e sola con i propri problemi. Tutti i pazienti devono essere informati che, in caso di eventi acuti che aumentino la disabilità (recidiva, fratture, allettamento per problemi internistici), possono fare riferimento all'UVBR per una rapida valutazione e indicazione ad eventuale nuovo trattamento.

*Il ricovero ordinario in riabilitazione intensiva è appropriato se:*

- 1) Vi è trasferimento diretto o comunque non oltre 30 gg. dalla dimissione dall'U.O. per acuti e la prescrizione di ricovero in riabilitazione sulla scheda di dimissione ospedaliera, completata dalle indicazioni all'U.V.B.R.. Oppure a non più di 20 giorni dall'episodio di riacutizzazione, sempre su indicazione dell'U.V.B.R.
- 2) Il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero, cioè di poter ritornare nella comunità (con o senza supporto) o di poter progredire verso un altro livello organizzativo di cure riabilitative (ambulatoriale, domiciliare, ecc. ).
- 3) Le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nell'arco delle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutiche-riabilitative ad elevata intensità (da parte di personale medico e paramedico) ed un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi. La necessità di tutela medica continuativa è legata ad un alto rischio di potenziale instabilità clinica, e prevede un contatto diretto, regolare, individuale tra paziente e specialista. La necessità d'assistenza infermieristica è legata al bisogno (o al rischio di dover disporre) di un nursing riabilitativo multiplo o complesso.
- 4) Le condizioni cliniche del paziente richiedono un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficacemente in regimi alternativi e, comunque, da somministrarsi con approccio interprofessionale e plurispecialistico.
- 5) Le condizioni cliniche del paziente sono tali da consentire l'elaborazione e l'effettuazione di un programma terapeutico.
- 6) Vi sono esiti di gravi cerebrolesioni e di lesioni midollari già trattati nella fase post-

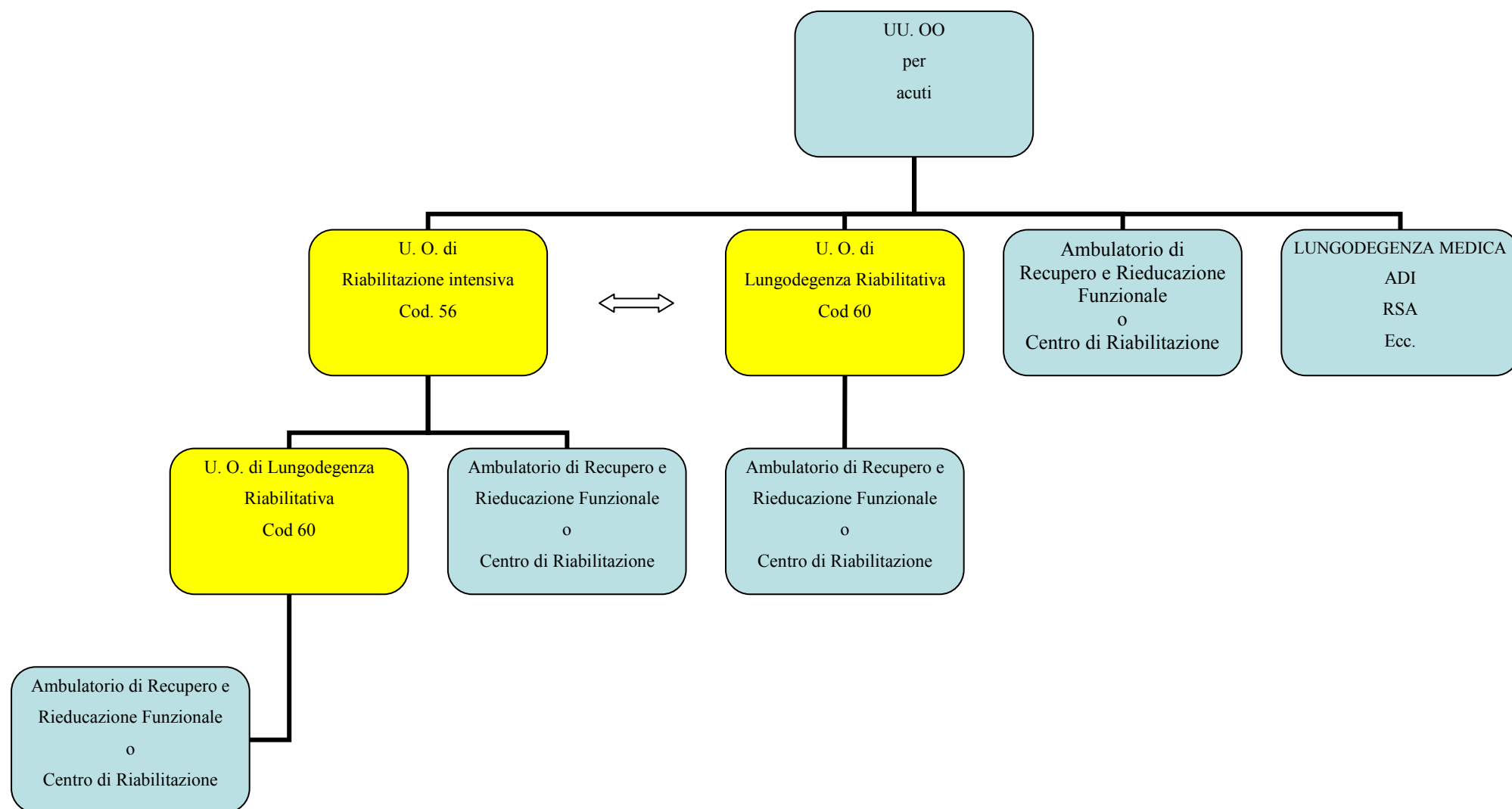
acuzie e che necessitano del completamento del piano terapeutico riabilitativo o di controlli e trattamenti riabilitativi

### *L'appropriatezza dei ricoveri intensivi in Day Hospital*

L'episodio di ricovero in Day Hospital in riabilitazione intensiva è appropriato se il paziente:

- 1) è suscettibile di significativi miglioramenti funzionali e della qualità di vita in un ragionevole lasso di tempo;
- 2) ha indicazione per un intervento riabilitativo di elevata intensità o comunque prolungato nell'ambito della stessa giornata, da somministrarsi con l'approccio multiprofessionale più adeguato spesso anche plurispecialistico;
- 3) presenta condizioni cliniche generali che gli permettono di tollerare sia tale intervento che i trasferimenti quotidiani da e per il proprio domicilio;
- 4) è clinicamente stabile in misura tale da non aver bisogno di assistenza sanitaria continuativa per 24 ore al giorno;

Tab. 1 – ASL Potenza - Percorso riabilitativo e attività. In giallo le attività oggetto di sperimentazione.



## TITOLO IV

### IL PROGETTO DEL POLO RIABILITATIVO DI MARATEA

#### Mission e Vision

Nel contesto dello sviluppo della rete integrata per le attività riabilitative aziendali, la ASL di Potenza ha individuato l'ospedale di Maratea quale sede del Polo Multispecialistico di Riabilitazione Intensiva cod. 56 ( n° 76 pl) e Lungodegenza Riabilitativa cod. 60 ( n° 20 pl), all'interno del sistema "Riabilitazione" della Regione Basilicata, in particolare per i neurolesi e i motulesi.

La scelta della localizzazione del Polo Multispecialistico di Riabilitazione e Lungodegenza Riabilitativa a Maratea tiene conto, tra l'altro, anche della strategica posizione geografica della cittadina tirrenica, ai confini della Campania e della Calabria, con possibilità di dare risposta alle necessità sanitarie ad una vasta area territoriale.

La vocazione turistica della cittadina potrà, in futuro, portare ad uno sviluppo di percorsi socio-riabilitativi a livello nazionale, quale l'accoglienza di un turismo diversamente abile: organizzazione di manifestazioni sportive come regate per disabili, ecc. .

Il polo riabilitativo dovrà offrire prestazioni notevolmente più avanzate rispetto a quelle "classiche" offerte da altre strutture presenti in Regione e nell'Italia meridionale sia attraverso un nuovo modello di "progetto di struttura", sia con la ricerca e l'applicazione di metodologie e tecnologie innovative in ambito riabilitativo.

Esso dovrà garantire una risposta qualitativamente valida ai bisogni riabilitativi per l'utenza della ASL di Potenza nel completamento della rete integrata delle attività di riabilitazione e sarà punto di riferimento per l'intera Regione Basilicata e di una vasta area dell'Italia Meridionale.

La struttura riabilitativa di Maratea effettua la presa in carico, multicomprendiva, di individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità recuperabili il cui trattamento è indifferibile.

Garantisce una tutela medica specialistica riabilitativa e interventi di nursing, a elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore o nelle ore diurne, non erogabili in forma extraospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero) ed estensivi (da 1 a 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero).

La metodologia operativa è caratterizzata da un approccio centrato sulla globalità dei bisogni del paziente e della sua famiglia con la predisposizione di progetti riabilitativi individualizzati, realizzati attraverso un approccio in team interprofessionale in cui il paziente e le persone per lui significative sono considerate parte integrante del team riabilitativo.

L'attività riabilitativa post-acuta, intensiva o estensiva, svolta presso il Polo Multispecialistico di Riabilitazione è prioritariamente riservata ai pazienti residenti nell'ASL di Potenza.

Il paziente con necessità di ricovero in ambiente riabilitativo proveniente da Presidi di altre ASL potrà essere trasferito direttamente al Polo Riabilitativo di Maratea fatto salvo quanto sopra in ordine alla priorità riservata all'ASL di Potenza.

Il progetto ed i programmi riabilitativi saranno redatti dal Responsabile del Polo Riabilitativo di Maratea e comunicato all'UVBR dell'ASL di residenza dell'utente.

Per ogni paziente nel piano riabilitativo redatto dai medici del PR vengono fissati gli obiettivi di trattamento.

I controlli successivi evidenzieranno:

- l'evoluzione del quadro clinico ed il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- alla data della prevista dimissione, la necessità di proseguire o concludere il trattamento riabilitativo ed il successivo percorso.

I soggetti ricoverati nel P.R., esaurita la fase di riabilitazione intensiva o estensiva,

potranno proseguire il trattamento riabilitativo in regime ambulatoriale anche per agevolare il reinserimento in famiglia ed evitare che le strutture di riabilitazione finiscano per acquisire compiti di custodia e di assistenza sociale.

Il Polo Multispecialistico di Riabilitazione di Maratea, sia nei suoi aspetti assistenziali ma anche scientifici e didattici dedicati alla riabilitazione, si integrerà con quelli dell'ASL di Potenza e potrà rappresentare anche il punto di riferimento per le attività riabilitative ambulatoriali e domiciliari.

Il soggetto partecipante alla gara potrà sviluppare il proprio progetto prevedendo l'inserimento di altre attività sanitarie rientranti nei LEA che concorrono allo sviluppo della riabilitazione sanitaria (quali la chirurgia funzionale ricostruttiva, l'attività di diagnostica per immagini, di laboratorio, la elettroencefalografia). Compatibilmente con i vincoli strutturali, potrà prevedere anche l'inserimento di attività sanitarie non ricomprese nei LEA e servizi non sanitari (quali ad esempio centro congressi, centro wellness, parking, servizi alberghieri).

#### Progetto riabilitativo di struttura

Caratterizza il “ progetto riabilitativo di struttura” del Polo Multispecialistico di Riabilitazione e Lungodegenza Riabilitativa di Maratea l'organizzazione di spazi (aree) diversi, ciascuno caratterizzato per criticità assistenziale e livello di autonomia funzionale del paziente ricoverato. A secondo del diverso gradiente di necessità assistenziale medica e/o del grado di autonomia vengono individuate tre diverse Aree:

- **AREA ROSSA** ⇒ accoglie pazienti ad equilibrio clinico instabile o necessitanti di assistenza medica e di nursing nelle 24 ore, e con “*non autosufficienza completa*”: assistenza totale (0% = < paziente < = 25% ) e assistenza intensa (25% = < paziente < = 50%).
- **AREA GIALLA** ⇒ accoglie pazienti ad equilibrio clinico stabile o necessitanti di assistenza medica e di nursing nelle 12 ore, e con “ *non autosufficienza parziale*” : assistenza moderata (50% = < paziente < = 75%) e assistenza minima (75% = < paziente < = 100%);
- **AREA VERDE** ⇒ accoglie pazienti ad equilibrio clinico stabile o necessitanti di

assistenza medica e di nursing nelle 12 ore o occasionale, e con “*autosufficienza completa o autosufficienza con adattamenti*”: (Supervisione – predisposizioni / adattamenti).

Questo permetterà una distribuzione e un uso sensibilmente diverso delle risorse strutturali e di personale.

Nell'area rossa (a maggiore criticità e minore autonomia) il triage medico e infermieristico è intenso e le attività riabilitative sono indirizzate prevalentemente al recupero delle funzioni vitali e all'evocazione della motricità volontaria; vi è maggiore disponibilità di personale di assistenza e spazi specificatamente attrezzati per l'emergenza.

Nell'area verde (pazienti stabilizzati e con autosufficienza necessitante di adattamenti) saranno messi a disposizione ambienti di socializzazione e integrazione: spazi attrezzati per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero, vale a dire un ambiente facilitante le abilità acquisite; il nursing assistenziale è minimo o disponibile su chiamata. E' propria di quest'area la presenza di spazi appositamente dedicati e videosorvegliati in cui il paziente sosta per alcuni giorni, prima della dimissione, per convalidare da solo e senza supporto assistenziale, le abilità raggiunte nella vita quotidiana, o addestrare “*sul campo*” i familiari nell'assistenza, nei casi con autosufficienza parziale.

Nell'area gialla (a equilibrio clinico stabile o in via di stabilizzazione e autosufficienza parziale) la presenza di nursing assistenziale è codificato e saranno presenti spazi di socializzazione (sala pranzo, soggiorno e tempo libero).

Il passaggio del paziente nelle diverse aree disegna un vero e proprio “*Percorso Autonomia*” con sintonia costante tra progetto riabilitativo di persona e progetto riabilitativo di struttura.

Nell'area verde sarà possibile la sperimentazione di ausili che facilitano la gestione dell'ambiente domestico (*domotizzazione*) al rientro del paziente al proprio domicilio.

### Ricerca

L'attività di ricerca dovrà essere svolta all'interno della struttura di Maratea anche in collaborazione con Istituti Universitari, Istituti di Bioingegneria, CNR, ed altri. Il complesso delle ricerche interdisciplinari sarà finalizzato alle seguenti tematiche di interesse prioritario in riabilitazione:

1. Analisi e recupero del danno motorio: approfondimento conoscitivo dei meccanismi

di controllo del movimento, con sviluppo di algoritmi e software per l'elaborazione di segnali biologici di interesse clinico;

2. Analisi e recupero della funzione cardio - respiratoria
3. Analisi di postura ed equilibrio
4. Sviluppo dei criteri oggettivi della valutazione funzionale e la stima dell'efficacia del trattamento (outcome riabilitativo)
5. Domotica
6. Realtà virtuale \*
7. Studio e sviluppo di tutori e protesi ad elevato contenuto tecnologico

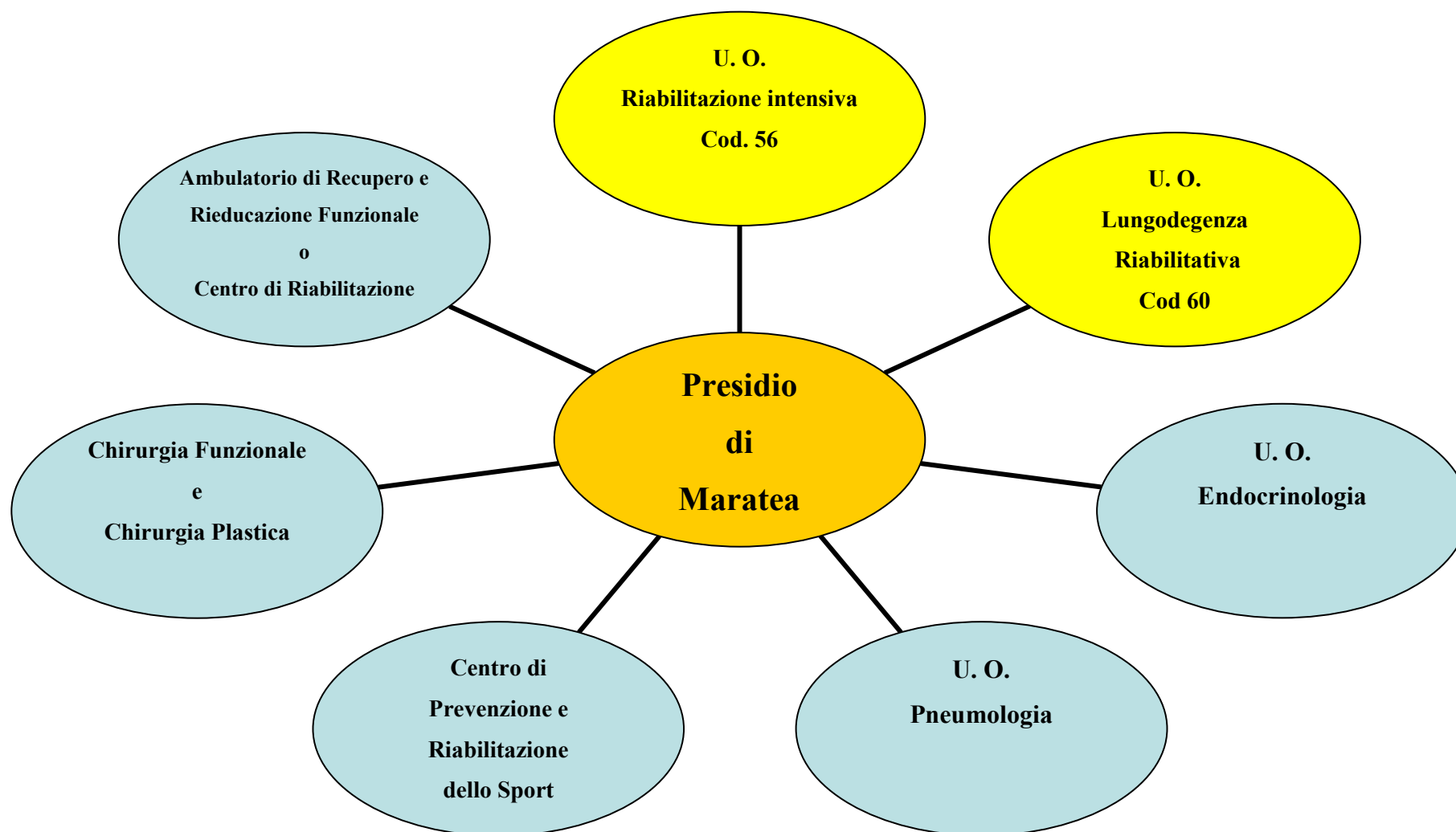
Il soggetto partecipante alla gara potrà proporre altre tematiche di ricerca ad integrazione o in sostituzione di quelle sopra indicate.

Nello sviluppo della ricerca, che potrà estendersi anche ad altri settori comunque nel campo della riabilitazione, il Concessionario collaborerà con la Fondazione di Partecipazione che l'ASL costituirà.

*\* La mental practice è una tecnica di training basata sull'immaginazione motoria, definita come la simulazione mentale di un movimento in assenza di macroscopica attivazione muscolare. Secondo i risultati di alcune meta-analisi, la combinazione della pratica fisica e mentale di un movimento determina una performance di apprendimento superiore rispetto alla sola pratica fisica. I meccanismi responsabili di questo effetto sono ancora in fase di approfondimento, tuttavia studi di brain imaging hanno evidenziato che l'esecuzione e l'immaginazione di azioni attivano medesime regioni della corteccia motoria, dei gangli della base e del cervelletto. Inoltre, studi di cronometria mentale indicano che il tempo impiegato ad immaginare un movimento è strettamente correlato al tempo necessario a eseguirlo fisicamente, suggerendo che i movimenti reali e quelli immaginati sono funzionalmente simili (Jeannerod, 1994). Partendo da queste premesse, sono stati effettuati tentativi di utilizzare la mental practice nella riabilitazione del movimento post-ictus, con incoraggianti risultati (Johnson-Frey, 2004).*



Tab. 2 – ASL 3 - Presidio di Maratea: attività. In giallo le attività oggetto di sperimentazione



## Aspetti strutturali

### *Attività:*

- Valutazione delle diverse tipologie di menomazioni e disabilità;
- rieducazione funzionale di disabilità motorie,
- rieducazione respiratoria,
- rieducazione cardiologia,
- vescico-sfinterica,
- rieducazione gastroenterologica, vascolare;
- terapia fisica strumentale;
- rieducazione delle turbe del linguaggio;
- rieducazione delle principali turbe neuropsicologiche;
- attività protesica ed ortesica;
- terapia occupazionale;
- educazione ed addestramento del disabile e dei suoi familiari.

### *Degenza*

Oltre ai requisiti minimi strutturali previsti dalla normativa per il reparto di degenza, si devono prevedere:

- stanze di degenza a due posti (degente-degente o degente-familiare) accessibili con qualsiasi tipo di ausilio (carrozzella, deambulatore, sollevatore, ecc...) e dotate di bagno privato attrezzato per disabili,
- spogliatoio/guardaroba (quando non centralizzato);
- area attrezzata per colloquio con i familiari;
- bagno assistito (uno ogni 16 pl);
- spazio per il deposito attrezzature (carrozzine, deambulatori, etc.);
- spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero;
- disponibilità di spazi per le attività di segreteria, anche in comune con altre funzioni (se non centralizzato);
- disponibilità di sala riunioni;
- deve essere possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore;
- i sistemi di chiamata devono essere adatti alle diverse tipologie di disabilità;
- i tavoli devono avere altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina.

### *Spazi destinati alla valutazione*

- Ambulatori generali e per valutazioni specifiche.

### *Spazi destinati all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione (per modulo di 16 pl di degenza ordinaria)*

- Spazi multifunzionali per attività dinamiche e di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento (secondo le attività elencate);
- ambiente/ spazio per il coordinamento dei fisioterapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse.

### Aspetti tecnologici

#### *Attrezzature*

Oltre alle attrezzature previste per le strutture di degenza, devono essere previste:

a – degenza:

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi “trapezi” e “archetti alzacoperte” e con almeno il 20% della dotazione regolabile in altezza;
- materassi antidecubito di differenti tipologie;
- apparecchi per aerosol terapia;
- sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature; carrozzina (1 per p. l. , parte standard con ruote grandi posteriori e parte a schienale alto reclinabile con appoggiatesta);
- barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile;
- sistema pesapersone per disabili;
- cuscini antidecubito;
- reggibraccio-postura per carrozzina;
- oftalmoscopio; oto-rino-laringoscopio;
- poltroncine doccia; comodini bidirezionali per disabili.

b - attrezzature per la valutazione:

- sistema di valutazione neuro-fisiopatologica (es. EMG, ENG, PESS, etc.);
- elettrogoniometri;
- piattaforma di forza;
- dispositivi per valutazioni dinamometriche (compresa isocinetica);

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- apparecchio per saturimetria transcutanea;
- spirometro ed apparecchio per EGA;
- ecografo;
- apparecchio per urodinamica;
- cronometri;
- dispositivi per acquisizione e gestione di immagini (videocamera, videoregistratore, macchina fotografica, videoproiettore, ecc.);
- personal computers, ecc. ;

c - attrezzature per il trattamento:

- lettini normali e di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile;
- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- lettini per masso-fisioterapia strumentale in legno con testata ad inclinazione regolabile;
- lettini per manipolazione (ad altezza regolabile e a più segmenti);
- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
- standing ad altezza variabile;
- dispositivi per BFB elettrogoniometrico e per BFB EMG;
- materassini per cinesiterapia a pavimento;
- parallele ad altezza variabile e percorsi vari;
- specchi (quadrettati e non) per cinesiterapia, a muro e su ruote;
- bilance con quadrante basso;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- terapia fisica strumentale; deambulatori ad altezza regolabile e ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- cicloergometro o tapis roulant;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- ausili per il rinforzo muscolare;
- sussidi per cinesiterapia con carrello a più ripiani;
- cuscini in gommapiuma di diverse dimensioni e forme;

- maxicilindro;
- tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti;
- sussidi manuali ed elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- sussidi vari per l'addestramento alle ADL primarie in terapia occupazionale;
- attrezzatura per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzati in materiale termomodellabile.

d - attrezzature per aree di socializzazione:

- tavoli e sedie, poltroncine ergonomiche,
- televisore con telecomando adattato,
- giochi di società con sistemi per l'utilizzo da parte di utenti con difficoltà motorie.

e - attrezzature per le aree generali di supporto:

- attrezzature varie per le funzioni di segreteria, archivio, etc.;
- lavagna luminosa;
- videoproiettore;
- personal computer; ecc. .

f - impianti speciali e vari

- impianto telefonico per utenti,
- impianto di climatizzazione in ogni ambiente.

### Organizzazione

Il team interprofessionale deve comprendere, ma non essere limitato, alle seguenti tipologie di professionisti: assistente sociale, fisioterapista, infermiere, logopedista, massofisioterapista, medico fisiatra, OTA, psicologo, terapeuta occupazionale.

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni: valutazione, elaborazione e stesura del progetto riabilitativo, elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi, erogazione del trattamento riabilitativo, educazione e training, pianificazione della dimissione.

### Processo assistenziale

La valutazione iniziale deve includere almeno: diagnosi della patologia e/o delle condizioni

che richiedono l'intervento riabilitativo; valutazione delle menomazioni; valutazione delle abilità residue e delle limitazioni funzionali; valutazione dei potenziali benefici attesi dall'intervento riabilitativo.

Tali valutazioni devono essere riportate sulla cartella clinica.

La presa in carico deve realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi (secondo quanto previsto dalle Linee Guida per le Attività di Riabilitazione) e documentati nella cartella clinica.

Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.

Ai fini di una confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di almeno una delle seguenti scale di valutazione che permettano un confronto nazionale ed internazionale (FIM, Barthel Index, ecc.).

Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione scritta che includa:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente;
- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente;
- indicazioni di supporto alla famiglia.

Devono essere rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:

- numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);
- numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);
- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/ efficacia).

### Dotazione di personale

La dotazione di personale tecnico - assistenziale deve essere idonea a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura.

### Acquisizione di beni e servizi

Devono essere garantiti servizi di supporto quali:

- laboratorio analisi, per la gamma degli esami di medicina internistica;
- radiologia convenzionale, comprensiva di ecografia, grande diagnostica neurologica per immagini. Tali prestazioni possono essere acquisite anche da strutture esterne al Presidio e dalla stessa ASP.

Devono inoltre essere disponibili consulenze secondo le specifiche necessità, in riferimento alle attività; in particolare, la consulenza cardiologica deve essere considerata requisito essenziale.

## TITOLO VI

### LA SOLUZIONE STRUTTURALE

L'Azienda Sanitaria dispone in Maratea di locali ed aree risultanti dal trasferimento di alcune attività dall'attuale Ospedale Civile di Maratea. Il Polo può essere realizzato in un complesso immobiliare costituito da due edifici: l'edificio originario, denominato **A**, e l'ampliamento denominato edificio **B**.

Il progetto prevede la conservazione della parte originaria dell'ospedale con la ristrutturazione di alcune aree ancora non utilizzate dell'edificio **A** da destinare ai fini di istituto dell'Azienda Sanitaria e la parziale sostituzione edilizia dell'edificio **B** (corpi definiti **B1, B2** e **B4**) da destinare alla realizzazione del Polo Multispecialistico. Il blocco **B3** conserva la sua destinazione nelle parti tuttora utilizzate, il resto viene messo a disposizione per ulteriori attività compatibili.

Le degenze e le attività sanitarie ancora presenti nella struttura di ampliamento edificio **B** (UO Broncopneumologia, UO Medicina dell' Invecchiamento, UO Endocrinologia) vengono delocalizzate nell'edificio **A3**.

La delocalizzazione dei reparti di degenza nei locali disponibili del corpo numero 3 dell'edificio **A** viene realizzata nell'ambito del progetto del polo a carico del partner di

sperimentazione gestionale.

Tutte le fasi di realizzazione devono essere organizzate in maniera tale da non fermare mai in nessun caso le attività sanitarie attualmente in esercizio.

L'area e gli edifici resi disponibili dall'Azienda Sanitaria sono localizzati quindi nell'attuale Ospedale Civile di Maratea e sono costituiti dall'edificio di ampliamento denominato edificio **B**.

La configurazione attuale dell'edificio si presenta con una parte già ristrutturata corrispondente all'edificio **A**, del quale rimane solo un' ala posteriore da ristrutturare che dovrà diventare come già detto la sede delle attività di degenza ancora presenti nell'edificio **B**. Tali attività occupano attualmente una superficie di circa 1.450 mq e vengono collocate in un edificio (**A3**) che offre gli stessi spazi su tre livelli oltre a circa 400 mq nel seminterrato per alloggiare servizi e centrali tecnologiche per l'intero edificio **A**.

Restano nell'edificio **B**, a meno di proposte alternative del partner di gestione, il laboratorio di analisi ed il servizio di cucina; precisamente in parte del primo e del secondo livello dell'edificio denominato **B3**.

Gli impianti generali e speciali esistenti (cabina elettrica, centrale termica, centrale di segnalazione e pressurizzazione antincendio, riserva e pressurizzazione idrico/sanitaria, ecc.) sono tutti bisognosi di interventi di adeguamento e di messa a norma. In tale ottica il progetto prevede la separazione degli impianti a servizio delle attività attualmente in esercizio nell'edificio **B** (che rimane in conduzione diretta dell'Azienda) con la loro messa a norma, collocandole negli spazi disponibili del primo livello dello stesso edificio **B**, e la realizzazione di nuovi impianti generali e speciali per le nuove attività.

La cabina elettrica di recapito dell'utenza troverà collocazione nella cabina dismessa, resa compatibile con le attuali normative, in considerazione che da quella posizione attualmente passano i cavidotti che alimentano attualmente il corpo **B**. Appare quindi sostenibile il progetto di avere un unico recapito di fornitura di media tensione con un unico quadro di manovra ed uno sdoppiamento delle cabine di trasformazione di bassa e relativi quadri generali.

Nella predisposizione degli interventi di ristrutturazione andranno considerate la collocazioni di sistemi di produzione di energia alternativi, con i quali integrare la disponibilità per le utenze sia con assorbimento diretto che con la formula del *conto energia*.

L'attuale centrale termica è dotata di tre caldaie con bruciatori a gasolio da 1.530.000 Kcal/h che andranno delocalizzati e riutilizzati per la realizzazione di una sottocentrale a



servizio dell'edificio più vecchio (edificio **A**). Per il nuovo edificio deve essere realizzata una nuova centrale a gas metano collocata negli spazi di servizio adiacenti all'area della costruzione.

Per la produzione dei fluidi freddi si dovranno collocare ulteriori gruppi frigo o una vera e propria centrale del freddo (con torri evaporative, compressori, pompe e collettori) da porre a servizio di tutte le utenze del realizzando corpo **B**.

Nella realizzazione degli interventi di ristrutturazione edile si dovranno prevedere, ad integrazione della produzione dei fluidi a temperatura, anche impianti funzionanti ad energia alternativa (solare).

L'attuale riserva idrica dell'ospedale consta in 13 serbatoi in acciaio inox per un totale di circa 100 MC di acqua e viene servita da un gruppo di tre pompe prive di vasi di espansione. Non vi è una centrale di pressurizzazione dedicata per l'anello antincendio. Gli impianti relativi prevedono una delocalizzazione della riserva idrico/sanitaria dell'ospedale in parte negli interrati del corpo **A3** a servizio degli edifici che restano in conduzione all'Azienda, ed in parte ricollocati in altra sede per l'edificio destinato al Polo Multispecialistico. La vasca di accumulo per l'antincendio dovrà essere realizzata all'esterno interrata con un circuito dedicato ed apposito gruppo di pressurizzazione.

L'intervento prevede la demolizione e ricostruzione dell'edificio B. Tale opzione nasce dalla analisi di due condizioni oggettive e normative:

- la prima è la necessità di garantire all'edificio il carattere di "edificio strategico" per la normativa nazionale di protezione civile; risulta infatti estremamente complicato e costoso attuare il miglioramento strutturale necessario per garantire il rispetto dei parametri di legge per tale requisito.
- la seconda è la evidente necessità di maggiori spazi e soprattutto diversamente conformati atti al migliore svolgimento delle attività previste e per una loro ipotesi di sviluppo futura.

Per realizzare il progetto, al fine di evitare interruzioni di attività sanitarie che non trovano apparente necessità di delocalizzazione, viene conservata la struttura dell'edificio **B3** dove trovano posto attualmente solo il servizio cucina dell'intero Presidio ed il laboratorio di analisi. Nell'edificio, che verrebbe ad essere condiviso con l'azienda come gestione degli spazi non utilizzati dalla stessa, possono trovare posto i servizi amministrativi al primo livello ed alcune attività di ricerca al secondo, destinazioni che non necessitano di aree che rivestano particolari requisiti tecnici e tecnologici.

Il nuovo edificio che si propone di articolare in due ipotesi diverse, assolutamente

indicative per sagoma e posizione, e con diversa consistenza immobiliare in termini di superficie, sono liberamente utilizzabili per le migliori allocazioni funzionali e per il miglior dimensionamento possibile anche in funzione delle eventuali integrazioni di attività *no-core*.

Ciò considerando soprattutto la possibilità di integrare le attività minime richieste con altre, anche a gestione economica, che consentano una maggiore sostenibilità del piano di investimenti per i rientri finanziari e per l'ammortamento dei costi di investimento. Tali attività, come già detto, devono sempre essere coerenti con il progetto generale sanitario oggetto dell'intervento.

In sintesi si può riassumere così la disponibilità per il progetto:

- Edificio A3 per la ricollocazione delle attività presenti negli edifici B1, B2 e B4;
- Edificio B3 a disposizione per circa 1300 mq da ristrutturare per attività a basso impiego di tecnologia;
- Nuovo Edificio B1 da realizzare sull'area di sedime degli edifici B1, B2 e B4.

## TITOLO VII

### LA SOLUZIONE GIURIDICA

Per rispondere al meglio alle necessità di sviluppare un Polo Riabilitativo d'eccellenza in Maratea, viene individuato nella concessione di gestione e costruzione la formula giuridica migliore. Infatti la formula della società mista, pur molto interessante da un punto di vista delle prospettive, non è considerata strumento capace di attrarre capitali privati e di assicurare tempi brevi di realizzazione dell'intervento. In questa direzione sono anche le risultanze del dialogo tecnico che l'ASP ha svolto al fine di verificare la fattibilità del progetto.

L'obiettivo della collaborazione che l'ASP intende promuovere è quello di individuare un soggetto privato con una qualificata esperienza nel campo dell'assistenza riabilitativa che sia in grado di fornire l'apporto di conoscenze specialistiche e capacità gestionali necessario alla crescita di una struttura che per eccellere nel panorama della sanità regionale ed intercettare la domanda deve offrire servizi e prestazioni di elevata qualità.

Il partner deve fornire capitali, risorse finanziarie, know-how scientifico e gestionale, risorse umane, competenze distintive, capacità manageriali e imprenditoriali.

Nella definizione del progetto di partenariato, l'ASP mira a garantire le finalità pubbliche della struttura pur in presenza di una comprensibile ricerca da parte dei soggetti privati di

una giusta remunerazione per il capitale investito.

Attraverso lo strumento della concessione, l'azienda sanitaria intende affidare ad un raggruppamento di imprese private:

- la progettazione, definitiva ed esecutiva, e la realizzazione di un'opera, attraverso risorse proprie del concessionario (capitale di rischio e capitale di debito);
- il diritto di gestirla e di sfruttarla economicamente, per un periodo sufficiente a recuperare e remunerare le risorse investite (durata della concessione).

Nella prescelta formula contrattuale il soggetto privato viene pienamente coinvolto non solo nella fase di costruzione, ma anche nell'ideazione, progettazione e gestione dell'opera, in un'ottica di ripartizione dei rischi tra i soggetti in gioco.

La controprestazione dei lavori da eseguire è costituita dal diritto di gestire l'opera eseguita e di trattenere i proventi della gestione che vengono riconosciuti direttamente al gestore tramite l'accreditamento istituzionale.

La concessione di gestione è una forma di collaborazione pubblico-privato che nel settore sanitario rientra nell'istituto della sperimentazione gestionale quando al soggetto privato viene affidata, come controprestazione dell'investimento, anche la gestione dei servizi di cura alla persona. Essa è disciplinata dall'art. 9 bis del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

## TITOLO VIII

### IL CONTRATTO DI CONCESSIONE

La collaborazione con il soggetto privato si concretizza attraverso un contratto di concessione finalizzato all'adeguamento strutturale e tecnologico ed alla gestione dell'intero Polo Riabilitativo di Maratea.

#### 1) DEFINIZIONE DEL SERVIZIO

La concessione interessa tutti i servizi core, no core e commerciali, compresi quelli di seguito elencati:

- a. L'assistenza medica;
- b. L'assistenza infermieristica;
- c. L'assistenza fisioterapica.

Il Concessionario si fa carico della gestione dei servizi, sostenendo tutti i costi, compresi quelli per il personale, le attrezzature, gli arredi, la fornitura dei materiali di consumo

sanitario e non, le coperture assicurative. Inoltre, collabora nell'attività di ricerca che svilupperà la Fondazione di Partecipazione costituita dall'ASP mettendo a disposizione gli spazi individuati nel progetto preliminare dei lavori ed un referente scientifico.

Sono inoltre a carico del Concessionario tutti i servizi no core, compresi i seguenti:

- a. Il servizio di pulizia, disinfezione e disinfestazione dei locali,
- b. Il servizio di lavanderia, stireria della biancheria e lavanolo;
- c. Il servizio di ristorazione;
- d. Il servizio di gestione impianti tecnologici (calore e raffreddamento);
- e. La manutenzione degli immobili, degli impianti, degli arredi e delle attrezzature;
- f. Il servizio di gestione del verde e delle aree di pertinenza;
- g. Il servizio di centralino, portineria e vigilanza;
- h) il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti.

La gestione del Polo riabilitativo deve essere garantita nel rispetto delle norme, statali e regionali e delle relative direttive e degli standard vigenti.

## 2) DURATA DELLA CONCESSIONE

Il contratto di concessione ha durata massima di anni 40 (quaranta) decorrenti dalla data di concessione in uso degli immobili, che coincide con la data di voltura dell'accreditamento a favore del gestore.

La data di decorrenza della concessione e di inizio della gestione risulta da apposito verbale di consegna redatto congiuntamente dal Concedente e dal Concessionario.

L' Azienda Sanitaria, per tutta la durata della concessione, cede la titolarità degli accreditamenti e dei relativi contratti. Rientra nella loro piena titolarità al termine del periodo di durata della concessione.

Il diritto di gestire la struttura e di percepire il corrispettivo delle prestazioni effettuate costituisce per il concessionario l'unica controprestazione per gli investimenti effettuati ed i costi sostenuti.

## 3) OBBLIGHI DEL CONCESSIONARIO

Il Concessionario deve:

- a. sviluppare, con oneri a proprio carico e sulla base del progetto preliminare posto a base

di gara, il progetto definitivo ed esecutivo dei lavori di adeguamento strutturale degli edifici destinati ad accogliere il Polo riabilitativo;

b.demolire, con oneri a proprio carico, i fabbricati identificati nel progetto preliminare e provvedere alla loro ricostruzione sull'area che il Concedente concede in diritto di superficie;

c.eseguire, con oneri a proprio carico, i lavori di adeguamento strutturale e di nuova costruzione, inserire impianti, attrezzature ed arredi necessari al funzionamento della struttura secondo gli standard di accreditamento;

d.acquisire, con oneri a proprio carico, tutte le autorizzazioni amministrative e/o sanitarie necessarie all'esecuzione dei lavori ed all'esercizio delle attività;

e.assolvere tutti gli obblighi ed oneri assicurativi, antinfortunistici, assistenziali e previdenziali;

f.gestire le strutture, gli impianti ed i servizi secondo il progetto gestionale presentato ed approvato, nel rispetto dei requisiti e degli standard di accreditamento richiesti dallo Stato e dalla Regione Basilicata; adeguarsi a qualsiasi modifica legislativa e/o regolamentare che dovesse intervenire nel periodo di validità della concessione elevando gli standard di qualità e di accreditamento;

g.gestire la struttura ed i servizi in modo da conservare l'efficienza dell'organizzazione, degli immobili, degli impianti ed attrezzature e le normali dotazioni di scorte;

h.garantire la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili, degli impianti e delle attrezzature secondo il progetto di gestione ed il piano delle manutenzioni, in modo che alla scadenza della concessione la struttura si trovi in ottime condizioni di conservazione e funzionamento;

i.eseguire, con oneri a proprio carico, gli eventuali lavori che, nel corso della gestione, dovessero rendersi necessari per l'utilizzazione degli edifici, o anche per l'osservanza di disposizioni di legge sopravvenute;

l.corrispondere al Concedente, con le modalità di cui al contratto di concessione, il canone annuo offerto.

Il concessionario deve assicurare il finanziamento di tutto quanto occorrente all'espletamento dei Servizi. Sono a suo carico tutti i canoni, diritti e tariffe per la fornitura di acqua, gas, energia elettrica, telefoni, nonché quanto altro necessario per la gestione delle strutture oggetto della convenzione.

Ferma restando la facoltà del Concessionario di sviluppare i lavori nel modo che ritiene opportuno, la loro esecuzione deve comunque avvenire osservando scrupolosamente le buone regole dell'arte e della sicurezza, ed impiegando materiale di ottima qualità appropriato agli impieghi.

Ad ogni paziente deve essere garantita assistenza medica, infermieristica e riabilitativa nel rispetto dei requisiti minimi di accreditamento. L'attività si deve conformare il più possibile ai ritmi e alle abitudini della persona.

In caso di sospensione per calamità naturali o interruzione del servizio per cause imprevedibili o di forza maggiore, il Concessionario è tenuto a darne immediata comunicazione all'Ente.

Il Concessionario deve garantire il coordinamento generale della attività in Concessione con un Responsabile in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale in materia. Il Coordinatore responsabile deve avere la facoltà ed i mezzi occorrenti per tutte le incombenze che riguardano l'adempimento degli oneri contrattuali.

Nell'assolvimento degli obblighi di gestione, il Concessionario deve assicurare la corretta esecuzione dei seguenti servizi:

#### *1)Ristorazione*

Il Concessionario deve, tra l'altro:

- dotarsi di pentolame, stoviglie, bicchieri
- approvvigionarsi delle derrate alimentari
- confezionare i pasti
- servire i pasti nell'apposita sala da pranzo ovvero nelle sale ai piani ovvero nella camera dell'ospite eventualmente allettato
- raccogliere le stoviglie e provvedere al lavaggio ed asciugatura delle medesime, servendosi di detersivi e materiali dal Concessionario stesso procurati
- riassetare e pulire i locali impiegati per la ristorazione, per la cucina e per il lavaggio delle stoviglie
- fornire posate, tovaglioli, tovaglie.

I menù sono stabiliti in rapporto alla possibilità di consentire una larga scelta da parte degli utenti, sia in regime normale che in regime dietetico.

Le singole razioni, anche in considerazione dell'utenza, sono stabilite, sia per la qualità che per la quantità, con l'ausilio di un/una dietista, possibilmente con un minimo di scelta tra due primi, due secondi e due contorni, per ogni pasto principale (pranzo e cena).

Ogni razione, normalmente, garantisce la composizione organolettica dei singoli piatti e nelle misure previste dall'apposita tabella dietetica studiata dal Concessionario.

Oltre al rispetto dei criteri dietetico-nutrizionali, i menù si uniformano alle abitudini alimentari prevalenti nell'utenza.

Normalmente sono previsti almeno due menù, tenendo conto di eventuali prescrizioni dietetiche redatte dal medico del reparto interessato.

Il Concessionario provvederà all'acquisto delle derrate ed avrà diritto di scegliere a propria discrezione i fornitori.

La buona conservazione delle merci immagazzinate o preparate sarà di esclusiva competenza e responsabilità del Concessionario.

Il Concessionario è tenuto al puntuale rispetto della normativa in materia di igiene dei prodotti alimentari.

## *2) Pulizia e disinfezione*

Il servizio deve essere svolto dal Concessionario con propri mezzi tecnici, con proprio personale, attrezzi e macchine, mediante organizzazione del Concessionario ed a suo rischio ovvero mediante subappalto regolarmente autorizzato.

Sono a carico del Concessionario (ovvero del subconcessionario) tutti i materiali e prodotti occorrenti per l'esecuzione del servizio di pulizia dei locali.

Il servizio comprende l'esecuzione della pulizia e della sanificazione dei pavimenti (di qualsiasi tipo e materiale essi siano costruiti), pareti, soffitti, controsoffitti, pilastri, nicchie anche nelle parti non in vista, scale, pianerottoli, atri, divisori fissi e mobili, pareti leggere, porte (interne ed esterne), sopraporte, stipiti, infissi e serramenti interni ed esterni, vetri di qualunque tipo ed in qualunque posto ubicati, tapparelle di imposte varie, cassonetti, frangisole, veneziane e similari, queste ultime con le relative operazioni di smontaggio e rimontaggio, corpi illuminanti a muro ed a soffitto (con le relative operazioni di smontaggio

e rimontaggio), lampade spia, radiatori ed altri corpi riscaldanti, zoccolature, ventilatori a soffitto, corrimano, ringhiere, ascensori (comprese porte interne ed esterne), montacarichi (comprese porte interne ed esterne), balconi, terrazze, intercapedini dei cortili, marciapiedi.

La pulizia di termoconvettori, condizionatori od apparecchi simili e quadri elettrici isolati, deve essere effettuata limitatamente alle superfici esterne degli stessi, con l'avvertenza di non danneggiare o manomettere i vari congegni.

Sono oggetto del servizio: maniglie, grate di protezione, specchi, estintori, quadri, ganci, attaccapanni, posacenere, portarifiuti, apparecchi igienico – sanitari, cappe di aspirazione, targhe, davanzali, macchine per ufficio, computer, apparecchi telefonici, citofoni, pulsantiere, tutto il materiale di arredamento ordinario quale il mobilio e le suppellettili in ogni loro superficie (interna solo in caso di pulizia a fondo, a chiamata o quando espressamente richiesto) e componente, scaffali e zerbini.

Il servizio si organizza in una serie di interventi di sanificazione, ciascuno costituito da uno specifico elenco di attività. Le attività che caratterizzano gli interventi di sanificazione variano per le diverse tipologie d'area individuate.

Nell'ambito delle tipologie d'area, la frequenza con cui si svolgono gli interventi previsti varia in base alle caratteristiche e all'utilizzo delle singole strutture e locali.

Il Concessionario deve svolgere ogni intervento di sanificazione entro una fascia oraria, definita in modo tale da non intralciare le normali attività nei locali in cui si svolge il servizio.

Il Concessionario deve erogare le seguenti prestazioni minimali.

A) PULIZIA DI BASE

C) PULIZIA SETTIMANALE

D) PULIZIA MENSILE

E) PULIZIA QUADRIMESTRALE DI RISANAMENTO

F) PULIZIA SEMESTRALE



Tutte le attività previste per gli interventi giornalieri, settimanali e periodici debbono essere svolte nelle aree descritte a cadenze preordinate entro una fascia oraria prestabilita.

I materiali impiegati devono essere rispondenti alle normative vigenti in Italia (biodegradabilità, dosaggi, avvertenze di pericolosità).

Tutti i prodotti chimici devono essere stoccati in modo tale da essere riparati dalla polvere, in particolare i prodotti disinfettanti devono essere conservati al riparo dalla luce e con le confezioni perfettamente chiuse.

Tutti i prodotti ed i recipienti presenti sui carrelli delle pulizie o nei luoghi di lavoro devono essere etichettati a norma di legge. Non devono essere presenti bottiglie o barattoli o fustini anonimi, privi delle necessarie indicazioni e diciture. Nel caso di impiego di maestranze di origine straniera le indicazioni e diciture oltre che in lingua italiana dovranno essere scritte, se necessario, in un linguaggio comprensibile agli operatori.

I vari trattamenti previsti devono basarsi sulla meccanizzazione e sull'adozione di tecniche e di prodotti di alta qualità e resa. Il Concessionario deve predisporre l'uso e l'impiego di macchine ed attrezzature nel modo più razionale tenendo presente la possibilità ed i limiti che vi sono nella meccanizzazione dei lavori di pulizia.

L'impiego degli attrezzi e delle macchine, la loro scelta e le caratteristiche tecniche, devono essere perfettamente compatibili con l'attività prevista, tecnicamente efficienti e mantenute in perfetto stato di pulizia e funzionamento. Tutte le macchine per la pulizia devono essere conformi alle prestazioni antinfortunistiche vigenti in Italia e nelle U.E. e devono soddisfare le disposizioni legislative e regolamentari in materia di tutela della sicurezza e salute degli operatori e di terzi.

Per quanto riguarda la sicurezza elettrica esse devono essere adeguate sia come alimentazione sia per il tipo di ambiente in cui verranno utilizzate (es. ambienti umidi, etc....).

Il livello di rumore generato dalle macchine deve rispondere ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia, ossia ridotto al minimo permesso.

La pulizia dei locali deve essere effettuata in ore tali da non disturbare la quiete degli ospiti o da non arrecare incomodo agli operatori addetti agli altri servizi.

Sono a completo carico del Concessionario gli oneri relativi a:

- a) Regolare tenuta delle schede di registrazione delle operazioni di pulizia.
- b) Divise per il personale impiegato e relativo lavaggio e stiratura, da eseguirsi nel rispetto delle norme vigenti in materia di igiene.
- c) Tessere di riconoscimento e distintivi.
- d) Materiali di pulizia: detersivi, detergenti (obbligatori quelli biodegradabili), disinfettanti, disincrostanti, cere antisdrucchiole, essi dovranno essere di ottima qualità e tali da non danneggiare in alcun modo le persone, gli immobili, i mobili e gli arredi essi dovranno essere prodotti da aziende altamente specializzate nel campo degli articoli per le pulizie e la sanificazione e sacchetti per la raccolta dei rifiuti nei cestini e pattumiere.
- e) Prodotti per il servizio di lavastoviglie: detergenti, disinfettanti, brillantanti ecc...
- f) Attrezzature atte ad assicurare la perfetta e tempestiva esecuzione delle pulizie e la loro eventuale riparazione.
- g) Pulizia quotidiana dei luoghi adibiti a deposito per le proprie attrezzature e spogliatoi del personale, nonché alle attrezzature per le pulizie.
- h) L'obbligo di sorveglianza e di supervisione dei lavori, sui materiali e sugli accessori di cui sopra. Resta così obbligata a proteggere gli apparecchi sanitari, ecc.... in modo che non subiscano danni ricollegabili direttamente od indirettamente al servizio di pulizia da essa svolto.
- i) Ogni altro onere necessario per l'espletamento del servizio.

### *3. Servizio di lavanderia e guardaroba.*

All'espletamento del servizio provvede il Concessionario - ovvero, previa autorizzazione, l'eventuale subconcessionario - con tutti gli oneri relativi a:

- messa a disposizione di tutta la biancheria piana occorrente (ad esempio: lenzuola, federe, traverse, tovaglie, tovaglioli, bavaglie, salviette, asciugamani ecc.)
- lavaggio della biancheria sporca (effetti letterecchi e quant'altro utilizzato nonché gli effetti personali degli ospiti);

- asciugatura e stiratura di detto materiale.

Il lavaggio della biancheria e le operazioni connesse dovranno essere eseguite a regola d'arte, utilizzando prodotti di prima qualità.

Il Concessionario - o chi per esso - deve attivare un servizio con la frequenza necessaria per garantire il costante ricambio degli effetti lettereschi sporchi o bagnati, secondo le necessità di ciascun ospite e secondo programma.

Il servizio di lavanderia deve comprendere la pulizia e stiratura di qualsiasi materiale sporco in tessuto utilizzato nello svolgimento della propria attività, alla sostituzione, a propria cura e spese, dei capi di biancheria posti fuori uso per normale usura oppure in seguito a errate operazioni di lavaggio, la manutenzione ordinaria dei capi, incluse le operazioni di rammendo in modo che il ripristino non contrasti con la funzionalità e/o il decoro estetico degli stessi e il ripristino di eventuali accessori mancanti quali bottoni, fettucce cerniere ecc..

Il servizio dovrà essere effettuato sotto l'osservanza delle norme di igiene e sanità vigenti in materia.

Nello svolgimento del servizio il Concessionario deve avere cura di utilizzare unicamente prodotti non nocivi e atossici in quantità e diluizioni adeguate.

#### *4. Servizio di manutenzione*

Il Concessionario deve custodire e mantenere, con interventi di manutenzione ordinaria, i beni allo stesso concessi in uso, ad utilizzare gli stessi esclusivamente per il servizio affidato ed a riconsegnare detti beni al Concedente alla scadenza o comunque alla cessazione della concessione.

Il Concessionario deve assicurare:

- a) la gestione operativa per il coordinamento delle attività di manutenzione ordinaria;
- b) la esecuzione, tempestiva ed a regola d'arte, di tutte le attività di manutenzione

riparativa;

c) la gestione operativa dei lavori eseguiti, organizzata in modo di consentire alla Concedente la corretta e corrente verifica di ogni esecuzione e la conoscenza analitica di tutte le attività, eseguita per categorie e tipi di intervento, anche selezionate per sistemi (edilizio, rete impiantistica, ecc.) e per classi di sistemi.

Tenuto conto della importanza e complessità degli impianti ed ambienti oggetto dell'appalto, il Concessionario deve organizzare la gestione operativa in modo di garantire la puntuale evasione delle richieste di interventi di manutenzione.

Per tutti gli edifici, il Concessionario deve provvedere alle opere di manutenzione riparativa.

Anche l'eventuale sostituzione degli impianti, delle attrezzature e dei manufatti sono a carico del Concessionario.

Il deperimento delle attrezzature comporta, per il Concessionario, l'onere della sostituzione.

La manutenzione concerne anche la tenuta del verde esterno e la pulizia dell'area cortiva.

#### *5.Servizio amministrativo*

Spetta al Concessionario l'onere di tenere l'amministrazione della propria gestione, ed in particolare:

- la gestione dei rapporti economici con l'ASL e con i pazienti;
- la rendicontazione periodica delle prestazioni a rilievo sanitario;
- la gestione del proprio personale, per il quale resta escluso ogni rapporto di dipendenza dall'A.S.L., facendo capo ogni rapporto ed ogni obbligazione al Concessionario;
- la fornitura di materiale di cancelleria, stampati, e di consumo per la gestione amministrativa assistenziale e tecnica generale.

#### *6.Servizio di magazzino*

Il Concessionario è tenuto, con onere a proprio carico, all'acquisto, alla gestione delle scorte, alla registrazione informatizzata dei movimenti di carico e scarico, alla distribuzione

ai reparti di tutti i generi di magazzino di igiene, pulizia, monouso e dei materiali parasanitari.

#### *7. Servizio di centralino e portineria*

Il Concessionario è tenuto a farsi carico del servizio di centralino e di portineria attivo e di vigilanza tutti i giorni dell'anno, con oneri a proprio carico. Deve garantire tale servizio anche in presenza di agitazioni sindacali, vertenze sindacali, sciopero dei mezzi pubblici di trasporto, ecc..

Il servizio di cui trattasi prevede la gestione:

1. della portineria;
2. del front office e dello smistamento del pubblico;
3. del centralino;
4. delle emergenze;
5. del controllo e dell'attivazione di impianti ed apparecchiature allocate presso i locali della portineria inerenti gli impianti tecnologici;
6. della vigilanza.

#### **4.ADEMPIMENTI GENERALI RELATIVI AL PERSONALE**

1. Per assicurare le prestazioni oggetto del contratto, il Concessionario può avvalersi di proprio personale qualificato che impiega sotto la sua esclusiva responsabilità.

Il Concessionario deve fornire al concedente, con cadenza annuale, la lista nominativa del personale dipendente con rapporto di lavoro subordinato, con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa e con rapporto libero professionale.

Il Concessionario è tenuto ad osservare integralmente il trattamento economico e normativo stabilito dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e territoriale in vigore per il settore e per la zona nella quale si eseguono le prestazioni; è, altresì, responsabile in solido dell'osservanza delle norme anzidette da parte dei subappaltatori nei confronti dei loro dipendenti per le prestazioni rese nell'ambito del subappalto.

Il Concessionario deve assicurare le prestazioni inerenti i servizi in concessione con personale capace e fisicamente idoneo, regolarmente assunto ed avente i requisiti

professionali e tecnici adeguati al suo impiego. Il concessionario solleva il committente da qualsiasi obbligo e responsabilità per retribuzioni, contributi assicurativi e previdenziali, assicurazioni e libretti sanitari ( se dovuti) ed in genere da tutti gli obblighi risultanti dalle disposizioni legislative e regolamentari in materia di lavoro e di assicurazione sociale, assumendone a proprio carico tutti gli oneri relativi.

Il Concessionario deve, pertanto, osservare le norme relative alla prevenzione infortuni sul lavoro, all'igiene del lavoro, alle assicurazioni contro gli infortuni, alle previdenze varie e ad ogni altra forma assicurativa prevista dalle vigenti disposizioni di legge o dai contratti collettivi di lavoro ed accordi integrativi previsti per le imprese di categoria. Il concessionario è tenuto, in ogni momento ed a semplice richiesta dell'Ente, alla dimostrazione di avere provveduto a quanto sopra.

Relativamente a quanto sopra ed in particolare agli obblighi assicurativi e previdenziali, il concessionario deve far pervenire all'Ente, a cadenza trimestrale, la documentazione idonea per permettere l'accertamento dell'avvenuto pagamento degli oneri contributivi. Tale documentazione potrà essere costituita anche da un'autocertificazione e la conseguente verifica di regolarità dell'impresa è condizione pregiudiziale al mantenimento in vigore del contratto.

Il Concessionario deve impegnarsi a sostituire quel personale che abbia disatteso le prescrizioni indicate dal contratto e che appaia palesemente inadeguato alle funzioni da svolgere (scarsa produttività, inefficienza).

Il Concessionario deve esibire al Concedente, a richiesta, il libro matricola, il libro paga ed il registro infortuni previsto dalle norme vigenti.

Il Concessionario è tenuto a garantire il servizio anche in caso di sciopero.

2. Il concessionario si avvarrà e/o assorbirà, previa trattativa sindacale e con il suo consenso, il personale che, come da apposito prospetto debitamente sottoscritto dal concedente, risulta nelle dotazioni organiche dei servizi dell'ASP affidati in gestione e che alla data di sottoscrizione del contratto di concessione risulta in servizio presso la stessa Azienda.

3. Il personale di cui il concessionario si avvarrà manterrà, senza limiti di tempo, il rapporto di dipendenza dal soggetto titolare del rapporto di lavoro alla data di sottoscrizione del presente contratto. Pertanto, pur essendo messo a disposizione del concessionario, conserva il diritto al trattamento giuridico ed economico previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale degli Enti locali e dai contratti integrativi aziendali vigenti nel tempo, nonché dalle regolamentazioni conseguenti adottate con carattere di

generalità.

4. Il personale che sarà assorbito dal concessionario, avendo dato il proprio consenso successivamente a trattativa sindacale, terminerà il rapporto di dipendenza dall'ASP e attiverà un nuovo rapporto di dipendenza direttamente dal concessionario alle condizioni tutte che le parti stabiliranno tra loro.

5. Il concessionario provvede direttamente ed a sue spese alla sostituzione del personale che, per qualunque causa, venga a mancare temporaneamente o definitivamente.

6. Il concessionario è consapevole del fatto che il personale dipendente messo a disposizione è suscettibile – senza limiti di tempo – di mobilità esterna verso altri enti pubblici. Il concedente s'impegna a comunicare gli eventuali trasferimenti di dipendenti entro tre giorni dal ricevimento della domanda del dipendente al fine di concordare il termine entro cui perfezionare il trasferimento in conformità alle disposizioni del C.C.N.L. vigente nel tempo.

7. Il concedente è titolare del rapporto di lavoro relativo al personale in distacco e ne mantiene gli obblighi retributivi e contributivi. A tal fine il Concessionario anticipa a favore del Concedente una somma pari all'ammontare lordo di una mensilità.

8. Il concessionario, entro il giorno 15 di ogni mensilità di competenza, rimborsa al datore di lavoro i costi effettivi del personale assegnato, relativi al mese precedente ed i premi delle coperture assicurative. Nel mese di novembre tale rimborso comprenderà anche la 13<sup>a</sup> mensilità da erogare con lo stipendio di dicembre. Tale rimborso avverrà nel limite del costo di lavoro del C.C.N.L. e nel limite di un tasso di assenteismo del 5% come da tabelle del Ministero del Lavoro (malattia, infortunio, gravidanza).

9. Il concessionario esercita il potere direttivo sul personale, coordinandolo anche per la gestione dei turni di servizio, delle ferie, delle assenze, delle variazioni di mansioni, ecc. nel rispetto delle previsioni del C.C.N.L.. L'Azienda, titolare del potere disciplinare, adotta, in presenza dei necessari presupposti, i provvedimenti disciplinari ritenuti adeguati alla luce dei fatti segnalati dal Concessionario e delle norme di legge o della contrattazione collettiva di riferimento.

9. Il concessionario è tenuto ad osservare scrupolosamente le norme in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori ed in specifico si impegna ad assolvere tutti gli adempimenti previsti dal D.lgs 81/2008.

## 5.RESPONSABILITA' DEL CONCESSIONARIO

Il Concessionario è responsabile a tutti gli effetti del corretto adempimento delle condizioni contrattuali e della corretta esecuzione della Concessione, restando esplicitamente inteso che le norme e prescrizioni contenute nei documenti contrattuali sono state da esso esaminate e riconosciute idonee al raggiungimento di tali scopi.

Il concessionario è responsabile dei danni o pregiudizi di qualsiasi natura causati dalle sue attività a terzi, ai dipendenti e consulenti, anche per fatto doloso o colposo del proprio personale, dei suoi collaboratori e dei suoi ausiliari in genere e di chiunque egli si avvalga per l'esecuzione della Concessione.

La responsabilità per i sinistri ed infortuni che dovessero accadere al personale od a cose del Concedente o del suo personale è sempre a carico dello stesso. In nessun caso il concessionario può invocare la responsabilità del Concedente per i danni o pregiudizi di cui al presente punto.

## 6.DISPONIBILITA' DEGLI IMMOBILI, DI ARREDI ED ATTREZZATURE

Il Concedente concede al Concessionario, per la durata della concessione, l'uso degli immobili nello stato di fatto in cui si trovano alla data della firma del verbale di consegna, compresi arredi, attrezzature ed impianti.

Il Concedente deve farsi carico degli oneri della demolizione del fabbricato che oggi insiste sull'area interessata dall'intervento.

Il Concedente concede al Concessionario il diritto di superficie sull'area resa libera dalla demolizione.

Il Concessionario può acquistare ed immettere nella struttura nuovi beni, arredi ed attrezzature, così come può disporre dei beni mobili nei limiti delle esigenze della gestione, purchè gli atti di disposizione non alterino l'identità e l'efficienza delle strutture.

Il Concessionario può apportare i miglioramenti e le addizioni che rientrino nei limiti di una diligente gestione e non comportino una trasformazione delle strutture.

Il Concessionario è tenuto ad acquisire arredi, attrezzature ed impianti che si rendono necessari per la gestione della struttura, in ossequio alle norme sull'accreditamento ed alle prescrizioni dell'A.S.L.

Al termine dell'efficacia del contratto, ovvero in caso di revoca, recesso o risoluzione anticipata della concessione, miglioramenti ed addizioni così come tutte le attrezzature, gli



arredi, i macchinari e loro accessori restano automaticamente di proprietà del Concedente, senza alcun onere per quest' ultimo.

Il Concessionario provvede a riconsegnare al Concedente le strutture pienamente funzionali all'esercizio dell'attività cui sono adibite.

Sei mesi prima del rilascio il Concedente nomina, con oneri a carico del concessionario, un ingegnere incaricato di verificare lo stato degli immobili. Nei sei mesi successivi il Concessionario deve realizzare gli interventi ritenuti necessari. La stessa procedura è seguita anche in caso di revoca o risoluzione anticipata della convenzione.

Il Concessionario deve tenere costantemente aggiornato l'inventario dei beni, nessuno escluso. Il Concedente può accedere all'inventario in qualsiasi momento per verificarne la completezza.

Al termine della concessione, il Concessionario deve consegnare al Concedente, a titolo gratuito, tutti i beni che risultano nell'inventario al 31 dicembre dell'anno precedente. In ogni caso, il Concessionario s'impegna a consegnare al Concedente, al termine della concessione, arredi ed attrezzature per un valore non inferiore a quello dei beni indicati nel verbale di consegna e nei documenti d'offerta, rivalutato secondo indici ISTAT.

## 7.DISPONIBILITA' SERVIZI SANITARI

Per la diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché per le prestazioni specialistiche, il concessionario potrà usufruire dei servizi e degli specialisti dell'ASP presenti nella struttura di Maratea. Le prestazioni saranno valorizzate in base al tariffario regionale.

## 8.VIGILANZA E CONTROLLO

Il Concedente segue gli sviluppi del rapporto contrattuale, assolvendo i compiti di vigilanza e controllo specificati nel Progetto di gestione e nel Piano delle Manutenzioni.

Per l'espletamento dei sopracitati compiti, il Concedente si avvale di collaboratori e consulenti, comunicando al concessionario l'elenco nominativo.

L'espletamento dei Servizi, ivi comprese le manutenzioni affidate al concessionario, è soggetto al controllo del Concedente. A tal fine il concessionario deve fornire regolarmente al Concedente tutti i chiarimenti tecnici richiesti, nonché partecipare a visite e rilievi che gli incaricati designati dal Concedente dovessero compiere per l'esercizio di tali controlli.

I controlli sono effettuati al fine di verificare l'osservanza ed il rispetto degli impegni assunti

dal concessionario, dei requisiti e degli standard di accreditamento richiesti dallo Stato e dalla Regione Basilicata.

#### 9.TENUTA DELLA CONTABILITA DEL CONCESSIONARIO E RISPETTO DELLE NORME DI ACCREDITAMENTO

Al termine di ciascun esercizio, il concessionario consegna al Concedente copia del bilancio e del conto economico, certificati da una società di revisione abilitata, completi di allegati. Il concessionario è tenuto ad inviare sistematicamente verbali, note e comunicazioni dell'ASL o della Regione riguardanti l'osservanza ed il rispetto dei requisiti e degli standard di accreditamento.

#### 10.RINVIO

Nel caso di difformità delle norme del presente capitolato rispetto al contratto di concessione sarà data prevalenza al contratto.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Pasquale F. Amendola)