

**LOTTO 1**

**SERVIZIO1: INSERIMENTO ETEROFAMILIARE SUPPORTATO  
PER ADULTI (I.E.S.A.)**

**DEFINIZIONE**

Per Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti s'intende l'integrazione e la cura di persone in stato di temporanea o cronica difficoltà di tipo psichico presso l'abitazione di volontari.

Il servizio fornisce agli utenti un contesto familiare differente dalla famiglia biologica o di origine, nel quale poter sperimentare le proprie autonomie e potenzialità a fini riabilitativi e di inclusione sociale, sulla base di un progetto personalizzato condiviso con l'equipe curante.

Si tratta di progetti nel contesto dei quali un nucleo familiare di volontari (o un singolo volontario) accoglie una persona in difficoltà coinvolgendola in tutte le attività quotidiane, avvalendosi di un supporto continuativo offerto da professionisti appositamente formati.

Lo IESA si configura sia come possibile strumento di de-istituzionalizzazione, sia come modalità abitativa alternativa al ricovero in istituzioni chiuse (SPDC o strutture residenziali), dove la famiglia assume la valenza di ambiente terapeutico riabilitativo e risocializzante.

**DESTINATARI**

I destinatari dello I.E.S.A. sono utenti in carico al DSM, affetti da patologie dello spettro schizofrenico, disturbi dell'umore e gravi disturbi della personalità, con disabilità relazionali, adattive importanti o vari gradi di riduzione delle autonomie personali.

Sono utenti la cui storia personale è spesso caratterizzata da mancanza di supporto familiare o da un nucleo familiare ad alta emotività espressa e/o con elevata conflittualità.

Presentano indicazione a trattamento riabilitativo nel contesto di vita o comunque in contesto extraistituzionale tramite opportunità di sviluppo delle proprie capacità personali e di reinserimento/integrazione sociale.

Non vi è indicazione clinica al servizio per soggetti con problematiche attive di uso di alcol e/o sostanze e/o la presenza di deficit intellettivo di livello medio/grave e/o prevalenti problematiche di tipo organico.

**FINALITÀ E SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

Il servizio fornisce agli utenti un contesto familiare differente dalla famiglia biologica o di origine, nel quale sperimentare e sviluppare le proprie autonomie e potenzialità e svolgere attività con finalità riabilitative e di

inclusione sociale, sulla base del progetto terapeutico individuale definito dall'équipe curante del CSM.

Il ruolo essenziale che la famiglia ospitante svolge è, innanzitutto, di fungere da mediazione affettiva e da modello d'identificazione maturativo e, in secondo luogo, quello di consentire l'osservazione, il supporto e il trattamento riabilitativo dell'utente in una dimensione diversa da quella sanitaria e istituzionale.

Lo IESA, in questo senso, propone un modello di "cogestione razionale" delle possibilità di recupero del soggetto presso famiglie qualificate, delineando una concezione di welfare più intimamente connessa ai diritti fondamentali dell'individuo e in cui la famiglia ospitante diventa uno spazio protetto di vita, di esperienza e di crescita, all'interno del sempre più complesso scenario sociale. Attraverso l'accoglienza in famiglia, hanno luogo quell'integrazione e quella possibilità di riscatto che restituiscono all'ospite opportunità di crescita spesso compromesse dalla malattia e dal conseguente isolamento.

La disponibilità delle famiglie è reperita dall'Affidataria. A tal fine l'Affidataria è incaricata anche di "marketing sociale", ovvero della pubblicizzazione del servizio tramite la rete informale rappresentata da associazioni, volontariato e singoli cittadini della comunità locale, mediante attività informative specificatamente dedicate (ad esempio produzione di opuscoli informativi, organizzazione di campagne di sensibilizzazione), nonché attraverso specifiche azioni concordate con il DSM in eventi di promozione della salute mentale programmati dallo stesso. È richiesto quindi che l'affidataria annualmente presenti al DSM per approvazione la programmazione dell'attività di marketing sociale, comprensiva sia degli eventi da realizzare, sia del materiale e dell'organizzazione di supporto necessari. L'Affidataria s'impegna inoltre a ridefinire la programmazione presentata in base alle indicazioni del DSM, qualora dallo stesso ritenuto necessario, e a mettere in atto quanto concordato.

Dopo il reperimento della disponibilità della famiglia ospitante, la selezione avviene congiuntamente ad opera del DSM e dell'Affidataria sulla base dei seguenti requisiti ritenuti essenziali:

- disponibilità ad accogliere l'utente al fine di offrire un'esperienza di vita familiare idonea ai suoi bisogni;
- consapevolezza delle motivazioni alla base della scelta; buona integrazione della famiglia nell'ambito sociale;
- idoneità ad ospitare presso la propria abitazione per la durata stabilita del percorso;
- disponibilità a mantenere i rapporti con la famiglia di origine della persona affidata;
- disponibilità a seguire l'iter di formazione e di supervisione dell'intero progetto;
- disponibilità a collaborare con l'équipe del CSM proponente.

Il DSM, tramite l'équipe curante del CSM, e l'équipe del servizio IESA definiscono gli obiettivi specifici del singolo progetto IESA, inseriti nel più ampio PTI, nei seguenti ambiti:

- cura di sé e dell'ambiente di vita;

- autonomia nella quotidianità;
- abilità socio-relazionali;
- esperienze di inclusione sociale nella comunità locale;
- esperienze e programmi occupazionali e lavorativi.

Per realizzare gli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi definiti nel progetto terapeutico-riabilitativo dal DSM, l’Affidataria dovrà mettere a disposizione due figure professionali, lo psicologo psicoterapeuta e lo psichiatra, che avranno la funzione di supportare e accompagnare l’utente nel percorso di adattamento e di integrazione con la famiglia ospitante, nonché nelle attività di inclusione sociale, svolgendo al contempo anche la funzione di “supervisione” per le famiglie ospitanti e di raccordo con l’equipe curante del CSM che ha in carico l’utente.

## **TIPOLOGIE**

Sono previste due tipologie di IESA:

- **Part-time:** sono progetti che non prevedono la convivenza continuativa tra le parti. Vi possono essere incontri di alcune ore al giorno, così come di una o due giornate la settimana o nei weekend; svolgono una funzione supportiva a situazioni abitative autonome dei pazienti oppure propedeutica a progetti full time. Attraverso questa modalità, anche famiglie con impegni lavorativi incompatibili con l’esperienza del full time, ma ritenute comunque idonee all’accoglienza, potranno entrare a far parte del progetto.
- **Full-time:** l’accoglienza è sulle 24 ore e per periodi di tempo differenziati.

I progetti IESA, a seconda dell’intensità del percorso riabilitativo possono suddividersi in progetti:

- **Ad alta intensità:** inserimenti che mirano a restituire in breve tempo la persona alla situazione residenziale di provenienza, rivolti a soggetti adulti e anche a giovani adulti nelle fasi iniziali di un disturbo mentale, costituendosi quale possibile alternativa al ricovero ospedaliero o all’inserimento presso una struttura residenziale. Questo tipo di inserimento prevede una presenza intensiva dell’operatore di supporto alla convivenza, e deve realizzarsi sempre in stretta sinergia e fattiva collaborazione con l’equipe del CSM.
- **A media intensità:** si tratta di progetti indirizzati a giovani adulti e adulti, per i quali è prevedibile la progettazione e l’attuazione di un percorso riabilitativo sia nelle fasi di dimissione da strutture residenziali, sia in alternativa all’inserimento presso una struttura residenziale. L’obiettivo è che il soggetto, nell’arco di un tempo che può andare da alcuni mesi a due anni (salvo eccezioni), raggiunga un livello di autonomia che gli consenta di vivere in situazioni abitative meno protette. Per questo tipo di inserimento è richiesta una presenza dell’operatore di supporto meno intensa rispetto ad un progetto ad

alta intensità, ma comunque significativa e sempre in stretta collaborazione con l'equipe di riferimento del CSM.

- **A bassa intensità:** questi inserimenti sono tendenzialmente indirizzati a persone le cui disabilità psicofisiche, o i bisogni di cura assistenziali, non permettono di ipotizzare un percorso riabilitativo che consenta loro di vivere in un luogo meno protetto. Sono spesso persone adulte, reduci da lunghi periodi di ospedalizzazione, e/o non autosufficienti. Mirano a fornire un ambiente tranquillo e adeguatamente protetto, ove poter vivere serenamente senza limiti temporali.

La definizione dell'intensità del supporto, definita all'avvio di ogni progetto è periodicamente rimodulata in sede di verifica del progetto stesso.

## **ATTIVITÀ DA GARANTIRE NELLO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

### **Prestazioni a carico della Ditta Affidataria:**

1. Garantire la continuità del servizio, ovvero la prosecuzione dei progetti già in essere ad affidamento avvenuto, con le modalità di cui al presente Capitolato. Le modalità di gestione di tali progetti saranno comunque definite nel dettaglio con la ditta aggiudicataria prima dell'avvio del servizio;
2. Reperire le famiglie ospitanti: annualmente, con apposita comunicazione scritta da far pervenire al DSM entro il 31 dicembre di ogni anno per le attività dell'anno successivo e entro il 30 giugno dell'anno in corso, l'Affidataria comunicherà al DSM i nominativi delle famiglie ospitanti reperite per lo svolgimento del Servizio, al fine di programmare la selezione delle stesse;
3. Congiuntamente con il DSM, selezionare le famiglie reperite da coinvolgere nei progetti: la selezione avverrà orientativamente mediante tre riunioni, di 120 minuti per ogni famiglia e una visita domiciliare presso l'abitazione della stessa individuata per ospitare l'utente nell'ambito dello IESA, secondo le indicazioni del DSM;
4. Curare la formazione delle famiglie coinvolte, per sostenere nell'ambito di una relazione significativa l'utente nel suo percorso terapeutico-riabilitativo:
  - prima dell'inizio di ogni progetto; la formazione dovrà essere condotta orientativamente con 6 incontri di gruppo di due ore per un massimo di 5 famiglie, sui temi inerenti la Salute Mentale concordati con il DSM;
  - durante lo svolgimento di ogni progetto, la formazione sarà condotta sul campo dallo psicologo psicoterapeuta messo a disposizione dall'affidataria nell'ambito di incontri di monitoraggio settimanali (l'affidataria assicurerà almeno un incontro settimanale di 60 minuti);
5. Supportare, monitorare e supervisionare le famiglie ospitanti durante lo svolgimento del progetto secondo le indicazioni concordate con il DSM;

6. Svolgere l'attività di supervisione clinica del gruppo curante (equipe del CSM + psicologo messo a disposizione dall'Affidataria), mediante la figura dello psichiatra psicoterapeuta messo a disposizione dell'affidataria;
7. Inserire l'utente nel progetto;
8. Mettere in atto tutti gli interventi necessari a raggiungere gli obiettivi previsti dal progetto del paziente;
9. Predisporre tutte le azioni necessarie per la valutazione degli esiti dei progetti;
10. Valutare gli esiti dei progetti, con almeno tre rilevazioni annuali: oltre all'assessment iniziale per le scale previste, la rilevazione andrà condotta a 6,12 mesi e al termine di ogni progetto; dovranno inoltre essere valutati per quali progetti condotti a termine siano stati raggiunti gli obiettivi terapeutico riabilitativi previsti;
11. Redigere e trasmettere periodicamente al DSM l'andamento e degli esiti dei progetti (annualmente al 31/03 per tutti i progetti in corso o terminati nell'anno precedente);
12. Redigere e presentare annualmente al DSM la proposta di programmazione dell'attività di marketing sociale per approvazione (annualmente al 31/01 per l'anno in corso e entro un mese dall'attivazione del servizio);
13. Adeguare e modificare la proposta della programmazione dell'attività di marketing sociale, qualora richiesto dal DSM, secondo le indicazioni e gli accordi presi con lo stesso, sempre nei limiti del budget a disposizione;
14. Fornire, in accordo con il DSM, il materiale informativo per l'attività di marketing sociale;
15. Svolgere l'attività di marketing sociale secondo gli accordi e le indicazioni del DSM;
16. Presentare annualmente (entro il 31 gennaio per l'anno in corso e entro un mese dall'inizio del servizio) al DSM il piano formativo del personale dell'Affidataria che eroga il servizio inerente allo svolgimento dello stesso;
17. Rendicontare l'orario di svolgimento delle attività delle figure professionali messe a disposizione dall'Affidataria, per ogni progetto:
  - mensilmente: numero ore fatte al mese da ciascun operatore IESA rispetto al numero di ore previste nel mese determinato sulla base del numero dei percorsi fatturati nel mese;
  - semestralmente: ore impiegate nelle diverse attività realizzate nel periodo dagli operatori IESA per ciascun paziente e per il gruppo di pazienti;
18. Redigere e trasmettere al DSM annualmente (entro il 31/03 dell'anno in corso relativamente all'anno precedente) la relazione per il monitoraggio delle attività svolte (comprensiva di attività di marketing sociale, numero di famiglie reperite, attività di selezione, attività di formazione, attività di supervisione, numero di progetti avviati e portati a termine, resoconto delle azioni messe in atto per il conseguimento degli obiettivi di ogni progetto, riepilogo degli esiti conseguiti (misure delle scale di valutazione e raggiungimento degli obiettivi prefissati) in tutti i progetti svolti, resoconto della formazione per il personale messo a disposizione dall'Affidataria, riepilogo degli

- orari svolti dal personale messo a disposizione dall'Affidataria , per ogni progetto, nell'anno oggetto del report);
19. Coordinare le suddette attività e informare tempestivamente (al massimo entro 48 ore) il DSM di eventuali criticità.

**Prestazioni a carico dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana:**

1. Congiuntamente con l'Affidataria, selezionare le famiglie reperite da coinvolgere nei progetti;
2. Segnalare gli utenti da inserire in ogni progetto (CSM di competenza territoriale);
3. Gestire le liste di attesa sulla base delle priorità cliniche (CSM di competenza territoriale) ;
4. Abbinare gli utenti segnalati con le rispettive famiglie;
5. Elaborare il progetto terapeutico dell'utente (con la definizione della tipologia e dell'intensità del progetto riabilitativo) comprensivo di obiettivi a breve/medio/lungo termine (specificando i tempi previsti) e di azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi(CSM di competenza territoriale) ;
6. Elaborare e formalizzare il contratto tra ospite, famiglia affidataria e DSM (nella figura del Direttore del DSM o suo delegato), contenente i compiti e gli impegni di ciascuna delle parti finalizzati alla realizzazione del progetto terapeutico;
7. Organizzare e svolgere incontri di gruppo per gli utenti ingaggiati nei progetti, in linea con la presa in carico da parte del DSM (referente del DSM per il servizio);
8. Su indicazione del DSM, comunicare annualmente all'affidataria gli strumenti e le scadenze previste per la valutazione degli esiti;
9. Verificare il rispetto delle scadenze in merito alla valutazione degli esiti da parte dell'Affidataria;
10. Verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti per il progetto riabilitativo dell'utente;
11. Visionare la proposta di marketing sociale presentata annualmente dall'Affidataria, approvandola o indicandone le necessarie modifiche;
12. Garantire ogni intervento sanitario di competenza psichiatrica, di routine (inclusa la somministrazione della terapia psicofarmacologica, qualora l'utente non l'assuma autonomamente) e in condizioni di urgenza;
13. Provvedere all'organizzazione di eventuali trasporti dell'utente finalizzati ad attività sanitarie di competenza psichiatrica quando non svolti dallo stesso in autonomia o tramite la famiglia d'origine;
14. Garantire l'informazione, il supporto e se necessario il trattamento della famiglia di origine del paziente nell'ambito del progetto terapeutico-riabilitativo;
15. Corrispondere mensilmente alle famiglie coinvolte nei progetti il contributo economico previsto, annualmente definito e regolamentato dall'Azienda AULSS2 Marca Trevigiana.

**Prestazioni a carico della famiglia affidataria:**

1. Assicurare la preparazione quotidiana dei pasti/il supporto alla preparazione dei pasti da parte dell'utente;
2. Supportare gli spostamenti e i trasporti necessari alle attività di inclusione sociale/occupazionali/ricreative sul territorio, quando non svolti in autonomia dall'utente;
3. Garantire la cura e la pulizia/il supporto alla cura e alla pulizia dell'ambiente di vita, quando non svolte in autonomia dall'utente;
4. Garantire la comunicazione e i contatti tra paziente e famiglia di origine;
5. Collaborare con l'affidataria in tutte le azioni previste per la realizzazione del progetto secondo le indicazioni fornite dalla stessa e dall'Azienda ULSS.

Restano a carico dell'utente e della sua famiglia d'origine le spese necessarie al soddisfacimento della vita quotidiana (ad esempio abbigliamento, prodotti per l'igiene personale), le spese per i trasporti svolti in autonomia, le spese necessarie alle attività di studio, lavorative e/o di inclusione sociale sul territorio e le spese destinate alle attività ricreative.

### **REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ E COMPITI DEL PERSONALE**

Per lo svolgimento dell'attività descritta sono previste le seguenti risorse professionali (In caso di assenza imprevista del personale, l'Affidataria si impegna a sostituire le figure professionali mancanti entro 48 ore).

- **Psicologo o Psicoterapeuta** in possesso di :
  1. Laurea in Psicologia; specializzazione nella disciplina di Psicologia o Psicoterapia o equipollenti;
  2. Iscrizione all'albo dell'Ordine degli Psicologi.
- **Psichiatra** in possesso di:
  1. Laurea In Medicina e Chirurgia;
  2. Iscrizione Albo Professionale;
  3. Abilitazione Professionale;
  4. Specializzazione in psichiatria, o equipollente o affine ai sensi della vigente normativa.

#### Sono compiti dello Psicologo/Psicoterapeuta:

1. Selezionare insieme al referente del DSM le famiglie affidatarie reperite dall'Affidataria da coinvolgere nei progetti;
2. Formare le famiglie ospitanti selezionate per il progetto IESA;
3. Sostenere e guidare la famiglia affidataria nella relazione con l'utente e nel ruolo di supporto svolto nell'ambito del progetto terapeutico;
4. Condurre mensilmente i gruppi di supervisione dedicati alle famiglie ospitanti;
5. Sostenere l'utente nell'inserimento nel progetto IESA;
6. Sostenere e guidare l'utente in ogni azione prevista per il conseguimento degli obiettivi terapeutici del suo progetto;
7. Relazionare dell'andamento del percorso (regolare svolgimento delle attività previste, eventuali criticità) all'èquipe curante del CSM;

8. Svolgere attività di informazione e pubblicità del progetto IESA (“marketing sociale”), come precedentemente descritto, soprattutto attraverso la rete informale territoriale e in occasione delle attività di promozione di salute mentale organizzate dal DSM; sono richiesti almeno due eventi di informazione/pubblicizzazione all’anno presso la comunità locale e almeno due partecipazioni all’anno alle attività di promozione della salute mentale organizzate dal DSM.

Sono compiti dello Psichiatra:

1. Monitorare, secondo le indicazioni del DSM, l’organizzazione integrata del gruppo curante (équipe curante del CSM e psicologo psicoterapeuta messo a disposizione dall’Affidataria); sono richiesti incontri di condivisione con cadenza orientativamente mensile, annualmente indicate dal DSM;

## **PROGRAMMAZIONE ANNUALE DEI PROGETTI IESA**

Presso il Distretto di Treviso, nel 2019 sono stati attivati 8 progetti IESA, mentre presso il Distretto di Asolo e Pieve di Soligo i progetti IESA non sono ancora stati attivati.

Sulla base dei dati dell’attività al 31.12.2019 e delle necessità del territorio, il fabbisogno complessivo presunto annuo del DSM dell’AULSS2 Marca Trevigiana dei progetti riabilitativi è di seguito illustrato, suddiviso per singolo Distretto:

Tipologia PRI	Distretto di Asolo	Distretto di Pieve di Soligo	Distretto di Treviso	Totale DSM
IESA	2	2	8	12

Si precisa che il numero dei percorsi distinti per tipologia (part-time o full-time) e per intensità (alta, media e bassa) può variare a seconda dei bisogni dell’utenza. Il numero degli utenti che potranno usufruire del servizio IESA, a loro volta, varieranno a seconda della durata dei percorsi in atto.

Il totale dei percorsi del DSM, inoltre, può essere annualmente differentemente ripartito tra le UOC dei Distretti di Pieve di Soligo, Asolo e Treviso, in base alle eventuali liste d’attesa, ai bisogni emergenti del territorio e alle priorità cliniche.

## **RISORSE NECESSARIE**

A titolo orientativo si precisa che i progetti IESA, richiedono mediamente l’impiego delle seguenti risorse professionali, complessive per ciascun percorso:

- 4 h di psicologo a settimana per 44 settimane/anno (valore medio)



- 2h/mese di psichiatra per 11 mesi all'anno per attività di formazione/supervisione

Le 4 ore/settimana/percorso rappresentano un valore medio. Il tempo/operatore dedicato a ciascun percorso sarà mensilmente definito dal team IESA, in accordo con il DSM, sulla base dei bisogni dei diversi percorsi attivi e del numero totale di ore a disposizione. Il numero totale di ore a disposizione sarà dato dal numero di percorsi attivi e dal progressivo mensile del debito/credito ore.

## **CONTROLLI SUL SERVIZIO E MONITORAGGIO DELLA GESTIONE**

L'Azienda AULSS effettuerà il monitoraggio dello svolgimento del servizio con i previsti periodici controlli mediante la verifica dei seguenti specifici indicatori (riassunti in tabella 1):

1. Rispetto della scadenza della consegna della programmazione dell'attività di marketing sociale;
  2. Rispetto della consegna al DSM del report annuale delle attività svolte nell'anno precedente;
  3. Svolgimento di almeno due eventi annuali di promozione del servizio presso la Comunità Locale, finalizzati al reperimento di famiglie, aggiuntivi agli eventi di Promozione della Salute Mentale organizzati dal DSM;
  4. Utilizzo delle risorse:
  5. Tasso di utilizzo del numero di percorsi finanziati come da capitolato per i tre Distretti;
  6. Monitoraggio tempi di attesa per l'avvio del progetto dalla data di inserimento dei pazienti in lista di attesa;
  7. Contenimento dei drop-out ad un valore=non superiore al 70%=dei progetti attivati nell'anno;
- Verifiche e valutazioni periodiche di processo e di esito per il singolo paziente e per il gruppo di pazienti mediante
    - HoNos:
      - al momento della valutazione per presa in carico; al momento dell'avvio del percorso se la somministrazione precedente risale a più di 6 mesi; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
    - FPS- Scala del Funzionamento Personale e Sociale:
      - all'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
    - Lancashire Quality of Life Profile
      - all'avvio del percorso; alla fine di ogni anno e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della fine dell'anno;
    - Job Satisfaction Scale (per gli assunti)
      - alla fine di ogni anno e almeno dopo 3 mesi dall'assunzione, ma anche al termine di periodi più brevi di lavoro
    - RAS (Scala di valutazione del Recovery)
      - prima dell'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;

- Questionario qualità percepita
  - A fine anno per le persone che hanno svolto almeno 3 mesi di percorso e alla fine di ogni percorso

Il DSM si riserva di modificare gli strumenti di valutazione sulla base delle più recenti evidenze della letteratura sull'argomento.

8. Misurazione, alla fine di ogni anno solare e per gli utenti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso, del grado di soddisfazione di pazienti e famiglie d'origine per il servizio ricevuto,

## INDICATORI

Il seguente elenco di indicatori potrà essere rivisto all'inizio di ogni anno dal DSM, in collaborazione con gli operatori dello IESA, sulla base dei fattori di qualità che si ritiene opportuno monitorare nel nuovo anno.

Tabella 1

Indicatore	Tempi / Frequenza di rilevazione	Risultato atteso
Consegna della programmazione dell'attività di marketing sociale	Entro 2 mesi dall'avvio del servizio (data firma del contratto con affidataria)	Si
	Annualmente, al 31/01 per l'anno in corso	Si
Consegna del report annuale delle attività svolte	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	Si
Svolgimento attività di marketing sociale: Numeri eventi realizzati / numero eventi previsti da contratto (almeno 2)	Annualmente, al 31/12	100%
Tasso di utilizzo dei percorsi finanziati come da capitolato per i tre Distretti	Annualmente, al 31/12	100%
Tempo medio di attesa per l'avvio del progetto dalla data di inserimento del paziente in lista di attesa	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	monitoraggio
Contenimento drop-out: numero progetti IESA chiusi per abbandono del paziente / numero progetti IESA attivati nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	≤70%
Utilizzo regolare della scala HoNos: - Numero di somministrazioni	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%

fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste sul totale dei percorsi attivi nell'anno		
- Nr di progetti IESA per i quali sono stati rispettati i tempi di somministrazione stabiliti / numero totale di progetti IESA attivi nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
- Per i pazienti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di pazienti per i quali si registra un miglioramento / numero totale pazienti	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 60%
Utilizzo regolare della scala VGF: - Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste sul totale dei percorsi attivi nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	90%
- Nr di progetti IESA per i quali sono stati rispettati i tempi di somministrazione stabiliti / numero totale di progetti IESA attivi nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
- Per i pazienti ai quali sono state fatte almeno 2	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 60%

somministrazioni: Nr di pazienti per i quali si registra un miglioramento / numero totale pazienti		
<p>Utilizzo regolare della scala LQoLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste sul totale dei percorsi attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nr di progetti IESA per i quali sono stati rispettati i tempi di somministrazione stabiliti / numero totale di progetti IESA attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i pazienti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di pazienti per i quali si registra un miglioramento / numero totale pazienti</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 60%
<p>Grado di soddisfazione dei pazienti utenti per il servizio ricevuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso</li> </ul>		100%

- numero di questionari raccolti / numero di questionari distribuiti		= > 80%
- Indice globale di soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti		<i>Da definire</i>
Grado di soddisfazione delle famiglie di origine per il servizio ricevuto: - numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso		100%
- numero di questionari raccolti / numero di questionari distribuiti		= > 80%
- Indice globale di soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti		<i>monitoraggio</i>

## LOTTO 1

### **SERVIZIO 2: PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI SPECIFICI REALIZZATI ATTRAVERSO PROFESSIONALITÀ QUALIFICATE E METODOLOGIE SUPPORTATE DALL'EVIDENCE BASED MEDICINE**

Al fine di garantire un'offerta riabilitativa ampiamente rispondente ai bisogni dell'utenza del DSM si ritiene necessaria l'offerta di attività terapeutico-riabilitative specifiche, realizzate attraverso professionalità qualificate e di efficacia comprovata dalle evidenze della letteratura scientifica, erogate in progetti articolati con modalità flessibili, modulabili in frequenza e durata.

Il presente documento disciplina le modalità di esecuzione del servizio "Progetti terapeutico riabilitativi specifici realizzati attraverso

professionalità qualificate e metodologie supportate dall'evidence based medicine”.

### **Destinatari del Servizio**

Sono destinatari del servizio utenti di età compresa tra i 18 e i 65 anni, in carico al DSM, affetti da patologie dello spettro schizofrenico, disturbi dell'umore e gravi disturbi della personalità, per i quali sia indicato l'inserimento nel PTI di attività riabilitative specifiche, finalizzate al miglioramento delle abilità personali, comunicative e relazionali, non erogate di routine dal centro di Salute Mentale (CSM) ed integrative ai programmi riabilitativi previsti dal Centro Diurno (CD).

### **Finalità e svolgimento del servizio**

Le caratteristiche distintive dei progetti terapeutico-riabilitativi specifici sono le seguenti: □

- sono costituiti da attività a valenza terapeutica riabilitativa specifica, non erogabili dalle professionalità delle équipes dei CSM, né nell'ambito della residenzialità e semiresidenzialità accreditate;
- sono di efficacia comprovata dalle evidenze della letteratura scientifica;
- consistono in interventi dedicati a gruppi di utenti, che possono integrare le attività riabilitative di routine del Centro Diurno o l'attività assistenziale destinata agli utenti in carico al CSM;
- sono interventi erogati con modalità flessibile, in termini di orari e intensità, sulla base delle necessità dell'utenza e della programmazione del DSM;
- sono sempre inseriti nel progetto personalizzato degli utenti su disegno dell'équipe curante del CSM di riferimento.

Gli obiettivi comuni ai progetti riabilitativi specifici sono:

- migliorare le condizioni psicopatologiche dell'utente;
- incentivare le abilità personali e comunicative;
- migliorare la capacità di contribuire all'attività di gruppo al fine di perseguire scopi comuni;
- ridurre lo stigma interno delle persone con disturbi mentali;
- promuovere l'autonomia e il protagonismo delle persone con disturbi mentali;
- promuovere e sviluppare le risorse dell'ambiente incentivanti l'inclusione sociale, contrastando il pregiudizio sulle patologie psichiatriche.

I progetti terapeutico riabilitativi specifici, con le suddette finalità e caratteristiche, si avvalgono di tecniche e metodologie, quali la stimolazione cognitiva (problem solving, social skills training), gruppi psicoterapici ad

orientamento cognitivo-comportamentale con target specifico, psicodramma, musicoterapia, attività artistiche espressive, o più in generale attività condotte dai maestri d'arte, già ampiamente utilizzate nell'ambito della Salute Mentale e di efficacia supportata da evidenze della letteratura scientifica.

Utilizzano inoltre pratiche sportive, discipline e attività corporee di gruppo (ad esempio montagnaterapia, rugby, pallavolo), prevalentemente svolte sul territorio in sedi non istituzionali, con lo scopo di inclusione sociale e contrasto allo stigma.

Agli interventi già consolidati nella pratica clinica, potranno essere aggiunte annualmente su indicazione del DSM attività innovative, la cui efficacia dovrà sempre essere supportata dall'EBM e confermata dalle misure di esito positive e dal raggiungimento degli obiettivi prefissati.

I progetti specifici possono essere svolti all'interno delle strutture del DSM, principalmente presso il CSM o il CD, oppure in sedi della rete territoriale favorevoli allo scambio relazionale e al processo d'inclusione sociale, quali ad esempio locali pubblici, palestre, biblioteche, proloco e altre sedi comunali.

È compito dell'Affidataria reperire su richiesta del DSM nell'ambito della rete territoriale i contesti e le sedi, nonché gli interlocutori (ad esempio contatti con associazioni sportive e/o di volontariato e/o della cooperazione) necessari allo svolgimento delle attività, soprattutto con valenza di inclusione sociale e lotta al pregiudizio.

I progetti terapeutico-riabilitativi specifici devono essere programmati, coordinati e monitorati a partire dai bisogni individuati sul territorio dai CSM dei tre Distretti del DSM.

A tal fine sono individuati un referente del servizio per ogni CSM e un referente del servizio a livello dipartimentale, tramite i quali viene stabilita la programmazione annuale delle attività da parte del DSM orientativamente entro il mese di novembre di ogni anno, con lo scopo di condividere le aree di bisogno, definire le priorità d'intervento e coordinare i diversi attori deputati alla realizzazione dei progetti terapeutico riabilitativi specifici.

Sulla base delle esigenze del territorio, la programmazione è comprensiva dei requisiti dei progetti, quali obiettivi, professionalità specifiche e attività richieste, articolazione in frequenza di erogazione e intensità dell'attività e durata e sedi dedicate dal DSM e/o richieste all'Affidataria; è inoltre specificato il numero di utenti partecipanti ai gruppi, compatibilmente con la tipologia delle singole attività.

La proposta di programmazione del DSM viene condivisa con l'Affidataria in apposita riunione, nella quale l'Affidataria è invitata anche a proporre attività innovative da inserire nei progetti terapeutico-riabilitativi specifici.

L'Affidataria invia annualmente al DSM la relazione di pianificazione della programmazione definitivamente concordata con il DSM, comprensiva di eventuali attività innovative da avviare.

L'Affidataria s'impegna a fornire le professionalità richieste, con curricula comprovanti la competenza e l'esperienza degli operatori, e a svolgere e portare a compimento i progetti con i requisiti concordati al fine di raggiungere gli obiettivi previsti.

Garantisce inoltre una figura di coordinamento per ogni distretto, con la funzione di raccordo con i referenti dei CSM e il referente del DSM, per condividere e recepire la programmazione e segnalare e risolvere eventuali

criticità nella realizzazione della stessa. Come già espresso, si rende infine disponibile a reperire su richiesta del DSM nell'ambito della rete territoriale i contesti e le sedi e gli interlocutori necessari allo svolgimento delle attività, soprattutto quando queste abbiano anche valenza di inclusione sociale e di lotta al pregiudizio.

Ogni CSM del DSM seleziona gli utenti per i quali vi sia indicazione clinica allo svolgimento dei progetti specifici, definendo gli obiettivi da raggiungere tramite l'inserimento degli stessi nel progetto personalizzato. Gestisce inoltre eventuali liste d'attesa, monitora lo svolgimento delle attività e ne verifica gli esiti.

### **Attività a carico dell'Affidataria**

Sono attività a carico dell'Affidataria:

1. Garantire la continuità del servizio, ovvero la prosecuzione dei progetti terapeutico riabilitativi specifici già in essere ad affidamento avvenuto, con le modalità di cui al presente Capitolato. Le modalità di gestione di tali progetti saranno comunque definite nel dettaglio con la ditta aggiudicataria prima dell'avvio del servizio;
2. Concordare con il DSM in apposita riunione (svolta annualmente entro il 30 novembre) sulla base della valutazione dell'attività svolta e dell'analisi dei bisogni del territorio, la programmazione delle attività per l'anno successivo, proponendo anche attività innovative;
3. Inviare annualmente, non oltre un mese dalla programmazione condivisa, al Direttore del DSM il piano di realizzazione della programmazione concordata, comprensivo delle eventuali attività innovative; la proposta dovrà essere completa di tipologia delle attività, professionalità necessarie per lo svolgimento delle stesse, dati della letteratura scientifica/misure di esito in precedenti esperienze cliniche/ogni altra evidenza EBM comprovanti l'efficacia delle attività innovative;
4. Recepire le indicazioni del DSM in merito alla programmazione annuale dei progetti terapeutico-riabilitativi specifici;
5. Reperire le figure professionali specifiche per le attività terapeutico riabilitative concordate, presentando all'Azienda ULSS2 Marca Trevigiana l'elenco nominativo degli operatori che espleteranno il servizio stesso, specificando il ruolo e il titolo di studio, le competenze, le esperienze, le funzioni, la relativa qualifica professionale, in coerenza con l'organigramma presentato in sede di offerta di gestione del servizio. Ogni variazione a detto elenco dovrà essere comunicata entro quindici giorni al Direttore del DSM per approvazione;
6. Garantire un coordinatore per i progetti specifici per ogni distretto;
7. Garantire disponibilità e la flessibilità degli operatori e dei coordinatori a prestare la propria opera e presenza negli orari e giorni previsti dai progetti, in base alle esigenze e ai bisogni specifici concordati tra le parti;
8. Secondo la programmazione, garantire per ogni professionalità il numero di ore totale annuo necessario a realizzare tutti gli interventi e il numero di ore previsto per ogni progetto terapeutico riabilitativo specifico, in base all'esigenza dell'utente/dei gruppi di utenti, e compreso nel budget complessivo a disposizione;



9. Reperire nell'ambito della rete territoriale le sedi necessarie alle attività, quando previsto dai progetti specifici con finalità di inclusione sociale e di contrasto allo stigma; le sedi dovranno essere adeguate al progetto e alle attività da esso previste, coerentemente con le indicazioni della programmazione dipartimentale; le sedi dovranno essere comunicate al Direttore del DSM almeno 30 giorni prima dell'effettivo inizio del servizio, per approvazione. L'individuazione e il reperimento delle sedi non comporterà oneri aggiuntivi a quelli previsti per l'espletamento del servizio.
10. Reperire nell'ambito della rete territoriale le associazioni sportive/di volontariato/esponenti della cooperazione e ogni altro interlocutore disponibile a contribuire all'organizzazione e allo svolgimento dei progetti riabilitativi specifici, soprattutto con valenza inclusiva e di contrasto allo stigma; tutti gli attori della rete territoriale coinvolti dall'Affidataria nella realizzazione dei progetti dovranno essere comunicati al Direttore del DSM almeno 30 giorni prima dell'effettivo inizio del servizio. Il lavoro di rete non comporterà oneri aggiuntivi a quelli previsti per l'espletamento del servizio.
11. Assicurare e monitorare lo svolgimento delle azioni necessarie ad ogni progetto; coordinare operativamente i progetti individuali e di gruppo;
12. Garantire la direzione, il controllo, il monitoraggio periodico e la supervisione del servizio affidato e la tempestiva segnalazione al DSM di eventuali criticità.
13. Fornire materiali, sussidi e attrezzature necessarie per la realizzazione delle diverse attività previste nello svolgimento dei progetti terapeutico riabilitativi senza oneri aggiuntivi per l'espletamento del servizio.
14. Curare l'adeguata formazione professionale degli operatori e del /i Coordinatore/i messo/i a disposizione;
15. Verificare gli esiti di ogni progetto secondo gli strumenti, annualmente rivisti e indicati dal DSM all'Affidataria (scale di valutazione multidimensionali, delle condizioni cliniche e del funzionamento globale dell'utente, questionari di soddisfazione di utenti e familiari). La rilevazione delle scale di valutazione degli esiti deve essere condotta per ogni progetto con almeno tre valutazioni: all'inizio (qualora previsto come assessment nelle scale utilizzate), a sei, a dodici mesi dall'inizio e al termine dello stesso. Il DSM comunicherà annualmente all'affidataria la percentuale di progetti avviati per la quale ci si aspetta un miglioramento degli indici relativi al benessere e al funzionamento dell'utente e alla soddisfazione di utenti e familiari, sulla base dei dati storici del servizio e dei dati della letteratura scientifica;
16. Inviare il resoconto dell'orario di lavoro delle figure professionali specifiche almeno due volte l'anno (entro il trentun luglio dell'anno in corso per il primo semestre e entro il trentun gennaio dell'anno successivo per il secondo semestre);
17. Redigere la relazione sull'andamento tecnico della gestione del servizio e sui risultati ottenuti, da trasmettere al Direttore di ogni UOC e al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 2

Marca Trevigiana, entro il mese di marzo di ogni anno (termine ultimo), relativa all'anno precedente. Nella relazione dovranno essere riportati:

- i progetti riabilitativi avviati e portati a termine e la loro coerenza con la programmazione dipartimentale
  - i progetti con attività innovative proposte dall'affidataria intrapresi e portati a termine
  - le azioni intraprese nello svolgimento di ogni progetto
  - la rilevazione degli esiti e gli obiettivi raggiunti per ogni progetto
  - il resoconto dell'orario svolto durante l'anno da tutte le figure professionali messe a disposizione dall'affidataria.
18. Mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la stabilità del personale e la tempestiva ed adeguata sostituzione delle assenze del personale per malattia, ferie e permessi.

### **Attività a carico dell'AULSS 2 Marca Trevigiana**

Sono attività a carico dell'AULSS2 Marca Trevigiana:

1. Individuare un referente del servizio per ogni CSM del Distretto, a cui la Ditta aggiudicataria dovrà rivolgersi per qualsiasi esigenza di carattere organizzativo e/o gestionale;
2. Individuare un referente del servizio per il DSM, responsabile della programmazione annuale;
3. Definire annualmente, entro il 31 gennaio per l'anno in corso, la programmazione delle attività dei progetti riabilitativi specifici, indicando le professionalità che la Ditta affidataria dovrà mettere a disposizione, le ore da dedicare per ogni professionalità nell'ambito dei diversi progetti, e l'articolazione di ogni progetto (numero, frequenza e durata degli interventi per ogni attività) sulla base dei bisogni riabilitativi di ogni distretto;
4. Valutare annualmente per approvazione i curricula delle figure professionali messe a disposizione dall'affidataria;
5. Selezionare gli utenti per i quali attivare i progetti riabilitativi specifici;
6. Gestire eventuali liste d'attesa;
7. Verificare lo svolgimento dell'attività prevista per ogni professionalità;
8. Monitorare il regolare svolgimento del servizio, così come indicato al paragrafo "Controllo sul servizio e monitoraggio della gestione" ;
9. Programmare e svolgere tutti gli interventi sanitari di routine (compresa la somministrazione della terapia qualora non assunta autonomamente dall'utente) o in urgenza dell'ambito di competenza psichiatrica degli utenti del DSM ingaggiati nei progetti (l'attività assistenziale resta in capo al CSM).
10. Restano a carico dell'utente tutti i costi per i pasti, qualora non già inclusi nella frequenza del CD, e le spese differenti dai trasporti in eventuali attività sul territorio.

### **REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ**

L'aggiudicataria dovrà fornire personale qualificato e idoneo in relazione alle prestazioni previste nell'ambito dei progetti terapeutico riabilitativi specifici.

Gli orari di ogni singola figura professionale sono definiti dalla programmazione annuale.

Il personale dovrà essere in possesso dei titoli di studio e/o specializzazioni e curricula documentati relativi ad ogni specifica disciplina e i curricula proposti dall'affidataria saranno valutati per approvazione dal Direttore del DSM insieme ai Direttori di UOC di ogni Distretto.

Sono di seguito elencate alcune delle professionalità prevalentemente impiegate nello svolgimento degli interventi previsti dai progetti terapeutico riabilitativi specifici, con relativo titolo di studio richiesto. L'elenco delle professionalità richieste dal DSM e l'orario impiegato per ognuna verrà aggiornato e stabilito dal DSM annualmente tramite la programmazione.

- Professionalità equiparabile a maestro d'arte
- Esperto in musicoterapia
- Esperto in scrittura creativa
- Esperto in attività motoria e in psicomotricità
- Professionalità psicologo psicoterapeuta  
Psicoterapeuta esperto in tecniche di psicodramma
- Esperto in mindfulness
- Esperto in tecniche di stimolazione cognitiva (social skills training, problem solving) e in tecniche psicoterapiche di gruppo secondo orientamento cognitivo-comportamentale

Gli interventi condotti dai professionisti qualificati per la rispettiva disciplina forniti dalla ditta aggiudicataria hanno la durata compresa tra una e due ore, a seconda della specifica attività.

La ditta s'impegna inoltre a garantire l'attività di coordinamento del Servizio, unica per tutti i tre Distretti, corrispondente ad un minimo di 40 ore annue; la figura professionale dedicata al *coordinamento*, in possesso di uno dei seguenti titoli:

- Laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione o Scienze e Tecniche Psicologiche o Scienze pedagogiche;
- Diploma di laurea 1° livello di Educatore professionale (Classe delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione) – diploma universitario di Educatore professionale (D.M. n. 520 del 08.10.1998) o titoli equipollenti ai sensi del D.M. Sanità del s.m.i. e Decreto 29/03/2001 n. 182;
- Laurea in Servizio Sociale o Servizio Sociale e Politiche Sociali;
- Laurea in Psicologia.

I compiti del *coordinatore* del servizio sono i seguenti:

- Garantire il recepimento delle indicazioni dipartimentali sulla programmazione annuale;
- Monitorare lo svolgimento dei progetti specifici, segnalando tempestivamente eventuali criticità al DSM;
- Curare l'avvio dei progetti programmati in ogni CSM del distretto;
- Coordinare i diversi progetti in corso in ogni distretto;

- Garantire la trasmissione al DSM della proposta annuale di attività innovative (entro il 31 gennaio di ogni anno per la programmazione dell'anno successivo);
- Garantire la trasmissione al DSM dell'elenco delle professionalità, con relativi curricula, necessarie allo svolgimento del servizio;
- Garantire la trasmissione al DSM dell'elenco delle sedi territoriali necessarie all'espletamento del servizio;
- Garantire la trasmissione al DSM dell'elenco degli attori della rete partecipanti ai progetti terapeutico-riabilitativi con finalità di inclusione sociale e lotta allo stigma;
- Garantire la trasmissione al DSM della rilevazione degli esiti di ogni progetto, con le scadenze indicate al paragrafo "monitoraggio del servizio";
- Garantire la trasmissione al DSM della relazione annuale dello svolgimento della gestione del servizio;

La sostituzione del personale, nel caso di assenza del medesimo a qualsiasi titolo, dovrà essere effettuata entro 48h e comunque in modo tale da non arrecare disservizi all'utenza, garantendo la continuità del servizio. Gli oneri relativi alla sostituzione del personale assente saranno interamente a carico dell'Aggiudicataria.

In tutte le ipotesi di sostituzione, l'Aggiudicataria è tenuta a provvedere con personale in possesso dei titoli sopra indicati e a presentare la documentazione inerente.

La conseguente ammissione dello stesso è subordinata al parere favorevole da parte del referente dell'ULSS.

In caso di gravi e documentate inadempienze del personale, rilevate dall'ULSS, viene data comunicazione scritta alla Ditta, che dovrà immediatamente provvedere alla sostituzione. Il personale dovrà, inoltre, essere adeguatamente formato e costantemente aggiornato attraverso la frequenza a corsi di aggiornamento.

### **PROGRAMMAZIONE ANNUALE DEL DSM**

Considerando i bisogni di cura ad oggi rilevati nei territori di ogni Distretto, calcolato il totale delle ore necessarie a realizzare gli interventi dei progetti riabilitativi specifici durante l'anno per ogni distretto, l'offerta del servizio è formulata per il DSM dell'AULSS2 Marca Trevigiana come segue e riassunto nella seguente tabella.

Distretto di Asolo	Distretto di Pieve di Soligo	Distretto di Treviso	Totale DSM
900 ore/anno	900 ore/anno	955 ore/anno	2755 ore/anno

Il totale del monte ore per ogni distretto viene ripartito nelle diverse attività sulla base della programmazione annuale precedentemente descritta. Annualmente l'affidataria concorderà con il DSM la ripartizione delle ore nelle progettualità erogate dalle diverse professionalità operanti per il servizio per ogni

distretto, mantenendo invariato il numero massimo di ore dipartimentali ed il corrispondente budget complessivo.

## CONTROLLI SUL SERVIZIO E MONITORAGGIO DELLA GESTIONE

L'Azienda AULSS effettuerà il monitoraggio dello svolgimento del servizio con i previsti periodici controlli mediante la verifica dei seguenti specifici indicatori (riassunti in tabella 2 ):

1. Rispetto dei tempi di consegna della programmazione annuale delle attività/laboratori
2. Rispetto della consegna al DSM del report annuale delle attività svolte nell'anno precedente, articolato per tipo di attività;
3. Tasso di utilizzo delle risorse finanziarie previste dal capitolato per i tre Distretti
4. Misurazione, alla fine di ogni anno solare, del grado di soddisfazione dei pazienti per il servizio ricevuto, disaggregato per tipologia di attività/laboratorio.

Tabella 2

<b>Indicatore</b>	<b>Tempi / Frequenza di rilevazione</b>	<b>Risultato atteso</b>
Consegna della programmazione annuale delle attività / laboratori	Annualmente, entro il mese di gennaio	Si
Consegna del report annuale delle attività svolte, articolato per tipo di attività	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	Si
Tasso di utilizzo delle risorse finanziarie previste dal capitolato per i tre Distretti	Annualmente, al 31/12	100%
Grado di soddisfazione dei pazienti per il servizio ricevuto disaggregato per attività/laboratorio: - <i>numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso</i>	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	100%
- <i>numero di questionari raccolti / numero di questionari distribuiti</i>		= > 80%
- <i>Indice globale di</i>		Monitoraggio

<i>soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti</i>		
--	--	--

## LOTTO 1

### **SERVIZIO 3: PROGETTI DI SOSTEGNO TERRITORIALE INTEGRATO: CENTRI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE PER PERSONE CON DISAGIO PSICHICO**

Il percorso riabilitativo dei soggetti in carico al DSM deve essere inteso sia come sviluppo e/o mantenimento delle capacità residue, sia come accesso attivo ai diritti di cittadinanza dove le determinanti sono le responsabilità soggettive e l'aumento dei poteri del soggetto stesso.

Il concetto di inclusione sociale comprende sia l'adattamento normalizzante alla realtà da parte del soggetto che la capacità di incidere sugli atteggiamenti della comunità verso quei soggetti che storicamente sono stati oggetto di stigma. Chi è affetto da un disturbo mentale, oltre a combattere contro la propria sofferenza, deve fronteggiare gli stereotipi e i pregiudizi sulle patologie psichiche gravi. Inoltre, accanto ad uno stigma pubblico, vi è il concetto di self-stigma, ovvero l'interiorizzazione di tali pregiudizi e stereotipi negativi.

Lo stigma colpisce la vita dei pazienti, porta alla perdita di una posizione sociale e all'isolamento, facilita l'istituzionalizzazione, rende più difficile la guarigione e favorisce la percezione della malattia come cronica.

Combattere lo stigma e il pregiudizio implica lavorare su più livelli, creando quelle condizioni psicologiche e relazionali che permettano di restituire alla comunità la persona con disagio mentale come risorsa che prende parte in modo attivo alla sua cura e alla sua inclusione sociale.

Coerentemente con i suddetti principi, il presente documento disciplina le modalità di esecuzione dei servizi "Centri di Promozione della Salute Mentale", volti a favorire e sostenere i processi di inclusione sociale e a contrastare lo stigma.

### **DESTINATARI DEL SERVIZIO**

I Centri di Promozione della Salute Mentale sono rivolti alle persone con disagio psichico che vivano un vuoto di relazioni ed abbiano, anche a causa del disturbo e degli esiti di esso, difficoltà ad accedere alle occasioni di inclusione sociale del territorio. Si propongono inoltre come luogo di accoglienza per la cittadinanza interessata a collaborare con l'attività dei centri.

### **FINALITÀ E SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

I CPSM hanno la finalità di costruzione e allargamento delle relazioni interpersonali, strumento per prendersi cura dei bisogni sociali, ricreativi e culturali.

Sostengono inoltre il protagonismo dell'utenza e la lotta al pregiudizio sui disturbi psichici con attività di promozione della salute mentale e attività con forte valenza di inclusione sociale.

Gli interventi dei CPSM devono essere intesi come interazione con la Comunità Locale, pur in stretta connessione con il DSM, offrendo alle persone con disagio psichico opportunità di relazione e di impegno costruttivo del tempo libero, promuovendo l'auto-organizzazione e creando quelle condizioni necessarie per contrastare lo stigma e il pregiudizio.

In tal senso, sono scelti come interlocutori e protagonisti tutti i soggetti, istituzionali e non, che a vario titolo possono essere motori di inclusione sociale nel territorio e cooperare nella promozione della salute mentale.

Per quanto espresso, i CPSM sono spazi aperti alla cittadinanza, non confinati ai luoghi di cura e/o istituzionali, in relazione con le associazioni formali e informali del territorio e in stretto raccordo con i Servizi del DSM.

Le "sedi operative" sono ambiti del territorio (sedi comunali, pro-loco, biblioteche, sedi messe a disposizione dalla cooperazione, sedi messe a disposizione dall'affidataria etc...) situati in contesto urbano, in contatto con la vita attiva della comunità locale, facilmente accessibili e raggiungibili con i mezzi di trasporto pubblico. L'Affidataria deve reperire tali sedi nell'ambito della rete del territorio, o mettere a disposizione eventuali luoghi deputati alle suddette funzioni.

Le attività svolte presso i CPSM attengono, in prima istanza, alla dimensione semplice e informale dell'accoglienza, dell'ascolto, del dialogo, in quanto luoghi dove ci si conosce e si creano insieme (operatori, volontari, frequentatori dei centri) le premesse per una partecipazione attiva alle varie iniziative concordate. I CPSM sono inoltre sede di corsi e laboratori (es. laboratori di informatica, corsi di pittura, laboratori teatrali, musicali, di poesia, ecc...): le attività strutturate che vi si svolgono non hanno le caratteristiche e gli obiettivi delle attività riabilitative, ma costituiscono soprattutto occasioni di sperimentazione del contesto sociale e dell'acquisizione di un ruolo attivo nelle cure e nella collaborazione con il DSM. Gli eventi nel territorio (cineforum, concerti, rappresentazioni teatrali...) consentono un rapporto diretto e solidale con altri gruppi presenti nella comunità, soprattutto quando gli eventi stessi siano il frutto di un percorso condiviso, una sinergia con le altre realtà informali, spontanee e/o istituzionali.

I CPSM, infine, sostengono il protagonismo degli utenti nell'ambito di manifestazioni/percorsi/progetti di Promozione alla Salute Mentale. In questo ambito, tutti i soggetti che vi operano ("utenti", operatori, rete formale e informale) sono coinvolti, in collaborazione con il DSM, nell'organizzazione di campagne contro lo stigma e il pregiudizio sulle malattie mentali. Tra le varie attività di promozione della salute mentale, è previsto che ogni CPSM provveda con i propri fruitori al materiale informativo per pubblicizzare il centro stesso in merito a finalità, organizzazione, attività, modalità di accesso, con lo scopo di renderlo maggiormente visibile e accessibile.

In sintesi, sono obiettivi dei Centri di Promozione:

- Offrire luoghi e attività di aggregazione e, soprattutto, opportunità di relazione e di impegno costruttivo e positivo del tempo libero; questo obiettivo

viene realizzato sia mediante l'accessibilità, la frequenza libera, le attività e gli incontri organizzati presso la sede del CPSM, sia tramite uscite e partecipazioni ad eventi sul territorio;

- Promuovere nei partecipanti/utenti l'auto-organizzazione del proprio tempo libero, partendo dall'idea di pensare e progettare insieme; questo obiettivo viene realizzato stimolando e sostenendo gli utenti frequentatori del CPSM al proattività e al protagonismo nella pianificazione e nello svolgimento delle attività e delle uscite sul territorio;
- Facilitare il contatto con gruppi formali e informali presenti nel territorio, al fine di aprire/riaprire relazioni positive e appaganti; questo obiettivo viene realizzato curando i rapporti di rete, costruendo rapporti di collaborazione e dialogo con i diversi soggetti della rete territoriale e reperendo anche grazie ad essi le risorse disponibili e utili alle attività del CPSM;
- Proporre e promuovere attività, esperienze, incontri che si realizzino dentro e fuori le "sedi" dei centri favorendo l'aumento delle competenze personali;
- Realizzare attività nell'ambito della promozione della Salute Mentale e del protagonismo dei soggetti coinvolti; questo obiettivo viene raggiunto utilizzando il contributo di tutti i frequentatori del CPSM, i contatti e i contributi della rete sociale, valorizzando il protagonismo degli utenti e seguendo la linea dipartimentale sulla promozione della Salute Mentale.
- Pubblicizzare e sostenere la conoscenza del CPSM, come una delle attività da garantire per la promozione della Salute Mentale, anche fornendo, costruendo e diffondendo l'apposito materiale informativo;

Per il raggiungimento degli obiettivi previsti, i Centri di Promozione della Salute Mentale devono adottare le seguenti strategie:

- Porsi come spazio aperto al territorio, lavorando in rete con le realtà formali e informali presenti nella comunità. Aprirsi e dialogare con soggetti quali, gli enti locali, le associazioni che si occupano di salute mentale e non, le parrocchie, i servizi ULSS interessati (es. l'unità operativa per le politiche giovanili, il SIL...), le scuole, gli altri poli aggregativi attivi nel territorio;
- Valorizzare nelle azioni promosse dal Centro l'eterogeneità, quale occasione di incontro sia per persone che vivono un disagio psichico che per persone cosiddette "normali";
- Favorire il protagonismo dei partecipanti alle iniziative pensate all'interno dei centri, mediante la costruzione/organizzazione di momenti ed eventi all'esterno che prevedano la partecipazione attiva degli 'utenti';
- Favorire l'inserimento delle persone con disagio psichico, a seconda degli interessi, nelle diverse realtà associative sociali, culturali e sportive presenti nel territorio;
- Porsi come interlocutori e risorse per il DSM relativamente alle azioni di promozione alla salute mentale.
- Operativamente, l'Affidataria metterà a disposizione tre figure professionali a supporto dello svolgimento delle attività e delle funzioni del Centro di Promozione della Salute Mentale:



1. Educatore professionale o Assistente sociale: per pianificare, sostenere e stimolare le iniziative e le attività del Centro e/o le manifestazioni con finalità di inclusione sociale; curare i collegamenti e i rapporti con la rete territoriale e individuarne le risorse fruibili
2. Maestro d'arte: per lo svolgimento dei corsi e delle attività con finalità di relazione e aggregazione sociale in sede;

Ogni Centro di Promozione della Salute Mentale è utilizzato da uno/più CSM del DSM seguendo la competenza territoriale, definita dal DSM sulla base del rapporto con il territorio, dell'impatto delle attività, della coerenza con la rete associativa, della possibilità di garantire programmi per la promozione della salute mentale.

L'attività dei CPSM viene monitorata da ogni CSM che lo utilizza per competenza territoriale mediante un dedicato operatore di riferimento e l'attività di tutti i CPSM dello stesso Distretto viene monitorata nel loro funzionamento da un referente Coordinatore del DSM.

Verrà parimenti individuato dall'Affidataria almeno un referente per ogni CPSM e un Coordinatore dei CPSM per Distretto di competenza territoriale.

Le équipe del CSM provvederanno alla selezione e all'invio degli utenti al Centro di Promozione del territorio di competenza. Le progettualità specifiche individuali presso i CPSM saranno costruite e condivise dalle équipe curanti di riferimento con i diretti interessati e in sintonia con i PTI dei CSM che hanno in carico i soggetti.

In coerenza con la filosofia del servizio, i diversi partecipanti alle attività dei Centri di Promozione della Salute possono accedervi anche direttamente o su invio dei familiari e di altri servizi socio-sanitari del territorio, ma tutti gli inserimenti di utenti da parte del DSM devono comunque essere guidati dagli operatori di riferimento dei CSM per i CPSM e monitorati nel tempo sul raggiungimento degli obiettivi prefissati per le progettualità degli utenti e sugli esiti conseguiti. Per ogni utente inviato dal CSM al CPSM saranno a tale fine svolte una prima riunione di inserimento e successive altre due riunioni di monitoraggio a 6 e dodici mesi e/o al termine dell'inserimento, tra operatore di riferimento per il CPSM del CSM e operatore di riferimento del CPSM.

L'Affidataria mensilmente presenterà al DSM la programmazione delle attività e delle iniziative di ogni CPSM relativamente allo svolgimento del servizio sia nell'ambito dell'inclusione sociale degli utenti, sia nell'ambito della promozione della Salute Mentale.

### **Attività a carico dell'Affidataria**

Sono attività a carico dell'Affidataria:

1. Garantire la continuità del servizio, ovvero la prosecuzione delle progettualità e delle iniziative già in essere ad affidamento avvenuto con le modalità di cui al presente Capitolato. Le modalità di gestione di tali progetti saranno comunque definite nel dettaglio con la ditta aggiudicataria prima dell'avvio del servizio;
2. Reperire e mettere a disposizione le sedi per lo svolgimento delle attività dei CPSM con continuità e entro un mese dall'affidamento del servizio; i locali

- utilizzati per il servizio non sono sottoposti a standard strutturali e organizzativi specifici, essi potranno essere anche individuati nell'ambito di contesti informali della rete territoriale, dovranno essere consoni alle finalità previste e più in generale alle norme in materia di abitabilità;
3. Garantire l'apertura di ogni centro per 913 ore/anno, almeno di 3 giorni a settimana, non meno di 4 ore a giornata, per 52 settimane;
  4. Svolgere le riunioni richieste per l'inserimento e il monitoraggio delle progettualità degli utenti presso il CPSM: le riunioni si svolgeranno tra referente del CSM e referente del CPSM, e avranno la durata di circa un'ora; la prima riunione sarà di presentazione della progettualità dell'utente prima del suo inserimento e si svolgeranno nell'anno almeno due riunioni a 6 e 12 mesi dall'inserimento per il monitoraggio della progettualità;
  5. Inviare annualmente (entro il 31 gennaio per l'anno in corso) per approvazione al Direttore del DSM e ai Direttori di UOC la relazione di programmazione delle attività di promozione della Salute Mentale per ogni CPSM: la relazione dovrà essere comprensiva di numero e tipologia di eventi, finalità, partecipanti della Comunità Locale, ipotesi di date e sedi di svolgimento, tipologia di coinvolgimento e attività previste per gli utenti frequentatori del CPSM, iniziative pubblicitarie e informative per favorire la conoscenza del CPSM nella comunità locale e materiale a supporto (depliant, opuscoli, video, blog e siti internet...);
  6. Inviare annualmente (entro il 31 gennaio per l'anno in corso) al Direttore del DSM la relazione di programmazione degli orari di apertura dei CPSM e delle attività programmate in sede (corsi, laboratori, incontri tematici, attività di socializzazione...) dedicate ai frequentatori dei CPSM;
  7. Pubblicizzare e sostenere la conoscenza del CPSM anche fornendo, con almeno una iniziativa all'anno supportata da apposito materiale informativo e pubblicitario;
  8. Garantire lo svolgimento delle attività programmate in sede e sul territorio per ogni CPSM;
  9. Verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti per ogni progettualità concordata mediante le apposite riunioni e formalizzata con le schede di inserimento, e/o secondo altri strumenti, annualmente rivisti e indicati dal DSM all'Affidataria anche con le scadenze di somministrazione (ad esempio scale di valutazione multidimensionali, delle condizioni cliniche e del funzionamento globale dell'utente, questionari di soddisfazione di utenti e familiari);
  10. Inviare mensilmente il resoconto dell'attività svolta, l'elenco dei pazienti partecipanti e il tempo dedicato alle diverse attività;
  11. Redigere la relazione sull'andamento tecnico della gestione del servizio e sui risultati ottenuti, da trasmettere al Direttore di ogni UOC e al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, entro il 31 marzo di ogni anno (termine ultimo) relativamente all'anno precedente.
- Nella relazione dovranno essere riportati:
- Il rendiconto di tutti gli eventi e delle iniziative dei CPSM così come concordata con il DSM, realizzati nell'anno;

- Le iniziative pubblicitarie e informative portate a termine e il materiale prodotto a supporto delle stesse;
12. Programmazione e organizzazione eventi di promozione alla salute mentale concordati con il DSM per un massimale di 35.000 euro/anno.

Sono attività a carico dell'Azienda AULSS2 Marca Trevigiana:

- Verificare e approvare le sedi reperite e messe a disposizione dall'Affidataria per i CPSM;
- Concordare con l'Affidataria i CSM che utilizzeranno ogni CPSM in base al territorio di competenza e alla rete territoriale fruibile per le iniziative e attività;
- Identificare un referente di CSM per il rispettivo CPSM;
- Identificare un referente di DSM per distretto per monitorare l'attività dei CPSM;
- Inviare gli utenti selezionati dai CSM ai CPSM, dopo definizione di apposito progetto inserito nel PTI: l'operatore di riferimento del CPSM dei rispettivi CSM formalizzerà l'invio attraverso apposita scheda di segnalazione, valutata con l'equipe curante l'eventuale lista d'attesa.
- Garantire la partecipazione del referente dei CSM alle riunioni di inserimento e monitoraggio della progettualità degli utenti inviati al CPSM (una riunione di inserimento, due di monitoraggio all'anno a 6 e 12 mesi dall'inizio della progettualità; le riunioni avranno durata orientativa di un'ora);
- Gestire eventuali liste di attesa;
- Approvare la relazione annuale di programmazione degli eventi di promozione della Salute Mentale e delle iniziative di pubblicizzazione dei CPSM;
- Approvare la relazione annuale di programmazione dell'attività dei CPSM;
- Verificare il raggiungimento degli obiettivi terapeutico-riabilitativi prefissati per ogni progettualità degli utenti frequentatori inviati ai CPSM.
- Garantire ogni intervento sanitario di competenza psichiatrica, di routine (inclusa la somministrazione della terapia psicofarmacologica, qualora l'utente non l'assuma autonomamente) e in condizioni di urgenza.

Rimangono a carico dell'utente tutti i costi per le attività ricreative e di inclusione sociale nell'ambito delle quali sia sviluppato il progetto personale presso il CPSM (ad esempio pasti, costi per gli spostamenti e le attività sul territorio).

## **REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ**

Per lo svolgimento dell'attività descritta, per ogni CPSM, vengono riportate indicativamente le seguenti figure professionali:

- Esperti per specifiche attività di laboratorio (maestri d'arte);
- Professionalità equiparabile a maestro d'arte
- Esperto in musicoterapia
- Esperto in scrittura creativa
- Esperto in fotografia

- Esperto in attività pittorica
- Esperto in attività motoria (sport di squadra quali rugby, pallavolo, calcetto, basket e discipline orientali quali thai-chi)
- Assistente Sociale o Educatore professionale in possesso di:
  - diploma di laurea di 1° livello (L) di Educatore Professionale (Classe L/SNT2 - Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione) ovvero diploma universitario di Educatore Professionale (D.M. n. 520 del 08.10.1998) o titoli equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000 e s.m.i. e decreto 29.03.2001, n. 182. Il titolo di studio conseguito all'estero deve aver ottenuto il riconoscimento di equipollenza al titolo italiano, rilasciato dalle competenti autorità in conformità alle disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e comunitaria. Iscrizione all'albo professionale italiano.
  - diploma di Assistente Sociale o diploma universitario in Servizio Sociale o laurea triennale in Servizio Sociale Classe L-39 o in Scienze del Servizio Sociale Classe n. 6 (equiparate secondo il DM 9 luglio 2009) o laurea magistrale in Servizio Sociale e Politiche Sociali Classe LM-87 o laurea specialistica in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali Classe 57/S (equiparate secondo il DM 9 luglio 2009). Iscrizione all'albo professionale.

Tutte le figure professionali collaboreranno al funzionamento e al raggiungimento degli obiettivi dei CPSM, ognuna dedicandosi principalmente alle attività di seguito descritte.

I maestri d'arte svolgeranno prevalentemente le attività all'interno dei CPSM finalizzate alla socializzazione allo sviluppo delle relazioni; l'Educatore si dedicherà principalmente alla cura del progetto del paziente e, insieme all'Assistente Sociale, alle attività sul territorio di inclusione sociale; l'Assistente Sociale assolverà principalmente alla funzione di collegamento con la rete e reperimento delle risorse sul territorio.

Tra le professionalità presenti in organico nel CPSM, l'Affidataria indicherà un referente per i CSM che utilizzano lo stesso e il Coordinatore dei CPSM del Distretto, che svolgeranno le loro funzioni nell'orario suddetto.

Il referente per i CSM si occuperà di ricevere gli invii e di monitorare le progettualità degli utenti da parte dei CSM, recependo la formalizzazione del referente dei CSM attraverso l'apposita scheda di segnalazione e partecipando alle riunioni di presentazione e di monitoraggio dei casi, così come indicato al paragrafo "Attività a carico dell'Affidataria", punto 5.

Il Coordinatore dei CPSM del Distretto garantirà il regolare svolgimento di tutte le attività a carico dell'Affidataria per quanto concerne i rapporti con il DSM, ovvero il rispetto della consegna della programmazione annuale, delle relazioni sullo svolgimento del servizio, il recepimento delle indicazioni dipartimentali sulle attività e le sedi dei CPSM, lo svolgimento di tutte le attività programmate e il regolare monitoraggio degli esiti.

## **OFFERTA DIPARTIMENTALE**

Al fine di garantire con equità agli utenti di tutto il territorio del DSM attività e iniziative a supporto del percorso di inclusione sociale e del protagonismo nella promozione della salute mentale, considerando l'estensione e la tipologia di territorio, il bacino di utenza ed il percorso storico di ogni distretto, il fabbisogno complessivo dei Centri di Promozione per la Salute Mentale è schematizzato nella tabella che segue.

Per il Distretto di Asolo è previsto 1 Centro di Aggregazione, con ambito di competenza territoriale da individuare nell'ambito del Distretto.

Per il Distretto di Pieve di Soligo sono previsti 2 Centri di Promozione della Salute Mentale, preferibilmente corrispondenti come ambito territoriale di pertinenza rispettivamente alla zona Nord e alla zona Sud del Distretto di Pieve di Soligo.

Per il Distretto di Treviso sono previsti 4 Centri di Promozione della Salute Mentale, corrispondenti come ambito territoriale a quello di competenza dei Centri di Salute Mentale.

<b>Distretti di riferimento</b>	<b>N. Centri di Promozione della Salute Mentale richiesti</b>	<b>Ambito territoriale di pertinenza</b>
Asolo	1	<u>Territorio del Distretto</u>
Pieve di Soligo	2	<u>Zona nord</u> <u>Zona sud</u>
Treviso	4	<u>Distretto di Treviso Sud:</u> territorio di competenza CSM "Casa Calamai" di Treviso territorio di competenza CSM di Mogliano  <u>Distretto di Treviso Nord</u> territorio di competenza CSM di Villorba territorio di Competenza CSM di Oderzo

A titolo orientativo si precisa che per l'attività di ciascun centro sia necessario l'impiego delle seguenti risorse professionali, indicativamente per 11 mesi all'anno:

- Esperti per specifiche attività di laboratorio (maestri d'arte): 8 h / mese;
- Educatore o assistente sociale: 75 h/mese;

## **CONTROLLI SUL SERVIZIO E MONITORAGGIO DELLA GESTIONE**

L'Azienda AULSS effettuerà il monitoraggio dello svolgimento del servizio con i previsti periodici controlli mediante la verifica dei seguenti specifici indicatori (riassunti in tabella 3):

1. Rispetto dei tempi di consegna della programmazione e della rendicontazione mensile delle attività di ciascun CPSM;
2. Rispetto della consegna al DSM del report annuale delle attività svolte nell'anno precedente, con specifica di tipo e numero di partecipanti alle diverse attività e numero ore per tipologia di attività;
3. Numero giornate anno di apertura dei CPSM;
4. Numero di ore mese di apertura dei CPSM
5. Numero di attività svolte nel territorio, all'esterno delle sedi dei CPSM
6. Numero di attività /laboratori / iniziative organizzati dai CPSM aperti al pubblico;
7. Percentuale di persone della comunità che partecipano alle attività /laboratori / iniziative organizzati dai CPSM aperti al pubblico;
8. Valutazione degli esiti in termini di incremento quali-quantitativo dell'inclusione sociale dei ciascun paziente e del gruppo dei pazienti che frequentano i CPSM mediante "Questionario sulla Rete Sociale" (Roncone e Morosini). La valutazione deve essere fatta il mese di dicembre di ogni anno
9. Misurazione, alla fine di ogni anno solare e per i pazienti che alla data della rilevazione hanno totalizzato almeno 3 mesi di frequentazione del CPSM, del grado di soddisfazione dei pazienti per il servizio ricevuto
10. Organizzazione e realizzazione di almeno due eventi annuali di Promozione della Salute Mentale e di almeno un'iniziativa di pubblicizzazione dei CPSM.

## INDICATORI

Tabella 3

Indicatore	Tempi / Frequenza di rilevazione	Risultato atteso
Consegna della programmazione mensile delle attività del CPSM	Mensilmente, entro il 25 del mese precedente	Si
Consegna della rendicontazione mensile delle attività svolte dal CPSM	Mensilmente, entro il 10 del mese successivo	Si
Consegna del report annuale delle attività svolte, con specifica di tipo e numero di partecipanti alle diverse attività e numero ore per tipologia di attività	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	Si
Numero giornate anno di apertura del CPSM / numero giornate di apertura anno previste	Annualmente, al 31/12	100%
Numero ore mese di apertura del CPSM / numero ore mese di	Mensilmente, entro il 10 del mese successivo	100%

apertura previste		
Numero di attività svolte all'esterno della sede del CPSM / Numero totale attività svolte dal CPSM	Trimestralmente	= > 50%
Numero di attività realizzate dal CPSM aperte al pubblico / numero totale di attività realizzate nell'anno;	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	= > 80%
Numero di persone della comunità che hanno partecipato alle attività organizzate dal CPSM aperte al pubblico / numero totale di partecipanti alle attività aperte al pubblico realizzate nell'anno	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	= > 25%
Incremento quali-quantitativo dell'inclusione sociale dei ciascun paziente e del gruppo dei pazienti che hanno frequentato il CPSM nell'anno [misurazione mediante Questionario sulla Rete Sociale]	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	monitoraggio
Grado di soddisfazione degli utenti per il servizio ricevuto disaggregato per CPSM: - <i>numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di frequentazione del CPSM</i>	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	100%
- <i>numero di questionari raccolti / numero di questionari distribuiti</i>		= > 80%
- <i>Indice globale di soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti</i>		Monitoraggio
Numero eventi di Promozione della Salute Mentale realizzati nell'anno	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	= > 2
Numero di iniziative di pubblicizzazione dei CPSM realizzate nell'anno	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	= > 1

## **LOTTO 1**

### **SERVIZIO 4: PROGETTI DI SUPPORTO ATTIVO ALLA RICERCA DI LAVORO SU MODELLO IPS (INDIVIDUAL PLACEMENT SUPPORT)**

Il percorso è rivolto a persone che sono in carico al dipartimento di salute mentale, indipendentemente dal tipo di diagnosi, che desiderano e decidono di impegnarsi nella ricerca attiva di un lavoro nel mercato competitivo con l'aiuto di un operatore esperto in questo campo.

Il servizio non è indicato per utenti con problematiche attive di uso di sostanze e/o alcol, affetti da deficit intellettuale medio/grave o prevalenti problematiche organiche.

### **FINALITÀ E SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

Presso l'ex DSM dell'ULSS 9 di Treviso, è stata avviata, a partire da giugno 2013, una progettualità innovativa quale il "supporto alla ricerca attiva di lavoro con il metodo Individual Placement and Support (IPS)" ad oggi strutturata come servizio a favore dell'utenza.

L'IPS (Individual Placement and Support) è una metodologia per l'inserimento lavorativo il cui scopo è quello di supportare le persone con disabilità psichiatrica nella ricerca di un impiego nel mondo del lavoro competitivo e nel mantenimento dell'impiego ottenuto. E' considerata attualmente come l'unica metodologia evidence based per l'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici nel panorama internazionale.

Consiste in una serie di incontri con l'operatore IPS durante i quali viene ricostruita l'esperienza formativa o lavorativa della persona e la stessa viene aiutata a capire quale lavoro/i vorrebbe fare e si sentirebbe pronto e capace di fare.

Dopodiché la persona è aiutata:

- nella predisposizione del proprio curriculum vitae
- nel prendere contatti con il centro per l'impiego
- nel contattare le agenzie per il lavoro di persona e via web
- nel contattare la rete delle conoscenze personali (parenti, amici, conoscenti, colleghi, vecchi datori di lavoro)
- nella individuazione delle aziende del territorio da contattare
- nell'utilizzo di internet sia come strumento di ricerca sia per veicolare il proprio curriculum
- nel prepararsi ai colloqui di lavoro

In tutte queste fasi l'operatore IPS offre alla persona supporto tecnico, conoscenze, indicazioni e suggerimenti utili ad affrontare al meglio le diverse situazioni, ma anche incoraggiamento e sostegno emotivo soprattutto dopo i "no" che spesso incontra chi è alla ricerca del lavoro.

Caratteristica dell'IPS è di agire "sul campo", cioè direttamente nell'ambito del lavoro: la maggior parte dell'attività di supporto non consiste in apporti esterni, ma nell'attivare e rendere disponibili le risorse già presenti



nell'ambiente. E' questo il concetto di "natural support", dove i supporti fanno parte del tessuto e della cultura di un dato luogo di lavoro e vedono persone non disabili che aiutano colleghi disabili nella strada della indipendenza e della integrazione.

Il modello valorizza gli aspetti di partecipazione e responsabilità del paziente per tutte le scelte operative che lo riguardano. Il servizio, seguendo il metodo, offre supporto costante e continuativo nella ricerca, raggiungimento e svolgimento del lavoro, nell'ambito di un contesto occupazionale di tipo competitivo, secondo un metodo di approccio non assistenziale, incentrato sul empowerment e sulla responsabilizzazione dell'utente.

Sono destinatari del servizio tutti gli utenti in carico al DSM, disoccupati o occupati, ma con necessità di sostegno nella ricerca di lavoro, sia per gli aspetti motivazionali che organizzativi, e non inseriti in altri progetti finalizzati all'inclusione lavorativa. Possedere un'invalidità e la certificazione ai sensi della legge 68/99 non è un requisito di accesso al percorso e nemmeno di esclusione. Sono criteri di esclusione: la mancanza di motivazione al lavoro; condizioni cliniche non compatibili con lo svolgimento del percorso (ad esempio situazione di acuzie o pre-acuzie).

La durata del percorso è legata direttamente alla necessità di mantenere il supporto da parte del paziente. Si prevede comunque, dopo l'acquisizione del posto di lavoro, il monitoraggio per almeno un anno. La conclusione del percorso prima del raggiungimento degli obiettivi viene definita insieme all'utente, l'équipe curante e l'operatore IPS.

L'utenza viene indirizzata al percorso con metodologia IPS dal CSM di riferimento con lista separata (rispetto le altre tipologie di percorsi di inserimento lavorativo), potendo anche accedere diretta-mente allo stesso (autocandidatura).

Il monitoraggio dei progetti/percorsi si realizza su 3 livelli, di seguito elencati.

1. monitoraggio sul singolo progetto/percorso: avviene, a cadenza mensile, con la mini equipe di riferimento, costituita da operatori del CSM inviante e operatori dedicati dell'azienda (con eventuale coinvolgimento di altri attori sociali)
2. monitoraggio a livello di CSM/UOC, almeno 3 volte all'anno, per una analisi clinica complessiva dei casi e di eventuali problematiche organizzative connesse;
3. monitoraggio a livello di DSM (con delega ad ogni UOC), anche al fine di risolvere eventuali problematiche organizzative
  - a. con gruppo misto di coordinamento, costituito da operatori nominati dalla Direzione del DSM e rappresentanti dell'azienda; con una media di un incontro ogni 3 mesi
  - b. con la componente istituzionale del gruppo, si effettua separatamente, come d'istituto, sull'adeguamento da parte dell'azienda rispetto a quanto previsto in termini di attività e organizzazione, e con analisi quali quantitative, riportando discrepanze e criticità organizzative alla Direzione del DSM al fine di predisporre gli interventi e i confronti del caso; tale verifica è continua.

## **ATTIVITA' DA GARANTIRE NELLO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

## **Prestazioni a carico della Ditta Affidataria**

- Garantire la continuità del servizio, ovvero la prosecuzione dei progetti già in essere ad affidamento avvenuto, con le modalità di cui al presente Capitolato. Le modalità di gestione di tali progetti saranno comunque definite nel dettaglio con la ditta aggiudicataria prima dell'avvio del servizio;
- La presa in carico dei singoli percorsi proposti dai CSM attraverso le seguenti azioni prioritarie:
- Analisi della storia professionale e formativa del soggetto
- Sostegno alla stesura del curriculum
- Analisi degli interessi, competenze, conoscenze e abilità
- Condivisione strategie e azioni finalizzate alla ricerca attiva del lavoro e al mantenimento del posto di lavoro
- Supporto emotivo alle diverse fasi della ricerca
- Sostegno continuo alla motivazione
- Verifica dei processi nelle varie fasi con l'individuazione dei punti di forza e delle criticità
- Costruire e mantenere rapporti con i datori di lavoro se richiesto e/o concordato con i singoli utenti
- Costruire e mantenere rapporti con i familiari se richiesto e/o concordato con i singoli utenti;
- Garantire i tre livelli di monitoraggio del servizio per ogni percorso;
- Rilevazione della soddisfazione degli utenti per il servizio;
- Applicazione degli strumenti di rilevazione degli esiti in accordo con il DSM;
- Incontri periodici con le equipe dei CSM sia per le nuove segnalazione che per le verifiche dei percorsi in carico;
- Incontri settimanali dell'equipe IPS (operatori IPS più operatori di riferimento del DSM) sull'analisi e confronto del lavoro svolto sui casi e sugli aspetti organizzativi;
- Partecipazione alla supervisione clinica e istituzionale annuale agli operatori dei CSM e IPS con esperto esterno;
- Rendicontazione mensile utenti in carico (numero utenti per operatore);
- Raccolta e invio dati trimestrali al referente della Fidelity nazionale;
- Relazione semestrale (entro il 31 luglio per l'anno in corso e al 31/01 per l'anno precedente) sulle attività e gli orari per ogni attività svolta progetto/percorso dalle figure professionali dell'Affidataria,
- Relazione annuale sullo svolgimento del servizio, comprensiva della raccolta degli indicatori di processo e di esito, da inviare al DSM entro il 31 marzo dell'anno successivo;
- Raccordo con la rete territoriale dei vari attori del mercato del lavoro;
- Raccordo con il DSM del coordinamento dei progetti IPS dei tre Distretti (incontri a cadenza trimestrale della durata di circa due ore in concomitanza della raccolta data per la fidelity; parteciperanno per il DSM il referente del DSM per il servizio e gli operatori di riferimento dei CSM per il servizio e per l'affidataria tutti gli operatori IPS);
- Aggiornamento e formazione annuale a livello nazionale (IPS day).

## **Prestazioni a carico dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana**

- Individuare un referente di DSM per il servizio IPS e uno per ogni CSM dei tre distretti;
- La segnalazione degli utenti da avviare ai percorsi IPS;
- Gli incontri di verifica sui processi e sugli esiti dei percorsi avviati;
- Il Sostegno necessario nelle situazioni di forte criticità clinica e/o motivazionale;
- L'attività di coordinamento e di supervisione del gruppo di lavoro IPS e azioni adeguate di messa in rete con i CSM;
- L'attività di controllo e di verifica delle attività svolte;
- La condivisione degli strumenti di valutazione degli esiti.

## **REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ**

Secondo la Fidelity, strumento di accreditamento del modello, il servizio IPS prevede uno standard di 1 operatore a tempo pieno ogni 25 utenti. Per la realizzazione del presente servizio l'Affidataria dovrà mettere a disposizione 5 operatori a tempo pieno (FTE) distribuiti nei tre distretti come descritto successivamente.

La figura professionale richiesta può essere uno Psicologo o un Educatore, entrambi con formazione specifica sul modello IPS (corso di 1° e 2° livello):

- **Educatore Professionale**, in possesso di:
  - diploma di laurea di 1° livello (L) di Educatore Professionale (Classe L/SNT2 – Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione) ovvero diploma universitario di Educatore Professionale (D.M. n. 520 del 08.10.1998) o titoli equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000 e s.m.i. e decreto 29.03.2001, n. 182. Il titolo di studio conseguito all'estero deve aver ottenuto il riconoscimento di equipollenza al titolo italiano, rilasciato dalle competenti autorità in conformità alle disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e comunitaria;
  - iscrizione all'albo professionale italiano;
  - specifica formazione sul modello IPS (corso di 1° e 2° livello);
  - competenze di base riguardanti l'area psicosociale e l'area del mercato del lavoro, e che preferibilmente non abbiano lavorato con i modelli tradizionali di inserimento lavorativo.
- **Psicologo o Psicoterapeuta** in possesso di :
  1. Laurea in Psicologia;
  2. Specializzazione nella disciplina di Psicologia o Psicoterapia o equipollenti;
  3. Iscrizione all'albo dell'Ordine degli Psicologi.

Per il turn-over del personale l'affidataria si impegna a mettere in atto tutte le strategie necessarie a limitarlo.

## PROGRAMMAZIONE ANNUA DEI PROGETTI IPS

Per il Distretto di Treviso si rende necessario assicurare i percorsi di supporto attivo all'inclusione lavorativa secondo il metodo IPS con una presa in carico di almeno 75 percorsi rispetto agli attuali 50.

Tenuto conto dell'esperienza già consolidata per la metodologia IPS anche presso il Distretto di Pieve di Soligo, e considerando i principi di equità e accessibilità alle cure anche presso il Distretto di Asolo, si prevede l'impiego, secondo il Modello della Fidelity, di un operatore per il Distretto Pieve di Soligo e un operatore per il Distretto di Asolo, con una presa in carico di almeno 25 percorsi per Distretto.

Territori	Distretto di Asolo	Distretto di Pieve di Soligo	Distretto di Treviso	Totale DSM
numero percorsi IPS	25	25	75	125
operatori previsti (TPE)	1	1	3	5

## CONTROLLI SUL SERVIZIO E MONITORAGGIO DELLA GESTIONE

L'Azienda ULSS effettuerà il monitoraggio dello svolgimento del servizio con i previsti periodici controlli mediante la verifica dei seguenti specifici indicatori (riassunti in tabella 4):

- Consegna al DSM della relazione annuale di svolgimento del servizio, entro il 31/01 per l'anno precedente;
- Partecipazione all'incontro dell'"IPS Day" annuale da parte di tutti gli operatori messi a disposizione dall'Affidataria
- Rispetto dei tre livelli di monitoraggio come al paragrafo "Finalità e svolgimento del servizio"
- Rispetto del numero di incontri settimanali di équipe per il coordinamento locale (almeno 45 incontri all'anno);
- Percorsi IPS annualmente avviati (valore atteso non inferiore al 70% degli utenti segnalati e confermati dai CSM);
- Utenti che annualmente trovano lavoro (valore atteso secondo lo standard nazionale: non inferiore al 50% degli utenti in percorso IPS);
- Drop out;
- Verifiche e valutazioni periodiche di processo e di esito per il singolo paziente e per il gruppo di pazienti mediante
  - HoNos: al momento della valutazione per presa in carico; al momento dell'avvio del percorso se la somministrazione precedente risale a più di 6 mesi; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
  - FPS- Scala del Funzionamento Personale e Sociale: all'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;

- Lancashire Quality of Life Profile: all'avvio del percorso; alla fine di ogni anno e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della fine dell'anno;
- Job Satisfaction Scale (per gli assunti): alla fine di ogni anno e almeno dopo 3 mesi dall'assunzione, ma anche al termine di periodi più brevi di lavoro
- RAS (Scala di valutazione del Recovery): prima dell'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
- Questionario qualità percepita: a fine anno per le persone che hanno svolto almeno 3 mesi di percorso e alla fine di ogni percorso

## **Indicatori**

Il seguente elenco di indicatori potrà essere rivisto all'inizio di ogni anno dal DSM sulla base dei fattori di qualità che si riterrà opportuno monitorare nel nuovo anno.

Tabella 4

<b>Indicatore</b>	<b>Tempi / Frequenza di rilevazione</b>	<b>Risultato atteso</b>
Rispetto della consegna al DSM della relazione annuale di svolgimento del servizio	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	Si
Partecipazione all'incontro dell'"IPS Day" annuale da parte di tutti gli operatori	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	Si
Realizzazione della supervisione annuale in gruppo misto operatori CSM e operatori IPS;	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	Si
Monitoraggio		
- <i>del singolo progetto, con la mini equipe di riferimento costituita da operatori del CSM inviante e operatori IPS</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 1 v./mese
- <i>a livello di CSM/UOC per una analisi clinica complessiva dei casi e di eventuali problematiche organizzative connesse</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 3 v./anno
- <i>a livello di DSM con gruppo misto di coordinamento, costituito da operatori nominati dalla Direzione del DSM e rappresentanti</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 1 incontro / 3 mesi

<i>dell'azienda affidataria</i>		
Coordinamento locale <i>Numero di incontri settimanali di équipe</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 45 incontri / anno
Percorsi IPS annualmente avviati <i>Nr percorsi avviati / numero utenti segnalati e confermati dai CSM nell'anno</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
Utenti che annualmente trovano lavoro <i>Nr utenti che hanno trovato lavoro nell'anno / numero utenti in percorso IPS</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= >50%
Drop-out <i>Nr utenti in percorso IPS che, nell'anno, hanno abbandonato il percorso prima della sua conclusione / numero di utenti in percorso IPS nell'anno</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	<i>monitoraggio</i>
Utilizzo della scala HoNos: - <i>Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
- <i>Per gli utenti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
Utilizzo della scala FPS: - <i>Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
- <i>Per gli utenti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%

<i>esame</i>		
Utilizzo della scala LQoLP: - Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
- Per gli utenti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
Utilizzo della scala Job Satisfaction Scale (per gli assunti): - Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 100%
- Per gli utenti assunti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 80%
Utilizzo della scala RAS (Recovery) - Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 100%
- Per gli utenti assunti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 80%
Grado di soddisfazione degli utenti per il servizio ricevuto: - numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12		100%

<i>hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso</i>		
<i>- numero di questionari raccolti / numero di questionari distribuiti</i>		= > 80%
<i>- Indice globale di soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti</i>		Monitoraggio

## LOTTO 1

### SERVIZIO 5: PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INDIVIDUALI (PTRI) NEGLI AMBITI CASA, LAVORO, SOCIALITA'

#### DESTINATARI DEL SERVIZIO

I destinatari di tali progetti sono persone seguite dai Dipartimenti Salute Mentale che evidenziano criticità nelle aree dei determinanti sociali di salute e per le quali si rende necessaria la costruzione di attività e percorsi terapeutico-riabilitativi per il recupero e acquisizione di abilità, di competenze e autonomie volte al miglioramento del funzionamento personale e sociale e alla valorizzazione delle loro richieste emancipative. Non vi è indicazione clinica al servizio per utenti con problematiche attive di uso di sostanze e/o alcol, affetti da deficit intellettivo medio/grave e/o prevalenti problematiche organiche.

Il Responsabile del CSM valuta la priorità di attivazione dei progetti terapeutico riabilitativi proposti, in base ai seguenti criteri

- presenza di un disturbo mentale grave che abbia determinato un ricovero, specie di durata superiore ad un anno, presso residenze sanitarie o sociosanitarie dalle quali il soggetto può essere dimesso mediante un nuovo progetto terapeutico riabilitativo
- presenza di un disturbo mentale grave (anche all'esordio), da cui può derivare disabilità tale da compromettere il funzionamento personale e sociale e l'autonomia con alto rischio di cronicizzazione, emarginazione sociale e collocazione a lungo termine in strutture residenziali
- presenza di un disturbo mentale grave (anche all'esordio) nell'ambito di nucleo familiare multi- problematico, che di per sé costituisce fattore di rischio e di interferenza nell'evoluzione del percorso terapeutico e riabilitativo. □

#### FINALITA' E SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

I PTRI sono percorsi riabilitativi finalizzati alla scoperta o al recupero di ruoli attivi nei seguenti ambiti:

1. la casa - habitat sociale, come obiettivo da conseguire in forma singola o mutualmente associata;



2. il lavoro - la formazione, con obiettivo di inclusione lavorativa, sostegno alla produzione di un reddito proprio degli utenti in età lavorativa, finalità emancipative/economiche, nonché acquisizione di un ruolo attivo nel contesto lavorativo;
3. la socialità/affettività, con obiettivo di valorizzazione e sviluppo di reti informali, coinvolgimento e sviluppo di quelle familiari e sociali e sostegno alla capacità di fruizione, di scambio affettivo/adattamento al contesto sociale.

I PTRI, pur nei diversi ambiti, presentano le seguenti finalità terapeutico-riabilitative comuni:

- la riduzione dei sintomi e del disagio per mezzo di interventi psicosociali;
- il miglioramento della competenza sociale della persona in ogni suo aspetto;
- la riduzione degli effetti negativi dovuti alla eccessiva dipendenza dalle istituzioni;
- la riduzione dello stigma sociale del paziente psichiatrico;
- la promozione dell'autonomia e del protagonismo delle persone con disturbi mentali;
- la creazione di un sistema di sostegno sociale a lungo termine che investa ogni area significativa della vita umana, da quella abitativa a quella occupazionale, a quella della integrazione sociale e del tempo libero.

Ogni PTRI è dedicato al raggiungimento di specifici obiettivi in uno o più dei tre ambiti indicati, sulla base delle necessità e secondo il PTRI dell'utente, definito dall'équipe curante del CSM di riferimento territoriale e condiviso con l'utente stesso. Il PTRI è inteso a tal fine come strumento flessibile e modulabile nel tempo in differenti intensità, che devono essere adeguate ai bisogni dell'utente, sostenendolo in un percorso di miglioramento dei livelli di autonomia e delle competenze, seguendo lo sviluppo del PTI.

Le intensità del PTRI sono differenziate in "bassa", "media" e "alta", a seconda della frequenza, della durata e degli ambiti dell'attività assistenziale e riabilitativa corrispondenti.

- a) **A bassa intensità.** Previsti per persone che, per la moderata complessità delle loro condizioni sociosanitarie e la presenza di microsistemi locali di sviluppo economico sociale, richiedono un sostegno di altre persone a carattere mediativo e sussidiario in alcune fasce orarie, e/o per specifiche attività, quotidianamente o - più frequentemente - solo in alcuni giorni della settimana.
- b) **A media intensità.** Previsti per persone che, per la media complessità delle loro condizioni sociosanitarie, la loro scarsa contrattualità e il ridotto funzionamento sociale e delle reti di supporto, richiedono un sostegno di altre persone a carattere mediativo e sussidiario personale e di rete, anche se solo in alcune fasce orarie, e/o per specifiche attività, e soluzioni abilitative di mediazione e attivazione sociale, quotidianamente o solo in alcuni giorni della settimana.

- c) **Ad alta intensità.** Previsti per persone che, per l'alta complessità delle loro condizioni sociosanitarie, la loro scarsa contrattualità, l'assenza di funzionamento sociale e delle reti di supporto, richiedono un sostegno di altre persone a carattere mediativo e sussidiario personale e di rete significativo, che per determinate attività e soluzioni abilitative di rete può prevedere un impegno quotidiano, ancorché non necessariamente continuativo, nell'arco dell'intera giornata.

Nell'operatività il PTRI è costituito da mirati interventi di supporto e da azioni di sostegno e accompagnamento a favore dell'utente da parte di specifiche professionalità (Educatore e OSS), programmate con la frequenza e la durata necessarie al raggiungimento degli obiettivi del progetto terapeutico individualizzato nei suddetti ambiti.

In particolare, per i percorsi ad alta intensità, quando necessario nel percorso dell'utente, è previsto il reperimento dell'abitazione da parte dell'Affidataria, per un periodo definito secondo le indicazioni del PTI, e con finalità riabilitative volte all'acquisizione dell'abitazione in forma singola o associata ("diritto alla casa"). Considerando la forte valenza di inclusione sociale e gli ambiti di applicazione nel contesto di vita del paziente, i PTRI potranno essere integrati con interventi da parte della rete territoriale con modalità di compartecipazione e/o coprogettazione.

Per coordinare gli interventi di tutti i soggetti implicati nella progettazione e nella realizzazione, ogni percorso deve essere quindi proposto, definito e formalizzato in apposita UVMD, che prevede la partecipazione dei referenti dell'équipe curante, delle figure professionali messe in campo dall'affidataria e degli eventuali altri fattori partecipanti al progetto in co-progettazione/compartecipazione. Mediante l'UVMD, dopo attenta analisi e valutazione dei bisogni dell'utente, vengono quantificate le necessità riabilitative del soggetto, al fine di definire il grado di impegno di risorse necessario per attuare il PTRI (livello di intensità del progetto), nonché i risultati attesi. Nell'ambito della UVMD dovranno inoltre essere identificati un "case manager" di riferimento del Dipartimento, con funzione di referente per l'Azienda ULSS in relazione alle attività oggetto d'appalto, e un "case manager" di riferimento della Ditta Affidataria, con funzione di referente del caso per tutte le attività messe in campo dalla stessa nell'ambito del singolo percorso.

La UVMD sarà riconvocata dal CSM di competenza territoriale anche per verifiche temporalizzate e/o modifica del progetto in corso (ad esempio, come auspicabile, diminuzione dell'intensità del progetto).

La selezione dei pazienti per il quali attivare i PTRI avviene da parte del CSM di competenza territoriale, che resta titolare della presa in carico. L'affidataria dovrà garantire le risorse professionali e gli interventi a vantaggio degli utenti secondo le differenti intensità e le fasce orarie previste dai singoli progetti. Aggiungerà inoltre regolarmente l'équipe curante del CSM sull'andamento dei percorsi, eventuali criticità e conseguimento degli obiettivi come dettagliato nei paragrafi successivi.

## **ATTIVITÀ DA GARANTIRE NELLO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

### **Prestazioni a carico della Ditta Affidataria**

Sono di seguito indicate le attività da garantire negli ambiti dell'abitare, del lavoro e della socialità, sulla base degli obiettivi del progetto terapeutico e secondo l'intensità indicati dall'équipe curante del CSM e definiti in UVMD.

## **Attività da garantire**

### **1. La casa - habitat sociale:**

I possibili progetti di domiciliarità perseguono l'obiettivo di sostenere l'inclusione sociale dei pazienti che, per diversi motivi, perdono la possibilità di abitare nel contesto del proprio nucleo familiare o della propria abitazione indipendente.

Il sostegno domiciliare può essere:

- a) Alternativo alla residenzialità per i pazienti per i quali la presa in carico territoriale da parte del CSM risulta insufficiente ma per i quali l'inserimento residenziale in struttura non trova una indicazione assoluta
- b) Successivo alla residenzialità/semiresidenzialità, favorendo la dimissione dalla struttura di pazienti che necessitano di proseguire il percorso riabilitativo sul territorio al fine di completare e potenziare l'acquisizione di competenze volte all'abitare e proseguire nel percorso di inclusione sociale

Il sostegno domiciliare evita l'istituzionalizzazione, supporta la persona nelle relazioni sociali, nel mantenimento e nel consolidamento del contatto con la propria comunità, contrasta lo stigma e favorisce l'inclusione sociale.

Questo obiettivo è raggiungibile attraverso la messa in atto di adeguati interventi di accompagnamento e di supporto alla persona, finalizzati all'implementazione delle sue abilità in funzione del vivere autonomo e al conseguimento del massimo livello di autonomia possibile per poter gestire al meglio le relazioni sociali.

Ambiti di intervento:

- Programmare e mettere in atto gli interventi di supporto e di stimolo dell'autogestione, come sostegno e allenamento all'autonomia abitativa; tale supporto si attua presso il domicilio dell'utente;
- Programmare e mettere in atto gli interventi di supporto e sostegno alla ricerca attiva di abitazione/coabitazione da parte degli utenti che intendono passare da una situazione residenziale istituzionale e/o da una condizione di dipendenza dalla famiglia di origine ad un nucleo abitativo proprio;
- Programmare e mettere in atto tutte le azioni necessarie al reperimento di un'abitazione messa a disposizione dal gestore e garantire la disponibilità della stessa, se necessario al PR quale luogo temporaneamente adibito al percorso riabilitativo dell'utente. In sede di UVMD verranno individuati i soggetti a cui competerà il pagamento del canone di locazione e delle spese per utenze e conduzione. L'affidataria s'impegna a provvedere all'incasso del canone di locazione e delle altre suddette spese.

### **2. Il lavoro - la formazione:**

Ambiti di intervento:

- Programmare e mettere in atto gli interventi di sostegno alla ricerca di lavoro, personalizzati e definiti in base agli interessi e alle necessità dell'utente, anche in integrazione agli altri percorsi lavorativi in essere al DSM;
- Programmare e mettere in atto gli interventi di sostegno al mantenimento del ruolo lavorativo.

### 3. *La socialità/affettività:*

Obiettivo principale di questi interventi è rappresentato dal tentativo di contrastare l'istituzionalizzazione in tutte le sue diverse accezioni e favorire, quindi, il permanere delle persone con esperienza di malattia nei propri contesti di vita, esercitando ruoli validi nella società.

Questa tipologia di servizio si realizza attraverso l'attuazione di progetti abilitativi/riabilitativi e di sostegno individualizzati, articolati nei contesti di vita delle persone, supportandone l'inclusione nelle comunità di appartenenza.

Gli utenti coinvolti in questi progetti di sostegno territoriale integrato presentano compromissione di abilità conseguenti ad un disturbo psichiatrico e che, per gravità ed esiti rispetto alla persona stessa e/o al suo contesto relazionale e familiare, sono a rischio di vedere compromessi l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale.

Ambiti di intervento:

- Programmare e mettere in atto interventi di supporto, sostegno e stimolo all'inclusione sociale nell'ambito della rete territoriale e in contesti sociali non istituzionali;
- Programmare e mettere in atto interventi di mediazione e sostegno nella rete familiare, anche a domicilio del paziente quando richiesto.

### **Azioni a carico della ditta affidataria**

1. Fornire attraverso azioni imprenditoriali occasioni/contesti di apprendimento/formazione/lavoro; casa/habitat sociale; socialità/affettività per la cogestione dei PTRI con la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti stessi e delle famiglie.
2. Garantire la continuità del servizio, ovvero la prosecuzione dei progetti già in essere ad affidamento avvenuto, con le modalità di cui al presente Capitolato. Le modalità di gestione di tali progetti saranno comunque definite nel dettaglio con la ditta aggiudicataria prima dell'avvio del servizio;
3. Partecipare per ogni utente all'UVMD di definizione dell'intensità, degli obiettivi, delle progettualità e delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi e degli esiti attesi per ogni PR; l'affidataria in tale sede dovrà proporre le progettualità finalizzate al raggiungimento degli specifici obiettivi concordati con l'équipe del CSM che ha in carico
4. l'utente, nell'ambito del PTI dello stesso, e identificherà il case manager per il PTRI; saranno inoltre definite le modalità di valutazione degli esiti e i tempi di verifica secondo il punto 8;

5. Mettere in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti per ogni PTRI, in base all'intensità e all'ambito di applicazione dei progetti;
6. Aggiornare l'équipe curante del CSM sull'andamento del progetto (andamento, eventuali criticità, raggiungimento degli obiettivi): è prevista a tal fine una riunione a cadenza mensile tra educatore operante nel PTRI e équipe curante del CSM di riferimento, della durata indicativa di 1 ora, per un totale di almeno 10 riunioni all'anno;
7. Predisporre tutte le azioni necessarie per la valutazione degli esiti dei progetti;
8. Se previsto, nell'ambito dei PTRI ad alta intensità, reperire e mettere a disposizione un'abitazione finalizzata al percorso riabilitativo nell'ambito dell'abitare (una civile abitazione) e provvedere all'incasso della quota a carico di ogni utente e al relativo pagamento a favore del locatore o altro soggetto dallo stesso delegato;
9. Presentare annualmente (entro il 31 gennaio per l'anno in corso e entro un mese dall'inizio del servizio) al DSM il piano formativo del personale dell'Affidataria che eroga il servizio inerente allo svolgimento dello stesso: il piano dovrà essere completo di formazione generale sulla Salute Mentale e di formazione specifica sul modello e sull'applicazione dei percorsi riabilitativi con budget di salute, tenuto conto delle indicazioni del DSM;
10. Monitorare l'andamento del singolo progetto in relazione all'intensità prevista in sede di UVMD iniziale e la possibile variazione dell'intensità del medesimo progetto in base ai livelli di autonomia raggiunta, con proposta di rivalutazione in sede di UVMD;
11. Redigere e trasmettere periodicamente al DSM il rapporto sull'andamento del servizio e sugli esiti degli esiti dei progetti (comprensivo di numero di progetti attivati suddivisi per intensità, descrizione delle azioni intraprese per il conseguimento degli obiettivi di ogni progetto, riepilogo degli esiti conseguiti in ogni progetto e riepilogo degli orari svolti dal personale messo a disposizione dall'Affidataria per ogni progetto, nell'anno oggetto del report);
12. Coordinare le suddette attività e informare tempestivamente il DSM di eventuali criticità (entro 48 ore).

#### **Azioni a carico dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana**

1. Indire e garantire lo svolgimento dell'UVMD per la definizione dell'intensità, degli obiettivi e degli esiti attesi di ogni PTRI (équipe del CSM di competenza territoriale);
2. Formulare la proposta degli obiettivi e dell'intensità dei PTRI da attivare, da definire in UVMD (équipe del CSM di competenza territoriale);
3. Selezionare gli utenti per i quali attivare i PTRI sulla base della valutazione clinica e del progetto personalizzato (équipe del CSM di competenza territoriale);
4. Gestire le liste d'attesa degli utenti inviati a PTRI (équipe del CSM di competenza territoriale);

5. Esprimere parere sul piano formativo presentato annualmente dall'Affidataria per il personale messo a disposizione dalla stessa, indicando eventuali modifiche o integrazioni;
6. Comunicare annualmente all'affidataria gli strumenti e le scadenze previste per la
7. Valutazione degli esiti sulla base delle indicazioni del DSM;
8. Verificare il rispetto delle scadenze in merito alla valutazione degli esiti da parte dell'Affidataria;
9. Verificare il raggiungimento degli esiti e degli obiettivi previsti tramite il PTRI;
10. Garantire ogni intervento sanitario di competenza psichiatrica, di routine (inclusa la somministrazione della terapia psicofarmacologica, qualora l'utente non l'assuma autonomamente) e in condizioni di urgenza.

#### **Costi carico dell'utente e/o altri soggetti/enti definiti in UVMD:**

1. Tutti i costi relativi alla cura della persona e allo svolgimento delle attività quotidiane (ad esempio: pasti, abbigliamento, cura di sé e dell'ambiente domestico);
2. Tutti i costi necessari a garantire le attività ricreative, di inclusione sociali e lavorative nell'ambito delle quali sia sviluppato il progetto;
3. Tutti i costi relativi all'abitazione (canone di affitto, utenze e spese conduzione).

#### **REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ E RISORSE NECESSARIE**

Per la realizzazione dei PTRI, l'Affidataria dovrà mettere a disposizione le seguenti figure professionali:

*Educatore professionale*, in possesso di:

- diploma di laurea di 1° livello (L) di Educatore Professionale (Classe L/SNT2 - Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione) ovvero diploma universitario di Educatore Professionale (D.M. n. 520 del 08.10.1998) o titoli equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000 e s.m.i. e decreto 29.03.2001, n. 182. Il titolo di studio conseguito all'estero deve aver ottenuto il riconoscimento di equipollenza al titolo italiano, rilasciato dalle competenti autorità in conformità alle disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e comunitaria.
- iscrizione all'albo professionale italiano.

Sono compiti dell'Educatore professionale:

- Mettere in atto, secondo le specifiche competenze professionali, tutte le azioni di supporto/stimolo/accompagnamento previste nel PTRI e volte al conseguimento degli obiettivi dello stesso;

- Partecipare alle periodiche riunioni di monitoraggio dell'andamento del PTRI (gruppo misto CSM e educatore messo a disposizione dall'Affidataria); sono previste almeno 10 riunioni con cadenza mensile nell'anno per ogni percorso;
- Nel ruolo del "case manager": pianificare e coordinare le azioni scelte per il conseguimento degli obiettivi del progetto, mantenere i rapporti con gli altri soggetti partecipanti alla progettazione e realizzazione del PTRI, attivare nell'ambito della rete territoriale le risorse disponibili e necessarie alla realizzazione dello stesso (ad esempio individuare ambiti di socializzazione, opportunità lavorative e abitative, contatti utili allo svolgimento del PR con altri soggetti della rete territoriale).

*Operatore socio- sanitario, in possesso di:*

- qualifica regionale di Operatore Socio Sanitario o titolo equipollente.

*Sono compiti dell'OSS:*

- Mettere in atto, secondo le specifiche competenze professionali, tutte le azioni di sostegno/supporto/stimolo previste nel PTRI e volte al conseguimento degli obiettivi dello stesso.

La ditta aggiudicataria si impegna, altresì, a garantire l'attività di coordinamento del Servizio, unica per tutti i tre Distretti, corrispondente ad un monte annuo di 120 ore; la figura professionale dedicata al coordinamento è lo *psicologo psicoterapeuta*, in possesso di:

- Laurea in Psicologia;
- Specializzazione nella disciplina di Psicologia o Psicoterapia o equipollenti;
- Iscrizione all'albo dell'Ordine degli Psicologi.

*Le funzioni dello Psicologo Coordinatore sono:*

- Curare la partecipazione delle figure messe a disposizione dall'Affidataria a tutte le UVMD indette dai CSM per l'avvio e la revisione dei PTRI;
- Curare e supervisionare l'avvio dei PTRI;
- Curare la regolare partecipazione dell'educatore messo a disposizione dall'Affidataria alla riunione di aggiornamento mensile con l'équipe del CSM;
- Supervisionare il regolare svolgimento della valutazione degli esiti e della verifica del raggiungimento degli obiettivi dei PR.

Sulla base delle risorse impiegate, finalizzate al conseguimento degli obiettivi terapeutici di ogni progetto, i PTRI vengono distinti in progetti a bassa media e alta intensità. A titolo orientativo, si precisa che ciascuna tipologia richiede mediamente l'impiego delle seguenti risorse professionali:

*Progetti riabilitativi a bassa intensità:*

- 7 h/settimana, di cui:
- Educatore: 3 h/ settimana

- Oss: 4 h / settimana

Progetti riabilitativi a media intensità:

- 14h/settimana, di cui:
- Educatore: 6 h/settimana
- Oss: 8h/settimana

Progetti riabilitativi ad alta intensità:

28h/settimana, di cui:

- Educatore: 12 h/settimana
- OSS 16 h/settimana

Il servizio dovrà essere garantito nell'arco delle 52 settimane annue.

In caso di assenza imprevista del personale, l’Affidataria si impegna a sostituire il personale assente entro le 48 ore.

L’affidataria si impegna altresì a mettere in atto tutte le strategie necessarie a limitare il turn over del personale dedicato al progetto.

## PROGRAMMAZIONE ANNUA PROGETTI RIABILITATIVI

Indicativamente è richiesta una programmazione annua per tutto il DSM dei seguenti progetti, divisi per grado di intensità:

<b>Livello di intensità</b>	<b>N. annuo PTRI previsti</b>	<b>n. h/anno Educatore</b>	<b>n. h/anno Oss</b>
Alta intensità	6	3.744	4.992
Media intensità	6	1.872	2.496
Bassa intensità	4	624	832
<b>Totali anno</b>	16	6.240	8.320
Budget massimo n. ore/anno		6.240	8.320

Per l’attività in capo allo Psicologo-Psicoterapeuta sono previste 300 ore annue.

I progetti possono variare di intensità in base ai bisogni dell'utenza e il totale dei PTRI all'interno del DSM può essere annualmente differentemente ripartito tra i tre Distretti in base a liste d’attesa, bisogni emergenti del territorio e priorità cliniche.

Lo schema di programmazione annua rappresenta, quindi, una proiezione del numero di percorsi che saranno attivati mediamente ogni anno. Il numero effettivo di percorsi/anno ipotizzato potrà aumentare o diminuire in relazione alle seguenti variabili:

- livello di intensità attribuito in sede di UVMD per gli utenti che usufruiranno del servizio, e questo dipenderà da bisogni e obiettivi riabilitativi
- durata di ogni percorso: uno o più percorsi potrebbero richiedere anche meno di 12 mesi; in questo caso si libereranno risorse che consentiranno di attivare nello stesso anno ulteriori percorsi riabilitativi; la quantità di risorse che potrà liberarsi sarà proporzionale



alla crescita dell'autonomia degli assistiti (più cresce l'autonomia più si liberano risorse per nuovi pazienti).

## CONTROLLI SUL SERVIZIO E MONITORAGGIO DELLA GESTIONE

L'Azienda AULSS effettuerà il monitoraggio dello svolgimento del servizio con i previsti periodici controlli mediante la verifica dei seguenti specifici indicatori (riassunti in tabella 5):

1. Rispetto della consegna al DSM del report annuale delle attività svolte nell'anno precedente;
2. Tasso di utilizzo delle risorse finanziarie previste dal capitolato per i tre Distretti;
3. Verifiche e valutazioni periodiche di processo e di esito per il singolo paziente e per il gruppo di pazienti mediante:
  - HoNos:
    - al momento della valutazione per presa in carico; al momento dell'avvio del percorso se la somministrazione precedente risale a più di 6 mesi; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
  - FPS- Scala del Funzionamento Personale e Sociale:
    - all'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
  - Lancashire Quality of Life Profile
    - all'avvio del percorso; alla fine di ogni anno e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della fine dell'anno;
  - Job Satisfaction Scale (per gli assunti)
    - alla fine di ogni anno e almeno dopo 3 mesi dall'assunzione, ma anche al termine di periodi più brevi di lavoro
  - RAS (Scala di valutazione del Recovery)
    - prima dell'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
  - Questionario qualità percepita
    - A fine anno per le persone che hanno svolto almeno 3 mesi di percorso e alla fine di ogni percorso
4. Misurazione, alla fine di ogni anno solare e per gli utenti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso, del grado di soddisfazione dei pazienti per il servizio ricevuto.

## INDICATORI

Tabella 5

Indicatore	Tempi / Frequenza di rilevazione	Risultato atteso
------------	----------------------------------	------------------

Consegna del report annuale delle attività svolte	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	Si
Tasso di utilizzo delle risorse finanziarie previste dal capitolato per i tre Distretti	Annualmente, al 31/12	100%
Utilizzo regolare della scala HoNos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste sul totale dei progetti attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nr di progetti per i quali sono stati rispettati i tempi di somministrazione stabiliti / numero totale di progetti attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i pazienti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di pazienti per i quali si registra un miglioramento / numero totale progetti attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
Utilizzo regolare della scala LQoLP: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste sul totale di progetti attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nr di progetti per i quali sono stati rispettati i tempi di somministrazione stabiliti / numero di progetti attivi nell'anno</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i pazienti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di pazienti per i quali si registra un miglioramento / numero totale di progetti attivi</li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%

<i>nell'anno</i>		
Grado di soddisfazione degli utenti per il servizio ricevuto: - <i>numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso</i>		100%
- <i>numero di questionari raccolti / numero di questionari distribuiti</i>		= > 80%
- <i>Indice globale di soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti</i>		Monitoraggio

## LOTTO 2

### **SERVIZIO: INSERIMENTO LAVORATIVO IN DITTE PRIVATE DI TIPO PRODUTTIVO. PROGETTI RIABILITATIVI IN AMBIENTE LAVORATIVO (PR), PERCORSI FORMAZIONE LAVORO (PF), PERCORSI DI INTEGRAZIONE SOCIALE NELL'AMBIENTE LAVORATIVO (PI) E PROGETTI INNOVATIVI DI INTEGRAZIONE SOCIALE O DI TIPO RIABILITATIVO IN AMBITO PRODUTTIVO (PPI)**

Le evidenze della letteratura scientifica testimoniano che il 90% dei pazienti psichiatrici con gravi disabilità non ha un'occupazione. A questo riguardo, il fattore decisivo per accedere al lavoro è rappresentato, oltre ai percorsi di cura tradizionali, da opportunità specifiche di abilitazione attraverso la formazione e l'inserimento lavorativo. Dalle evidenze risulta che i principali fattori di successo dei percorsi attuati all'interno di realtà aziendali di tipo produttivo in grado di offrire unitamente azioni riabilitative e opportunità di impiego, sono:

- ambienti lavorativi "normali", in cui l'utente è a contatto anche con lavoratori normodotati e in cui vi è la prospettiva di un reddito e di un trattamento giuridico-normativo adeguati;
- la capacità degli operatori, come singoli o team dedicato, nel realizzare interventi di tipo relazionale a favore degli utenti, in integrazione all'operatività clinica dei CSM, subordinando l'attività stessa al decorso della patologia;
- la diversificazione dell'offerta del lavoro, garantendo il prerequisito che l'intervento riabilitativo avvenga all'interno di un contesto produttivo che finalizza il percorso all'acquisizione di un rapporto di lavoro contrattualizzato; la continuità dell'intervento con i pazienti nello svolgersi del programma formativo/riabilitativo, compresa la possibilità

di ri-accoglimento in una situazione terapeutico/riabilitativa in caso di problemi;

- i compensi economici diretti e indiretti erogati ai pazienti, sia nella fase formativa, sia nella fase più propriamente produttiva che deve essere contrattualizzata secondo quanto prevede la normativa a riguardo.

Dalle esperienze riabilitative effettuate nei Dipartimenti di Salute Mentale nel corso degli anni dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici, i contesti in cui tali esperienze sono realizzabili possono avvenire in:

- Cooperative sociali di tipo B;
- Aziende presenti sul mercato attraverso il Servizio d'Inserimento Lavorativo (SIL); Realtà aziendali di tipo produttivo, di natura diversa dallo stato giuridico di cooperativa, che possano garantire contesti di integrazione e reali possibilità di impiego, purché secondo le modalità descritte in precedenza.

Il presente documento disciplina le modalità di esecuzione dei progetti riabilitativi in ambito lavorativo, specifici strumenti riabilitativi, all'interno del progetto terapeutico riabilitativo del CSM, rivolti a utenti che non siano in grado di accedere al lavoro autonomamente o attraverso le Agenzie competenti all'applicazione della Legge 68/99, realizzati in contesti aziendali e orientati ad incrementare peculiari abilità cognitive e relazionali, attitudini, motivazione e produttività, fino a consentire l'acquisizione del ruolo di lavoratore in azienda.

### **DESTINATARI DEL SERVIZIO**

I percorsi riabilitativi attraverso l'inserimento lavorativo sono rivolti a utenti:

- in trattamento presso il DSM dell'Azienda ULSS 2 per un disturbo mentale;
- usciti dal circuito lavorativo o che non vi sono mai entrati, in conseguenza della patologia psichiatrica;
- persone nelle quali il disturbo psichiatrico ha avuto un più forte impatto sulle capacità lavorative e relazionali (difficoltà a focalizzare l'attenzione, a concentrarsi e a sopprimere altri stimoli ambientali forti, mancanza di persistenza e continuità nei compiti o limiti nello svolgimento di compiti multipli e nel lavorare con ritmi predefiniti o problemi nelle relazioni con gli altri, quali accettare le critiche e la supervisione o scarsa flessibilità e difficoltà a cambiare procedure e mansioni o scarsa produttività);
- motivati (o motivabili) al lavoro;
- non ritenuti al momento della valutazione adatti ad un inserimento in azienda ai sensi della Legge 68/'99 o altre forme di inserimento assistito.

### **FINALITÀ E SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

Il servizio attua progettualità terapeutico-riabilitative in ambiti lavorativi produttivi quali cooperative sociali tipo B e altre aziende presenti sul mercato, in grado di garantire in forma integrata e contestuale attività riabilitative e opportunità di impiego, rivolte agli utenti del Dipartimento di Salute Mentale, anche in collaborazione con il Servizio Inserimento

Lavorativo dell'Azienda dell'AULSS 2 Marca Trevigiana. La finalità ultima del servizio è l'inclusione lavorativa di soggetti con patologia psichiatrica. I progetti in ambito lavorativo per gli utenti del DSM si realizzano in contesti aziendali e sono orientati ad incrementare peculiari abilità cognitive e relazionali, attitudini, motivazione e produttività fino a consentire l'acquisizione del ruolo di lavoratore in azienda.

Sono previste due tipologie di progetti:

1. **Progetti riabilitativi in ambiente lavorativo (PR):** vengono effettuati in realtà aziendali di tipo produttivo della tipologia delle Cooperative di tipo B, secondo quanto precedentemente descritto e hanno una durata compresa fra i 9 e i 18 mesi. Concluso il progetto sulla base della valutazione formalizzata da parte del CSM di riferimento seguono i percorsi successivi che possono essere

**a) Percorsi di formazione al lavoro (PF)** della durata massima di 4 mesi, sono percorsi con valenza abilitativa intensiva finalizzata all'effettivo inserimento lavorativo con assunzione; vengono effettuati in realtà aziendali di tipo produttivo secondo quanto precedentemente descritto.

**b) Percorsi di integrazione sociale nell'ambiente lavorativo (PI):** hanno una valenza socializzante e/o di mantenimento lungo assistenziale, vengono effettuati all'interno della realtà aziendale di tipo produttivo (ovvero gli stessi ambiti in cui si attuano i progetti riabilitativi e i percorsi di formazione lavoro) per non favorire l'istituzionalizzazione e la cronicizzazione di modalità disfunzionali di adattamento proprie di esperienze meramente occupazionali, tipo laboratori protetti, centri occupazionali e modalità affini, non attenuate in ogni caso dalla bontà del modello organizzativo; hanno una durata massima di 24 mesi nello stesso contesto lavorativo, rinnovabili per massimo altri 24 mesi se sussistono le finalità legate al contesto lavorativo. Complessivamente il tempo di realizzazione delle diverse tipologie di percorso non deve superare i 5 anni di durata, salvo certificate motivazioni da parte dell'équipe curante del CSM che ha inviato l'utente al percorso riabilitativo in ambito produttivo

**2) Progetti innovativi di integrazione sociale o di tipo riabilitativo in ambiente di lavoro (PPI)** diverso da quello dalle Cooperative b, ossia attivazioni di modalità di inserimento lavorativo sperimentali e innovative su progetti riabilitativi specifici.

Consistono in una riformulazione del percorso di integrazione sociale o di un nuovo e diverso progetto riabilitativo, secondo le seguenti opzioni:

- passaggio da una azienda ad un'altra, da un consorzio o insieme associato di aziende ad un altro presente nella realtà di mercato, nella misura in cui le aziende operino in una rete; i principali attori di questo passaggio in rete, sono il DSM e i partners del Privato Sociale;
- passaggio dell'utente da un contesto lavorativo produttivo/aziendale ad un altro, non comporta variazioni del costo del percorso; le risorse impiegate a supporto dell'utenza sono di seguito dettagliate:

- riproposizione del progetto riabilitativo, o continuazione del percorso di integrazione sociale, coinvolgendo anche il SIL, in aziende private o pubbliche appartenenti alla realtà locale. In tali circostanze, il personale dell'azienda affidataria, in accordo con il CSM titolare del progetto, opererà attivamente con il personale del SIL o del Centro provinciale per l'impiego sino all'effettivo inserimento del soggetto, da effettuarsi in maniera contestuale alla chiusura del percorso precedente, concordata fra DSM e azienda affidataria (è possibile il collegamento con eventuali progetti finalizzati all'inserimento ai sensi della Legge 68/99); in questo secondo caso, il costo totale del percorso viene dimezzato;
- attivazione di modalità di inserimento lavorativo sperimentali e/o innovative su progetti riabilitativi specifici, rispondenti ai requisiti generali descritti precedentemente, da parte, ed anche su specifica proposta, della azienda in collaborazione con i Centri di salute mentale.

L'attività del servizio prevederà il monitoraggio dei progetti/percorsi su 3 livelli di seguito elencati:

**Monitoraggio sul singolo progetto/percorso:**

con la mini équipe di riferimento territoriale, costituita da operatori del CSM inviante, e con gli operatori dedicati dell'azienda (con eventuale coinvolgimento di altri attori sociali);

indicativamente si svolge a cadenza mensile, con durata di circa 1 ore e 30 minuti (18 ore/ anno)

**Monitoraggio a livello di CSM** per un'analisi clinica complessiva dei casi e delle problematiche organizzative connesse:

con l'équipe allargata (operatori del CSM) e della Ditta affidataria (coordinatori);

almeno 3 volte all'anno, con durata di circa 2 ore (6 ore/ anno).

**Monitoraggio a livello di DSM** (con delega ad ogni UOC) al fine di definire problematiche organizzative, gestionali e di valutazione degli esiti ed effettuare confronti fra le parti:

- a) con gruppo misto di coordinamento (referente dipartimentale del Servizio e coordinatori del Servizio dell'affidataria):
  - costituito da operatori nominati dalla Direzione del DSM e rappresentanti delle aziende; con una media di ogni 2 mesi, con durata di circa 3 ore (18 ore/ anno)
- b) con la componente istituzionale del gruppo:
  - si effettua separatamente, come d'istituto, sull'adeguamento da parte dell'azienda rispetto a quanto previsto in termini di attività e organizzazione, e con analisi quali quantitativa, riportando discrepanze e criticità organizzative alla Direzione del DSM al fine di predisporre gli interventi e i confronti del caso;

tale verifica è continua.

**BORSA LAVORO**

Agli utenti per l'attività lavorativa svolta nell'ambito del percorso sarà corrisposto mensilmente un rimborso spese, sotto forma di "borsa lavoro".

L'erogazione della borsa lavoro, calcolata su giorni e ore lavoro, deve corrispondere almeno al 40% dell'importo di aggiudicazione per il percorso stesso.

L'ammontare del budget che nell'anno non è stato consumato in borse lavoro viene redistribuito tra gli utenti in misura proporzionale al numero di mesi di frequenza totalizzati nell'anno.

La proposta della Ditta Aggiudicataria verrà rivalutata annualmente con il DSM e con gli utenti. All'utente deve essere erogato lo stesso ammontare di borsa lavoro da parte di ciascuna delle aziende sede dello svolgimento dell'attività, al netto di qualsiasi spesa (non sono ammesse erogazione in forma di beni o servizi agli utenti, a meno che questi non siano specificatamente richiesti dagli stessi o con questi concordati, anche in forma assembleare).

## **ATTIVITA' DA GARANTIRE NELLO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO**

### **Prestazioni a carico della Ditta Affidataria**

1. Garantire la continuità del servizio (ovvero mantenere i progetti in essere) ad affidamento avvenuto con le modalità di cui al presente Capitolato. Le modalità di gestione di tali progetti saranno comunque definite nel dettaglio con la ditta aggiudicataria prima dell'avvio del servizio;
2. Promuovere e sostenere anche l'impiego in aziende con attività produttive nei territori di riferimento di ciascun distretto di appartenenza dell'utente, per favorire l'accessibilità al servizio;
3. Assicurare l'inserimento dei nuovi utenti inviati dal CSM nei rispettivi progetti;
4. Garantire complessivamente la diversificazione delle attività produttive per i percorsi riabilitativi, almeno 6 tipologie (es.: assemblaggio, attività di manutenzione del verde, smaltimento rifiuti, sartoria e affini, ecc.);
5. Garantire il pasto agli utenti durante lo svolgimento del percorso lavorativo, indipendentemente dall'orario di lavoro;
6. Monitorare lo svolgimento del progetto di ogni utente, aggiornando regolarmente il CSM di competenza territoriale;
7. Presenziare a tutti i livelli di monitoraggio del servizio previsti al paragrafo "Finalità e svolgimento del Servizio";
8. Rendicontare le ore di presenza dei pz nel periodo rispetto ai piani di frequenza
9. Erogare la borsa lavoro ad ogni utente, secondo quanto definito al paragrafo "Borsa lavoro".

### **Prestazioni a carico dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana**

- Il CSM che ha in carico l'utente manterrà rapporti diretti e reciproci con ogni singola azienda che effettui la prestazione a favore dell'utente;
- Il CSM che ha in carico l'utente manterrà la responsabilità del progetto, formulato concordemente con l'équipe della Azienda, nonché la



valutazione sulla conclusione del progetto e il passaggio ad una delle tipologie di percorso più sopra descritte;

- Il DSM indicherà la figura di riferimento per il Servizio;
- Il DSM parteciperà a tutti i livelli di monitoraggio previsti al paragrafo “Finalità e svolgimento del Servizio”;
- Tutte le attività di carattere sanitario, di routine e/o urgenti (compresa la somministrazione dei farmaci qualora non assunti autonomamente dall’utente) di specifica competenza psichiatrica, resteranno a carico del CSM che ha in cura l’utente.

## **REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ E COMPITI DEL PERSONALE**

Per lo svolgimento dell’attività descritta il numero totale dei percorsi (PR + PF + PI e PPI) richiedono le seguenti figure per il coordinamento e supporto tecnico-operativo fornite dall’Affidataria:

**Coordinatore dei percorsi:** con la funzione di monitorare i percorsi in atto affidati a ciascuna Cooperativa e essere referente per l’affidataria con i CSM invianti del DSM.

Un coordinatore a tempo pieno potrà seguire un massimo di 25 utenti.

Tale attività dovrà essere assicurata tramite la figura dell’Educatore Professionale, con conoscenza del mercato del lavoro, in possesso, di:

- diploma di laurea di 1° livello (L) di Educatore Professionale (Classe L/SNT2 – Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione) ovvero diploma universitario di Educatore Professionale (D.M. n. 520 del 08.10.1998) o titoli equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27.07.2000 e s.m.i. e decreto 29.03.2001, n. 182. Il titolo di studio conseguito all’estero deve aver ottenuto il riconoscimento di equipollenza al titolo italiano, rilasciato dalle competenti autorità in conformità alle disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e comunitaria.
- iscrizione all’albo professionale italiano.

**Referente tecnico-operativo (tutor):** con professionalità attinente al contesto produttivo della realtà

aziendale, con la funzione di riferimento e supporto tecnico per l’utente che svolge il percorso. Ogni referente tecnico- operativo potrà seguire un massimo di 7 utenti.

## **QUANTIFICAZIONE DEL FABBISOGNO DEL DSM**

Per il Distretto di Treviso, in considerazione al fabbisogno stimato dagli invii dei CSM per i PR/PF/PI/PPI, l’unità di offerta viene mantenuta di n. 78 percorsi PR/anno (dei quali max 40 della tipologia PI di inclusione sociale) indipendentemente dalla denominazione più specifica e dal passaggio da una tipologia ad un’altra, affidati per l’attuazione all’azienda aggiudicataria. Tale tipologia viene ampliata anche al Distretto di Pieve di Soligo per n° 6 percorsi.



## **MODALITA' DI CALCOLO DELLE RETTE PER I SERVIZI RESI DALL'AFFIDATARIA**

La retta utente/mese è unica, indipendentemente dalla tipologia di percorso, tranne per i PPI attivati in aziende esterne del territorio diverse dalle cooperative rappresentate dall'Affidataria. Per questi, in ragione del supporto fornito dal SIL, la retta è il 50% del valore degli altri percorsi.

All'avvio del percorso, indipendentemente dalla tipologia, la retta utente/mese è così articolata:

- 100% della retta se il percorso inizia entro i primi 10 giorni del mese;
- 2/3 della retta se il percorso inizia tra l'11° e il 21° giorno del mese
- 1/3 della retta se il percorso inizia dal 21° giorno del mese.

Tipologia percorsi PR/PF/PI	Distretto Pieve di Soligo	Distretto Treviso	Totale DSM
	6	78	84

## **CONTROLLI SUL SERVIZIO E MONITORAGGIO DELLA GESTIONE**

L'Azienda ULSS effettuerà il monitoraggio dello svolgimento del servizio con i previsti periodici controlli mediante la verifica degli indicatori di seguito riportati (e riassunti in tabella 6):

- Attuazione di tutte le tipologie di progetti (PR, PF, PI, PPI) in un contesto produttivo, che sia espressione di attività riabilitative e possibilità di impiego in un rapporto di lavoro contrattualizzato. In casi particolari sono individuati altri contesti lavorativi di attuazione, purché di tipo produttivo imprenditoriale;
- Presenza in azienda di un numero di persone con disabilità non inferiore al 30% e non superiore al 50% della compagine sociale dell'azienda;
- Tasso di utilizzo dei percorsi annualmente autorizzati e finanziati
- Assunzione utenti come lavoratori nell'azienda in cui viene realizzato il PR o in altra azienda esterna (ovvero attuazione di un percorso di formazione lavoro della durata di 4 mesi finalizzato alla assunzione) per il 15% annuo di tutti i progetti di tipo riabilitativo (PR);
- Inserimento in aziende private o pubbliche di utenti che ad oggi sono in percorso di integrazione sociale (PI) attraverso un innovativo progetto riabilitativo o di integrazione sociale (PPI), con il coinvolgimento del SIL o del Centro Provinciale per l'Impiego, almeno sino al 15% annuo di tutti i pazienti in percorso di integrazione sociale presso le aziende che al momento del presente appalto stanno gestendo il servizio.
- Verifiche periodiche e valutazione degli esiti di ciascun progetto mediante:
  - HoNos:
    - al momento della valutazione per presa in carico; al momento dell'avvio del percorso se la somministrazione precedente risale a più di 6 mesi; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;

- FPS- Scala del Funzionamento Personale e Sociale:
  - all'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
- Lancashire Quality of Life Profile
  - all'avvio del percorso; alla fine di ogni anno e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della fine dell'anno;
- Job Satisfaction Scale (per gli assunti)
  - alla fine di ogni anno e almeno dopo 3 mesi dall'assunzione, ma anche al termine di periodi più brevi di lavoro
- RAS (Scala di valutazione del Recovery)
  - prima dell'avvio del percorso; ogni 12 mesi e all'uscita dal percorso se ciò dovesse avvenire prima della scadenza dei 12 mesi;
- Questionario qualità percepita
  - A fine anno per le persone che hanno svolto almeno 3 mesi di percorso e alla fine di ogni percorso

Tabella 6

<b>Indicatore</b>	<b>Tempi / Frequenza di rilevazione</b>	<b>Risultato atteso</b>
Realizzazione dei processi riabilitativi e di inserimento lavorativo in un contesto produttivo <i>Fatturato specifico dell'azienda derivante da rette per servizi al DSM / fatturato totale della cooperativa nel periodo preso in esame</i>	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	= > 30%
Numero di persone con disabilità presenti in azienda	Annualmente, al 31/01 per l'anno precedente	= > 30% = < 50%
Tasso di utilizzo dei percorso annualmente autorizzati e finanziati	Annualmente, al 31/12	100%
Assunzione utenti <i>Nr utenti assunti + nr utenti in PF nell'anno / numero utenti in PR al 01 gennaio del periodo preso in esame</i>	Annualmente, al 31/12	= > 15%
Utilizzo della scala HoNos: - <i>Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno</i>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Per gli utenti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame</i></li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
<p>Utilizzo della scala FPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno</i></li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Per gli utenti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame</i></li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
<p>Utilizzo della scala LQoLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno</i></li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Per gli utenti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame</i></li> </ul>	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 70%
Utilizzo della scala Job Satisfaction Scale (per gli assunti):	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 100%

- Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno		
- Per gli utenti assunti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 80%
Utilizzo della scala RAS (Recovery) - Numero di somministrazioni fatte nell'anno / numero di somministrazioni previste nell'anno	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 100%
- Per gli utenti assunti ai quali sono state fatte almeno 2 somministrazioni: Nr di utenti per i quali si registra un miglioramento / numero di utenti a cui è stata somministrata la scala nel periodo preso in esame	Annualmente al 31/01 per l'anno precedente	= > 80%
Grado di soddisfazione degli utenti per il servizio ricevuto: - numero di questionari distribuito / numero di pazienti che al 31/12 hanno totalizzato almeno 3 mesi di percorso		100%
- numero di questionari raccolti / numero di		= > 80%

<i>questionari distribuiti</i>		
- <i>Indice globale di soddisfazione per il servizio ricevuto calcolato sui questionari raccolti</i>		<i>Monitoraggio</i>