

Avviso pubblico di manifestazione di interesse finalizzato all'individuazione di partner per l'erogazione di trattamenti riabilitativi, domiciliari, per soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico mediante interventi comportamentali basati sull'analisi del comportamento applicata (ABA)

Premessa

Il Percorso terapeutico assistenziale ed educativo per le persone con disturbo dello spettro autistico e le loro famiglie, prevede l'attivazione di interventi abilitativi, anche di natura intensiva e strutturata, e realizzati con continuità, a seconda dell'età del paziente, nei diversi ambienti di vita.

Tali interventi, devono essere attivati nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, delle linee guida dell'ISS, ed essere inseriti in percorsi di integrazione socio sanitaria ed educativa.

Tali percorsi devono garantire il necessario approccio multi-professionale e interdisciplinare per poter affrontare con competenza la complessità e l'eterogeneità dei disturbi dello spettro autistico, assicurando l'essenziale raccordo e coordinamento tra i servizi sanitari coinvolti così come l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli scolastici, educativi e sociali.

La Regione Lazio con DGR n. 391 del 18 giugno 2019 ha recepito l'Intesa sancita in Conferenza Unificata del 10 maggio 2018 inerente "Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico".

La ASL di Frosinone intende garantire gli interventi comportamentali basati sull'analisi del comportamento applicata (ABA) attraverso i PTRI (progetti terapeutico riabilitativi individualizzati) che permettono di proporre interventi innovativi, fra cui quelli comportamentali e mediati dai genitori.

OGGETTO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

La ASL di Frosinone accertata l'impossibilità di poter far fronte autonomamente per la carenza del numero idoneo di figure interne all'Azienda, al fine di rispondere al fabbisogno assistenziale e in un'ottica di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), propone una manifestazione di interesse volta ad acquisire prestazioni di servizi sanitari finalizzati ad erogare trattamenti riabilitativi, domiciliari tramite interventi comportamentali basati sull'analisi del comportamento applicata (dall'inglese applied behavioral analysis – ABA) ai disturbi dello spettro autistico per soggetti in età evolutiva, preventivamente valutati dall'equipe dell'Ambulatorio Autismo della UOC TSMREE della ASL di Frosinone e previa definizione del relativo livello di intervento definito nel PTRI.

Per tali finalità la ASL intende costituire una Short List volta ad individuare le equipe afferenti ai centri ai Centri di Riabilitazione, ex art.26 L 833/1978.

SOGGETTI DESTINATARI

Possono presentare la richiesta tutte le Strutture sanitarie accreditate con il SSN ex art.26 L 833/1978, in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici:

1- REQUISITI GENERALI

- a) Accreditemento definitivo.
- b) Esperienza nel trattamento dei pazienti in fascia evolutiva con Disturbi dello Spettro Autistico mediante interventi comportamentali basati sull'analisi del comportamento applicata.
- c) Sede operativa nell'ASL di Frosinone
- d) Possesso di idonea polizza assicurativa da parte dei professionisti a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda, per l'uso del mezzo proprio, nonché polizza assicurativa RCT, esonerando l'Azienda ASL di Frosinone da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto della presente manifestazione.

2- REQUISITI ULTERIORI SPECIFICI

Il personale delle strutture sanitarie private accreditate

- a) Supervisore: ANALISTA DEL COMPORAMENTO
 - Laurea Magistrale in Psicologia (LM-51) o laurea quinquennale vecchio ordinamento in Psicologia Laurea in Medicina e Chirurgia con iscrizione ad i relativi albi professionali.
 - Master di secondo livello una alta formazione universitaria di secondo livello riconosciuta dal MIUR in Analisi del Comportamento Applicata di almeno 60 CFU e di durata non inferiore ad un anno.
 - Aver conseguito un'adeguata esperienza nel ruolo di supervisore avendo effettuato almeno 1500 ore di supervisione con almeno il 5 % di tali ore supervisionate a loro volta da un Analista del Comportamento esperto.
- b) Per il ruolo di TERAPISTA ABA/RBT (TECNICO DELLA RIABILITAZIONE COMPORAMENTALE) è necessario:
 - Corso di formazione per RBT (Tecnico della Riabilitazione Comportamentale) accreditato dal MIUR di non meno di 40 ore o di un Master universitario di primo livello in Analisi Applicata del Comportamento
 - Un titolo di Laurea Triennale abilitante alla professione sanitaria della riabilitazione e all'erogazione di interventi riabilitativi sanitari.
 - E' necessario aver conseguito un'adeguata esperienza nel ruolo di Terapista avendo effettuato almeno 600 ore di terapia supervisionate da un Analista del Comportamento esperto.

I Requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della manifestazione di interesse e devono permanere per tutta la durata dell'accordo contrattuale.

Tariffe

Per l'espletamento delle attività oggetto della presente manifestazione il compenso previsto per il Terapista ABA/RBT è di €25,00 (venticinque)/ora onnicomprensivo, mentre il compenso previsto per l'Analista del Comportamento Supervisore è di €80,00 (ottanta)/ora onnicomprensivo.

Livelli di intensità di intervento.

Sono previsti 4 diversi livelli di intensità di intervento residenziali/domiciliari: Livello 1 (L), Livello 2 (LM), Livello 3 (M) e Livello 4 (G) con rispettivi costi come da tabella riepilogativa sotto specificata.

Tabella - Livello gravità
Livello 1 - Lieve (L) Necessario un supporto minimo
Da 0 a 4 ore/settimanali RBT + 1 ora/mensile Supervisione
Livello 2 – Lievemente Moderato (LM) Necessario un supporto Significativo
Da 4 a 10 ore/settimanali RBT + 2 ore/mensili Supervisione
Livello 3 – Moderato (M) Necessario un supporto più Significativo
Da 10 a 20 ore /settimanali + 3 ore/ mensili supervisione
Livello 3 - Grave (G) Necessario un supporto molto Significativo
da 20 a 30 ore /settimanali RBT + 6 ore/mensili Supervisione

VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande presentate saranno valutate da apposita Commissione composta da 3 componenti aziendali esperti in: Neuropsichiatria Infantile, Psicologia (con specifica competenza in Terapia Comportamentale tipo ABA),

Secondo i seguenti criteri per un totale max 40 punti:

- Valutazione del personale in dotazione e relativi curricula in base all'attività da svolgere (punti da 5 a 20)
- Anni di esperienza specifica (punti da 5 a 20)

ESITO VALUTAZIONE

Sulla base della valutazione, con i criteri sopra evidenziati, sarà costituita una Short List, con validità per un periodo di 12 mesi finalizzata ad individuare le equipe afferenti ai centri ai Centri di Riabilitazione, ex art.26 L 833/1978.

Schema esemplificativo di domanda

Alla ASL di Frosinone

uoctsmree@pecasifrosinone.it

Il/la sottoscritto/a Legale rappresentante della struttura..... presa visione della Manifestazione d'interesse emessa da codesta Azienda, per l'Individuazione di partner per la compartecipazione alla realizzazione di trattamento abilitativo/riabilitativo domiciliare e nei contesti di vita con metodologia comportamentale ABA per soggetti in età evolutiva, manifesta l'interesse a parteciparvi.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria e personale responsabilità ai sensi degli Art. 46 e 47 DPR 445/200, come modificati dalla L. 183/2011:

di essere il legale rappresentante della struttura

.....
Partita IVA/Codice Fiscale con sede legale in via

.....
telefono

PEC

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo/PEC, sollevando codesta Azienda da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione di quanto indicato nella domanda.

- Si allegano:

- 1. Fotocopia documento riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante,*
- 2. Autocertificazione, ai sensi degli Art. 46 e 47 DPR 445/200, come modificati dalla L. 183/2011, di essere in possesso dei requisiti generali e specifici richiesti, riportando :
 - ✓ il numero di personale in dotazione organica, il nominativo degli operatori, il profilo e anni di esperienza nel trattamento riabilitativo con metodologia ABA,*
 - ✓ una breve relazione delle attività svolte dalla struttura dando particolare evidenza alle attività relative al trattamento riabilitativo con metodologia ABA indicando il periodo di riferimento.**
- 3. Dichiarazione possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi previsti dallo schema di accordo/contratto a i sensi dell'art. 8 qu in qu ies del D. Lgs.n. 502/92 e s.m.i in vigore nella Regione Lazio nell'Anno 2021.*

Gli operatori che costituiscono l'equipe devono essere in rapporto di dipendenza o di tipo libero professionale con la struttura ex art. 26

In ragione delle esigenze cliniche del paziente e delle specificità territoriali, i TSMREE acquisiranno, attingendo alla Short List le prestazioni delle equipe specificando preventivamente il livello di gravità dell'intervento.

Le domande dovranno pervenire, tramite modulo allegato, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul sito aziendale della ASL di Frosinone e dovranno essere inviate alla seguente pec: tsmree.frosinone@pec.aslfrosinone.it

Fatturazione

La fatturazione delle prestazioni sanitarie è mensile e viene trasmessa entro il 20 giorno del mese di riferimento.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Pierpola D'Alessandro

