



PROCEDURA APERTA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN PARTNER PRIVATO PER LA CO-GESTIONE DEI P.A.I. - PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

CAPITOLATO SPECIALE

I PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

Sono previsti dalla normativa sui lea, strutturati come progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP), finanziati col budget di salute, a favore degli utenti che afferiscono all'area delle patologie psichiatriche e, in progress, a favore degli utenti che afferiscono alle altre aree che erogano prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria come da allegato al D.P.C.M. 14-02-2001:

- area delle dipendenze patologiche
- area materno - infantile
- area delle disabilità
- area anziani e persone non auto-sufficienti con patologie cronico-degenerative
- area delle patologie per infezioni da hiv
- area dei pazienti terminali

Considerazioni preliminari.

Il DPCM 14-02-2001, prevede i progetti personalizzati nel contesto di interventi sanitari a rilevanza sociale (progetti ad alta intensità terapeutica di durata breve e definita, predisposti dall'equipe del Centro di Salute Mentale in collaborazione col Servizio sociale del comune di residenza dell'Utente) e di progetti personalizzati nel contesto di interventi sociali a rilevanza sanitaria, rivolti a soggetti con disabilità stabilizzata, affidati ai Comuni che però assicurano la massima continuità con i progetti avviati dalla ASL.

Queste due tipologie di progetti sono richiamate anche dalla R.A.S. nelle direttive emanate nel 2006 per la gestione dei fondi della LR n. 20/97 e dei fondi assegnati all'attuazione del progetto 'Ritornare a casa'.

L'integrazione socio-sanitaria fra ASL e Comuni e la continuità fra le due tipologie di progetti resta di difficile attuazione e l'Utente rischia di trovarsi facilmente in una sorta di 'terra di nessuno' senza un vero 'progetto di vita'.

Per offrire all'Utente reali opportunità per valorizzare al meglio il proprio potenziale umano, occorre superare alla radice la dicotomia programmatica per andare da subito ad un organismo unificato di progettazione che rediga un progetto personalizzato terapeutico e riabilitativo che includa tutte le possibili fasi evolutive del caso.

Esistono nell'Utenza vari livelli di complessità dei bisogni cui debbono corrispondere livelli differenziati di complessità della risposta.

Ogni progetto personalizzato deve poter contare su risorse finanziarie certe (Budget di salute) di entità proporzionale all'intensità di impegno terapeutico e riabilitativo necessari.

Il Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze della ASL n° 3 (di seguito denominato DSMD) fa propria la logica di lavoro per 'Progetti personalizzati' che appare la più funzionale agli interessi dell'Utente, delle famiglie e della società.

Il progetto personalizzato indica per l'utente gli obiettivi intermedi e gli obiettivi finali correlati al suo effettivo potenziale umano e stabilisce criteri di gradualità aderenti alle sue effettive condizioni tenendo conto del contributo di idee e di critica di chi partecipa alla

elaborazione del progetto e, in particolare, del parere dell'utente e del suo familiare di riferimento.

Coi progetti personalizzati si mira a:

- sostenere un 'empowerment' dell'Utente per un ampliamento dell'autonomia personale, per sviluppare la sua capacità di leggere la realtà individuando condizionamenti e minacce ma anche occasioni favorevoli ed opportunità, per portarlo alla piena e consapevole assunzione di responsabilità e per valorizzare al massimo livello il suo potenziale umano. Gli strumenti utili possono essere: la promozione dell'associazionismo tra Utenti e tra i familiari, il miglioramento dell'autonomia e delle abilità individuali e l'inserimento in percorsi di formazione lavoro;
- ridurre lo stigma e la discriminazione sociale, facilitando la partecipazione più ampia ed aperta alle attività sociali espressive, culturali e artigianali;
- sostenere attivamente la famiglia per favorire la permanenza della persona nel contesto naturale di vita e il 'ritorno a casa' di chi è ancora 'istituzionalizzato';
- incentivare l'abitare assistito sia autonomo che in gruppi di convivenza;
- incentivare gli affidi etero-familiari per chi non ha validi referenti familiari;
- costruire un sistema più vasto di opportunità sociali promuovendo l'inserimento lavorativo
 - a)- in azienda profit, con borse di formazione lavoro o con tirocini lavorativi incentivati, con inserimento protetto mediante livelli personalizzati di tutoraggio (temporaneo o stabilizzato) e ove possibile, all'esito del percorso riabilitativo, con assunzione in azienda con contratto di lavoro a tempo indeterminato
 - b)- in cooperative sociali tipo A, tipo B o miste (A+B) come dipendente, secondo le modalità esplicitate al punto -a- o nel ruolo di socio, secondo la tipologia più appropriata al caso (socio fruitore, socio collaboratore o socio misto fruitore-collaboratore) e quando è possibile, l'ingresso di Utenti anche nei Consigli di Amministrazione delle cooperative sociali;
- promuovere l'empowerment dei sistemi organizzativi coinvolti: diffusione più capillare delle imprese sociali sul territorio, condivisione delle buone prassi (mainstreaming¹) anche di quelle sperimentate positivamente in altri contesti di successo;
- rafforzare il potere contrattuale degli Utenti mediante accordi coi "portatori di interesse" (il sistema produttivo profit, il sistema del credito, il privato sociale con le imprese cooperative e le associazioni di volontariato, le amministrazioni pubbliche e quelle religiose) per rispondere meglio ai bisogni della casa e del lavoro e per sostenere la cultura dell'accoglienza e del mutuo aiuto;
- promuovere un nuovo modello di sviluppo economico del Territorio più umano e più solidaristico.

Si tratta di obiettivi generali interdipendenti, a supporto dei quali occorre attivare percorsi formativi coerenti aperti agli Operatori pubblici e privati del welfare.

Alle imprese partecipanti al bando di selezione è richiesto un particolare impegno per:

a) ridefinire il proprio ruolo nelle politiche di integrazione socio-sanitaria, di formazione e lavoro, di inclusione delle fasce deboli a rischio di esclusione sociale, di sviluppo locale sostenibile e delle nuove politiche di welfare.

b) assicurare il continuo allargamento dell'area dei diritti e delle opportunità delle fasce deboli e la riconversione delle spese per l'assistenza in investimenti per la salute e la qualità di vita.

c) valorizzare la 'finanza etica' connettendo i sistemi di produzione dei prodotti locali

¹ Per *mainstreaming* si intende il processo di trasferimento di buone prassi e di sperimentazioni significative dal progetto al sistema di riferimento". Gli ambiti di realizzazione del *mainstreaming* sono due: orizzontale e verticale; le relative strategie da mettere in atto si differenziano per obiettivi e metodologie di diffusione. Il *mainstreaming* è orizzontale quando le innovazioni sperimentate sono recepite dagli organismi coinvolti nel progetto e da organismi non direttamente coinvolti, ma operanti in analoghi ambiti di intervento. Per realizzare un'efficace strategia di *mainstreaming* orizzontale occorre un'azione di diffusione capillare ed estesa sul territorio, volta a coinvolgere il maggior numero di soggetti attivi nei settori del welfare di comunità, dello sviluppo locale e della salute mentale. Il *mainstreaming* è verticale quando le innovazioni sperimentate inducono cambiamenti a livello di programmazione politica e di normativa locale o nazionale.

tipici dell'agricoltura e della zootecnia biologica con le reti di promozione del consumo critico, e promuovendo la tutela degli interessi diffusi legati all'ambiente e alla qualità di vita.

Il Dipartimento di salute mentale della ASL n° 3 (dei seguito denominato DSMD) intende instaurare con mondo delle imprese, profit e no-profit, uno stretto rapporto di collaborazione per giungere ad una condivisione e ad una gestione mista integrata (Co-gestione) dei progetti personalizzati e, nello stesso tempo, per promuovere e sostenere lo sviluppo del capitale sociale² rappresentato dalle reti formali ed informali nelle comunità locali.

La co-gestione dei progetti personalizzati terapeutico-riabilitativi di persone con disturbi mentali è operazione complessa e molto delicata che si realizza attraverso un coordinamento operativo formalizzato fra il DSMD, i Servizi sociali dei comuni, gli Utenti, i familiari singoli e associati e l'Impresa o Consorzio di Imprese o Raggruppamento Temporaneo di Imprese già costituito o costituendo, o GEIE che si aggiudicherà la gara di selezione (di seguito nominato **Co-gestore privato**).

ARTICOLO 1 - Ambito normativo di riferimento

Ai sensi:

- della Direttiva Comunità Economica 31-3-2004 n° 2004/18/CE relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi;
- del D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 "codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE";
- della Circolare 1 marzo 2007 del Ministro per le politiche Europee - Dipartimento per le politiche comunitarie-: "Principi da applicare, da parte delle stazioni appaltanti, nella scelta dei criteri di selezione e di aggiudicazione di un appalto pubblico di servizi";
- della LR n° 20/97, art. 3 "Nuove norme inerenti le provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche";
- dell'art. 32 della Legge regionale n. 23/2005 sul sistema integrato dei servizi alla persona;
- della LR 28 luglio 2006 n. 10 che, nell'art. 17, prevede l'istituzione del Dipartimento della salute mentale, e della conseguente deliberazione del Direttore Generale n° 1200 del 4.7.2006, relativa all'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale nella ASL di Nuoro;
- della deliberazione GR n° 40/3 del 26.8.2005 "schema di convenzione Per l'organizzazione del servizio relativo alla tutela della salute mentale in ambito penitenziario" e della successiva determinazione dirigenziale n° 1621 del 28.10.2005;
- della deliberazione GR n° 23/29 del 30.5.2006; della determinazione dirigenziale n° 12 del 18-07-2006 e della tabella A (allegata alla circolare 27.11.2006, prot. N. 4676/2 del Direttore Servizio dell'Integrazione sociosanitaria) per la ripartizione per ambiti distrettuali dell'80% dei fondi stanziati ai Comuni dei vari ambiti distrettuali;
- della deliberazione GR n. 42/11 del 4.10.2006: Linee guida per l'attuazione del programma sperimentale "Ritornare a casa";
- del Piano regionale dei servizi sanitari della Regione Autonoma della Sardegna (approvato dal Consiglio Regionale il 19-01-2007);
- della deliberazione n° 32/11 del 29-8-2007: "Progetto strategico Salute mentale: interventi per il potenziamento dell'offerta di servizi";
- della deliberazione n° 35/6 del 12-09-2007: "Progetto strategico Salute mentale: Linee di indirizzo per l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale e delle Dipendenze";

² **Capitale sociale** inteso come rete di relazioni capace di mobilitare l'azione collettiva e in particolare di promuovere l'agire collettivo mettendo a disposizione tutte le risorse che permettono agli attori del welfare di realizzare obiettivi che in altro modo non sarebbero raggiungibili, o lo sarebbero a costi molto più alti.

- dei Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona (PLUS) dei quattro distretti sanitari e del relativo Accordo di programma sottoscritto dalla ASL e dagli Enti Locali;
- della proposta di Convenzione tra i Comuni dei distretti socio-sanitari, la Provincia di Nuoro e l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro per la gestione mista Pubblico-Privata (Co-gestione) dei Progetti Riabilitativi Personalizzati per Utenti del Dipartimento di Salute Mentale (DSMD);

L'Azienda Sanitaria Locale n° 3 di Nuoro (di seguito denominata ASL 3) provvede alla selezione, mediante procedura aperta, di un partner privato per la gestione mista pubblico-privata (Co-gestione) dei Progetti Terapeutico-Riabilitativi Personalizzati (di seguito denominati PTRP) per utenti del DSMD.

ARTICOLO 2 - Oggetto dell'appalto.

L'oggetto dell'appalto è:

1) la gestione mista pubblico-privata (Co-gestione) delle attività terapeutico-riabilitative di Utenti del DSMD residenti nel territorio dell'ASL 3, attraverso la realizzazione di tipologie di PTRP con livelli differenziati di intensità riabilitativa, come meglio specificato al successivo art. 5;

2) La promozione o la realizzazione nell'ambito di specifiche sperimentazioni gestionali di strumenti e forme sempre più appropriate di gestione mista (pubblico-privata) dei progetti personalizzati, tendenti a superare, nel rispetto delle norme di legge, i limiti che in questa materia sono insiti allo strumento dell'appalto di co-gestione.

ARTICOLO 3 - Il Gruppo Tecnico di Progettazione Personalizzata (di seguito denominato GTPP).

Considerando i progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, quali Progetti complessi di Vita, in ciascun distretto sarà istituito un GTPP che per ciascun Utente si incarica di costruire il PTRP.

Il GTPP è composto da:

- Il Direttore del Distretto (o suo delegato), con funzione di coordinatore;
- Il direttore del DSMD (o suo delegato) con funzione di responsabile del progetto;
- Il medico del CSM referente del caso e gli operatori sanitari interessati;
- L'assistente sociale del CSM;
- L'assistente sociale del comune di residenza dell'Utente ed altri operatori sociali interessati;
- Il medico di medicina generale dell'Utente;
- Operatori di altri servizi aziendali coinvolti nel progetto;
- L'Utente e/o un familiare di riferimento e/o l'Amministratore di sostegno, e/o il Tutore e/o il Curatore);
- Gli operatori dell'impresa sociale o dell'ATI coinvolta nella co-gestione;
- All'occorrenza, altri soggetti che si ritenga possano essere utili allo scopo.

Il GTPP è attivato, su richiesta del Direttore del DSMD, dal Direttore del Distretto.

ARTICOLO 4 - Compiti del GTPP

I compiti del GTPP sono:

- la valutazione multidisciplinare dei bisogni (espresi e inespresi) della persona con disturbo mentale per quantificare le necessità riabilitative del soggetto e definire il grado di impegno, anche economico, necessario ad attuare il PTRP nel modo più efficace ed efficiente possibile. La valutazione, effettuata con strumenti condivisi e validati dalla comunità scientifica, parte da una relazione preliminare prodotta dall'equipe distrettuale del DSMD che ha in carico l'Utente per descrivere i problemi e le abilità della persona, gli interventi effettuati e in corso, che cosa giustifichi l'inserimento in PTRP, una prima determinazione delle risorse umane e strumentali necessarie per il progetto, l'esito auspicato e i tempi indicativi di durata del progetto;

- la redazione del PTRP con individuazione della fascia riabilitativa di partenza, all'interno di una delle tipologie indicate nel successivo art. 5 e con individuazione della fase (intensiva, estensiva o di lungoassistenza come indicato nel successivo art. 7);
- l'individuazione e le modalità di attivazione e di utilizzo ottimale delle risorse umane (del DSMD e del Comune di residenza, della rete familiare e sociale in cui la persona è inserita), delle risorse strumentali e delle risorse finanziarie disponibili;
- la definizione delle singole responsabilità dei soggetti partecipanti al progetto, compresa la ripartizione dei costi;
- la definizione dei tempi e delle modalità di verifica e monitoraggio del progetto con un sistema di indicatori di qualità (Qualità professionale-appropriatezza, Qualità organizzativa-tempestività, Qualità percepita-soddisfazione-informazione) riferiti sia al percorso del PRP (Indicatori di processo) che ai risultati finali (Indicatori di esito).

ARTICOLO 5 - Tipologie di PTRP

1. PTRP ad altissima intensità riabilitativa

Sono progetti di breve durata temporale, destinati ad un numero limitato di Utenti che, per peculiari condizioni psicopatologiche e/o comportamentali, necessitano di risorse, soprattutto umane, particolarmente intense (è previsto un rapporto Operatore/Utente 1/1).

2. PTRP ad alta intensità riabilitativa

Destinati a persone-utenti che, per la loro complessità e/o scarsa contrattualità, richiedono elevati livelli riabilitativi sino a prevedere una presenza ed un sostegno di operatori per 24 ore. Si tratta di utenti che possono presentare le seguenti condizioni:

- a. bisogno in più momenti della giornata d'assistenza sanitaria, non necessariamente psichiatrica;
- b. quadro psicopatologico caratterizzato da frequenti riacutizzazioni ed eventuali ricoveri in SPDC in numero maggiore di uno l'anno;
- c. presenza nella anamnesi recente (o prevedibilità in considerazione della variazione del contesto ambientale) di comportamenti che possano compromettere o ritardare il processo di riabilitazione;
- d. carenza di abilità o di autonomia per l'igiene personale, la cura di se, la cura della salute fisica e psichica, la cura dello spazio di vita, le attività domestiche, la partecipazione alla vita comunitaria, l'adeguamento alle regole di convivenza, il controllo dell'aggressività, la gestione del danaro e dei beni di uso comune, la mobilità e l'uso dei mezzi di trasporto, la capacità di sbrigare pratiche burocratiche, la gestione del tempo libero, l'esercizio di attività produttive, la gestione di situazioni di emergenza ecc.

3. PTRP a medio-alta intensità riabilitativa

Per alcune persone con progetto ad alta intensità, nel corso dello sviluppo positivo del progetto stesso, si possono determinare situazioni nelle quali, in riferimento all'intensità riabilitativa necessaria, l'alta intensità appare sovradimensionata, ma per le quali nello stesso tempo il passaggio alla media intensità non garantisce le risorse necessarie, che si identificano in momenti, anche parziali, di attenzione personale e/o in attività, comunque, personalizzate. Questa situazione è caratteristica dei processi riabilitativi che richiedono una gradualità del processo riabilitativo senza salti o soluzioni di continuità.

4. PTRP a media intensità riabilitativa

Sono previsti per persone che per la loro condizione richiedano interventi riabilitativi che si possono assicurare con la presenza di operatori nell'arco delle 12 ore. Si tratta, quindi, di utenti che presentano aree seppur limitate di abilità ed autonomia, anche se non tali da permettere un funzionamento personale senza il supporto continuativo di operatori, almeno durante le ore diurne.

5. PTRP a bassa intensità riabilitativa

Sono previsti per utenti che, per le loro condizioni di salute e sociali, raggiunte dopo il periodo riabilitativo o presenti dal momento della presa in carico, richiedano un sostegno di operatori a carattere mediativo e attivativo, in alcune fasce orarie e/o per determinate attività. Si tratta, quindi, di utenti che evidenziano il permanere di alcune carenze in aree limitate del funzionamento personale e dell'autonomia e che richiedono, perciò, ancora di un

supporto continuativo, programmato e di durata non breve, da parte di operatori per alcune ore al giorno.

6. PTRP 'flessibili'

Sono progetti riabilitativi destinati a persone che presentino problematiche parziali in riferimento alla intensità dei bisogni e/o alla possibile durata del progetto. Per esse, infatti, la fascia di bassa intensità appare comunque sovradimensionata e/o scarsamente flessibile. Per consentire di sviluppare in modo completo l'attività riabilitativa, si ritiene importante individuare una fascia di intensità riabilitativa flessibile, caratterizzata dalla variabilità delle prestazioni, che verranno per questo quantificate in impegno orario, il cui costo non potrà per controvalore economico superare i costi della bassa intensità.

ARTICOLO 6 - Contenuti del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato (PTRP)

Il PTRP interviene con azioni che non separino l'offerta dei servizi professionali sanitari e socio-sanitari e dalle variabili socio-economiche e ambientali ed è organizzato su tre assi di intervento, di seguito elencati in modo descrittivo:

1. la casa (habitat sociale) è un obiettivo da conseguire e un possesso da esercitare in forma singola o mutualmente associata. Le abitazioni in disponibilità delle persone-utenti possono essere protette o semiprotette con appropriate forme di supporto concordate tra l'Utente e il servizio specialistico di riferimento ma il regime di protezione è sempre orientato a sviluppare un livello sempre più ampio di autonomia abitativa e, ha l'obiettivo finale della piena autonomia gestionale della casa. L'abitazione perciò deve essere collocata all'interno del piano d'impresa e rappresentare un nodo della rete di scambio interumano ed economico della impresa stessa;

2. la formazione e l'inserimento lavorativo mirato di Utenti in età lavorativa, ha finalità emancipative ed economiche (produzione di reddito da lavoro);

3. la socialità/affettività - la cultura, la valorizzazione e lo sviluppo di reti informali, il coinvolgimento e sviluppo di quelle familiari e sociali, come sostegno alla capacità di fruizione, di scambio affettivo/economico.

I bisogni delle persone-utenti potranno, ovviamente, richiedere modalità di risposta maggiormente orientate sul versante dell'asse abitare e socialità piuttosto che sul versante dell'asse lavoro e viceversa. Le imprese sociali devono operare in modo coerente su tutti e tre gli assi commisurando l'investimento richiesto all'intensità del fabbisogno riabilitativo specifico per ciascun utente.

ARTICOLO 7 - Le fasi dei PTRP

Il PTRP, redatto dal GTPP e formalizzato dal Direttore del DSMD, può collocarsi nella fase intensiva, estensiva o di lungoassistenza.

La fase intensiva è caratterizzata prevalentemente da momenti valutativi e terapeutici ma può comprendere anche momenti riabilitativi che influenzano positivamente il recupero del livello di funzionalità del soggetto.

La fase estensiva è caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale peraltro da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma di medio o prolungato periodo.

La fase di lungo assistenza è finalizzata a favorire la partecipazione alla vita sociale attraverso percorsi fortemente individualizzati, finalizzati al mantenimento del livello massimo possibile di autonomia funzionale della persona.

Le strutture (residenziali/semiresidenziali) utilizzate nell'ambito della realizzazione dei progetti riabilitativi in fase di lungo assistenza sono da considerarsi strutture a bassa intensità di assistenza sanitaria e ad alto livello di intensità riabilitativa.

ARTICOLO 8 - Il percorso terapeutico-riabilitativo dell'Utente

L'ingresso dell'Utente nel progetto terapeutico-riabilitativo può avvenire in fase intensiva, o in fase estensiva o in fase di lungoassistenza.

Se entra in fase intensiva, il PRP prevede, entro un arco di tempo definito, il passaggio

alla fase estensiva e poi a quella di lungo-assistenza per approdare, nei casi più favorevoli, ad una sua piena emancipazione dal circuito sanitario-assistenziale.

Analogamente, in relazione alle condizioni dell'utente il progetto personalizzato viene strutturato con scadenze temporali per stabilire quanto tempo l'Utente debba beneficiare del budget della fascia riabilitativa di partenza (altissima, alta, medio-alta, media, bassa intensità riabilitativa) per passare poi alla fascia inferiore col conseguimento del livello di autonomia e di emancipazione previsti per quella fascia. Non si può peraltro escludere a priori che, per l'insorgenza di particolari criticità, possa rendersi necessario il passaggio temporaneo dell'utente ad una fascia di maggiore intensità riabilitativa, senza che ciò possa pregiudicare il raggiungimento dell'obiettivo finale del PTRP.

In ogni caso, il passaggio da una fase all'altra dei progetti riabilitativi sarà sancito con atto formale dal GTPP sulla base di criteri di valutazione condivisi. Il GTPP può rimodulare le azioni e il carico gestionale del PTRP anche all'interno della fascia di appartenenza per tener conto del concreto andamento del percorso riabilitativo.

La durata media dei PTRP è prevista in due anni. Si prevede, a regime, un turn-over annuale medio di Utenti in PTRP nella percentuale di circa il 30% così da garantire, a risorse invariate, l'inserimento in PTRP di una eguale percentuale di nuovi Utenti.

Il GTPP può essere convocato (a richiesta del DSMD, del servizio sociale del Comune, del Paziente/familiare, del 'case manager' o della parte privata che ha vinto la selezione) tutte le volte che è necessaria una verifica del PTRP per un'eventuale rimodulazione dello stesso. Quando il PTRP prevede un percorso di formazione e di inserimento lavorativo, l'Utente può diventare socio-fruitori poi, col progredire del processo riabilitativo, socio cooperatore che implica anche il diritto, al pari degli altri soci senza storia di sofferenza psichica, di accedere anche alle cariche direttive della cooperativa.

ARTICOLO 9 - La matrice dei PTRP

Si prospetta uno schema riassuntivo della dotazione finanziaria (IVA ESCLUSA) di ciascun tipo di PTRP tenuto conto della fase (intensiva, estensiva o di lungoassistenza) e del livello di intensità riabilitativa attribuito:

Fase estensiva	Fase di lungo assistenza	Prezzo base di gara giornalieri/orari
PTRP ad altissima intensità	PTRP ad altissima intensità	€ 110,00/giorno
PTRP ad alta intensità	PTRP ad alta intensità	€ 95,00/giorno
PTRP a medio-alta intensità	PTRP a medio-alta intensità	€ 75,00/giorno
PTRP a media intensità	PTRP a media intensità	€ 55,00/giorno
PTRP a bassa intensità	PTRP a bassa intensità	€ 35,00/giorno
PTRP flessibili	PTRP flessibili	€ 15/ora

La dotazione finanziaria del PTRP è da intendersi non come 'retta di assistenza' ma come 'budget di salute' che viene attribuito al singolo utente nel momento della presa in carico. Il budget di salute di ciascun PTRP è la risultante della sommatoria dei costi delle azioni necessarie al raggiungimento dei vari obiettivi, azioni che vengono valutate dal GTPP in relazione alle condizioni di partenza dell'Utente ed al prevedibile impegno di risorse.

Il finanziamento che dovrà costituire il budget di salute è correlato alla situazione economica del beneficiario, individuata in base all'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) calcolato con riguardo al nucleo familiare al cui interno è compresa la persona destinataria del progetto.

Il budget di salute del PTRP sarà formato interamente da risorse pubbliche per un ISEE non superiore ad € 12.000/anno (soglia di esenzione totale). Se invece l'ISEE fosse superiore alla soglia di esenzione totale, si prevede una quota di finanziamento pubblico e una quota di co-finanziamento dell'Utente (o della sua famiglia) di entità proporzionale all'ISEE.

ARTICOLO 10 - Fasi di finanziamento dei PTRP

1. Prima fase: Finanziamento dei PTRP che interessano il 'ritorno a casa' di persone attualmente accolte in strutture di ricovero o di accoglienza extra-aziendali (OPG, Case di cura convenzionate, RSA, Comunità terapeutiche) o in strutture residenziali della ASL 3 (Comunità protetta, Gruppi famiglia), con l'obiettivo di spostare operatori dalle strutture residenziali della ASL al lavoro H-24 nel CSM e di spostare sui PTRP le risorse finanziarie ora destinate al vitto, ad Utenze e a contratti d'affitto.

2. Seconda fase: Finanziamento dei PTRP che interessano persone del territorio che il DSMD considera ad alto rischio di istituzionalizzazione (per esempio Utenti con un elevato numero di ricoveri in SPDC)

Questo ordine di priorità da un lato consente un utilizzo più produttivo delle risorse finanziarie oggi impegnate dalla ASL per pagare strutture residenziali istituzionalizzanti che, nella maggior parte dei casi, non offrono all'Utente concrete possibilità di miglioramento del progetto di vita; dall'altro assicura gradualità e ponderazione nell'inserimento in PTRP dei casi più complessi.

3. Terza fase: Dopo che saranno stati finanziati queste due categorie di PTRP, le eventuali risorse ancora disponibili saranno utilizzate per PTRP degli altri Utenti del Territorio, selezionati secondo i seguenti criteri di priorità:

- Uniforme ripartizione nei distretti.
- All'interno di ciascun distretto, il GTPP elabora una graduatoria, anche mediante l'utilizzo di strumenti validati di classificazione e di valutazione multidimensionale dei deficit e delle abilità funzionali (ICD-10; ICF ecc.), dando priorità agli Utenti per i quali si presume che, senza il PTRP, esista un rischio più elevato di istituzionalizzazione.

ARTICOLO 11 - Risorse finanziarie

Nell'ambito territoriale della ASL 3, la spesa per la riabilitazione psichiatrica è oggi destinata:

1. a progetti terapeutico-riabilitativi ex-art. 3 LR 20/97 (€ 138.310/00 in quota DSMD + € 553.242/00 in quota comuni), per un totale di € 691.553/00 per anno.

Di questi fondi, la quota ASL è già destinata al programma di co-gestione dei PTRP. La quota dei comuni (*in toto* o in parte) entrerà gradualmente nel programma di co-gestione unitaria, previa sottoscrizione di un apposita Convenzione, oltre la ASL e i Comuni, coinvolgerà anche la Provincia di Nuoro per le specifiche competenze che le sono attribuite dall'art. 7 della LR 23/2005.

2. a degenza in strutture residenziali extra-aziendali per circa € 665.000/anno (La retta media giornaliera in struttura residenziale è di circa 130,00 euro). Queste risorse potranno essere, in tutto o in grande parte, riconvertite in spesa 'produttiva' mediante l'attivazione dei PTRP.

3. a costi 'alberghieri' per le strutture residenziali aziendali (Comunità protetta e Gruppi Famiglia) per € 228.939,20. Le economie che si potranno gradualmente realizzare sulle spese alberghiere (lavanderia e pulizia, servizio mensa/prodotti alimentari/convivenza e igiene, Riscaldamento, prodotti sanitari, cancelleria, fitti, utenze e rifiuti,) potranno essere utilizzate per l'attivazione di nuovi PTRP.

La spesa per il personale non viene qui conteggiata non essendo riconvertibile per finanziare i PTRP poiché il personale resta comunque in carico al DSMD che lo destina al potenziamento delle attività ambulatoriali e domiciliari dei CSM che, a regime, saranno tutti aperti 24 ore su 24.

4. a sussidi economici ex-LR 20/97 (circa € 1.200.000/anno per l'ambito aziendale).

Un riesame delle pratiche di sussidio potrebbe spostare sui PTRP anche parte delle risorse dei sussidi per molti Utenti, beneficiari finora del sussidio economico per mancanza opportunità alternative, grazie all'ampio e articolato ventaglio di offerta del mix gestionale pubblico-privato.

Ulteriori risorse potranno essere drenate sui PTRP:

a. dal programma sperimentale della RAS 'Ritornare a casa'. Al riguardo si sottolinea la necessità di allargare al CSM e al Servizio sociale del Comune la facoltà di inoltrare domanda di

finanziamento di questi progetti personalizzati, facoltà che la norma attribuisce in esclusiva all'Utente o al suo familiare di riferimento al quale, in tal modo, è data facoltà di negare al proprio congiunto l'accesso a questa importante opportunità anche quando sul territorio ci fossero tutti i presupposti tecnici e organizzativi favorevoli;

b. dalla contribuzione degli Utenti (mediante determinazione dell'ISEE);

c. dalle economie che si realizzeranno, con l'attuazione dei PTRP, spostando sempre più utenti dai livelli a più elevata intensità ai livelli a più bassa intensità riabilitativa;

d. dalla contrazione della domanda di ricovero ospedaliero (SPDC, OPG, Case di cura convenzionate) e di inserimento in strutture residenziali attesa a seguito del piano di riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale che mira a spostare risorse umane e finanziarie dall'ospedale e dalle strutture residenziali alle attività terapeutico-riabilitative territoriali (Apertura del CSM nelle 24 ore).

e. Da attività di Fund-raising

ARTICOLO 12 - Fabbisogno di PRP e relativi costi

a) Utenti che si trovano attualmente ricoverati o inseriti in strutture di ricovero o di accoglienza, destinatari prioritari dei PTRP:

Tipologia di PTRP - gruppo a	Costi risultanti		
N° PTRP AD ALTISSIMA INTENSITA':	14	14x110= 1.540 x 365 =	€ 562.100,00
N° PTRP AD ALTA INTENSITA':	16	16x95= 1.520 x 365 =	€ 554.800,00
N° PTRP A MEDIO-ALTA INTENSITA':	0		
N° PTRP A MEDIA INTENSITA':	10	10x55= 550 x 365 =	€ 200.750,00
N° PTRP A BASSA INTENSITA':	7	7x35= 245 x 365 =	€ 89.425,00
N. PTRP FLESSIBILI per complessive ore:			
Totale PTRP - gruppo a	47		€ 1.407.075,00

b) Utenti, attualmente in carico ai vari CSM, che sono considerati dalle rispettive equipe curanti ad elevato rischio di istituzionalizzazione e che pertanto sono destinatari prioritari dei PTRP:

Tipologia di PTRP - gruppo b	Costi risultanti		
N° PTRP AD ALTISSIMA INTENSITA':	1	1x110= 110 x 365=	€ 40.150,00
N° PTRP AD ALTA INTENSITA':	15	15x95= 1.425 x 365=	€ 520.125,00
N° PTRP A MEDIO-ALTA INTENSITA':	0		
N° PTRP A MEDIA INTENSITA':	10	10x55= 550 x 365	€ 200.750,00
N° PTRP A BASSA INTENSITA':	70	70x35= 2.450 x 365	€ 894.250,00
N. PTRP FLESSIBILI per complessive ore:			
Totale PTRP - gruppo b	96		€ 1.655.275,00

I 14 PTRP ad altissima intensità del gruppo a interessano persone attualmente inseriti in strutture residenziali extra aziendali. La loro attuazione va scaglionata gradualmente nel tempo. Il loro costo rappresenta però una semplice riconversione delle attuali rette di degenza in struttura.

La chiusura dei 4 gruppi famiglia e della Comunità protetta di Macomer, potrà liberare per i PTRP solo gli attuali costi 'alberghieri' (circa 230 mila euro), non prevedendosi alcun risparmio sulle spese per il personale attualmente impegnato in dette strutture, che resterà in carico ai CSM per essere utilizzato nel servizio H-24.

Per l'attuazione degli altri 33 PTRP del gruppo -a- sono immediatamente disponibili le seguenti somme: € 138.310,00 (fondi messi a disposizione con la DGR n. 51/38 del 20-12-2007) ed € 475.900,00 (fondi messi a disposizione con la DGR n. 49/28 del 5-12-2007), per complessivi € 614.210,00. In fase di start-up l'ASL n° 3 copre parte dei costi con fondi del proprio bilancio a valere sull'annualità 2008.

Tenuto conto che qualche comune ha già impegnato in progetti pluriennali parte della propria quota ex art. 3 LR 20/97), solo dopo la sottoscrizione delle Convenzioni distrettuali fra ASL, Comuni e Provincia si potrà sapere quanti e quali comuni in ogni distretto metteranno a disposizione per questo programma di PTRP la loro quota di 80% dei fondi ex art.3 della LR 20/97 che nel 2006 era di € 553.242,19) e quanta parte delle risorse attualmente destinate dai comuni ai sussidi economici (circa 1.200.000 euro/anno) potrà essere trasformata in budget di salute per PTRP.

I dati del gruppo -b- prevedono un numero molto alto di PTRP A BASSA INTENSITA' che sono quasi tutti orientati ad inserimenti lavorativi in un territorio con percentuali molto alte di disoccupazione e inoccupazione. I tempi di attivazione e attuazione saranno perciò molto gradualmente e si possono quantificare solo con larga approssimazione.

Il fabbisogno complessivo di PTRP è da considerarsi orientativo perchè, nello stesso arco di tempo, i numeri sopra indicati sono soggetti a variazioni in diminuzione (decessi, trasferimenti di residenza in altra azienda sanitaria, completamento del percorso di PTRP, drop-out ecc.) o in aumento (Nuova utenza psichiatrica, trasferimento di Utenti da altra ASL, inserimento in PTRP di altre persone a seguito di peggioramento delle condizioni psico-sociali di partenza ecc.).

Nel presente capitolato si prevede un importo annuale a base d'asta (IVA esclusa) di € 1.407.075,00 indicato quale fabbisogno totale per i PTRP del gruppo -a-, calcolato sulla base dei prezzi base giornalieri indicati, IVA esclusa, nella tabella di cui all'articolo 9. L'importo complessivo presunto dell'appalto, avendo il contratto durata quinquennale, è pertanto pari a € 7.035.375,00 (IVA esclusa).

I corrispettivi giornalieri offerti per ciascuna tipologia di PTRP, non potranno eccedere i limiti massimi indicati nella citata tabella di cui all'articolo 9. Non saranno pertanto ritenute valide le offerte formulate in aumento rispetto a tali limiti.

Si prevede altresì un tetto massimo di spesa annua corrispondente al budget massimo costituito:

- dalla quota (20%) dei fondi DSMD della LR 20/97;
- dalla quota (80%) dei fondi comunali della LR 20/97 (a pieno regime);
- dalla quota parte delle risorse (circa € 1.200.000,00), oggi impegnate per sussidi economici ex art. 1 della LR 20/97, che potranno essere trasformate in budget di salute per PTRP;
- dal massimale dei fondi recuperabili dal processo di deistituzionalizzazione degli Utenti attualmente ospitati in strutture residenziali;
- dalle quote presumibili di contribuzione degli Utenti che entrano in PTRP. Per il prossimo triennio potranno essere incluse anche risorse acquisite mediante il programma sperimentale "Ritornare a casa".

Non sono computate nel tetto massimo di spesa annua le somme anticipate 'una tantum' per lo start-up dalla ASL 3 e dalla RAS ed eventuali altre contribuzioni 'una tantum'.

Benché ciò sia nei migliori auspici di tutti, non è scontato che, nel prossimo quinquennio, si possa riuscire a utilizzare per i PTRP l'intero ammontare di risorse indicate come tetto massimo di spesa.

ARTICOLO 13 - Procedura operativa

a) Attivazione immediata dei GTPP nei 4 distretti per procedere alla redazione dei PTRP, secondo le tipologie e le priorità sopra indicate, con l'utilizzo di schede di valutazione multidimensionale validate a livello nazionale e internazionale, in riferimento almeno alle seguenti dimensioni:

- Situazione sanitaria complessiva
- Autonomia nelle attività di base della vita quotidiana
- Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana
- Disturbi comportamentali
- Livello di ansia e di stress dell'utente, della famiglia o del/dei caregivers
- Situazione cognitiva
- Situazione familiare

- Relazioni sociali e integrazione nel contesto di vita ecc.

b) Condivisione dei PTRP col Co-gestore privato aggiudicatario della gara per assicurare il più efficace abbinamento fra domanda ed offerta.

c) Avvio della co-gestione del primo pacchetto di PTRP secondo le tipologie e le fasi sopra indicate.

d) Si procede 'in progress', senza necessità rinnovare la gara, a inserire in co-gestione nuovi PTRP, man mano che essi verranno elaborati dai GTPP e fino al completo utilizzo delle risorse disponibili per budget di salute.

e) Eventuali ulteriori acquisizioni di risorse oltre il tetto massimo previsto da questo capitolato porterà, senza nuova gara, al finanziamento di altri PTRP, secondo un ordine di priorità prestabilito, sulla base di criteri condivisi dalla parte pubblica e specificati nella Convenzione che verrà sottoscritta dalla ASL n°3, dalla Provincia di Nuoro e dai sindaci dei Comuni dei quattro distretti socio-sanitari.

f) Seguendo la medesima procedura operativa di cui al presente articolo, l'ASL n° 3 si riserva di procedere, senza rinnovare la gara, al progressivo inserimento in co-gestione anche dei Progetti Terapeutico-Riabilitativi Personalizzati che verranno elaborati a favore di Utenti afferenti alle altre Aree, individuate nell'Allegato del DPCM 14-02-2001, che erogano prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e precisamente alla:

- AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
- AREA MATERNO - INFANTILE
- AREA DELLE DISABILITA'
- AREA ANZIANI E PERSONE NON AUTO-SUFFICIENTI CON PATOLOGIE CRONICO-DEGENERATIVE
- AREA DELLE PATOLOGIE PER INFEZIONI DA HIV
- AREA DEI PAZIENTI TERMINALI

In ciascuna delle predette aree le risorse necessarie a finanziare i Budget di salute per i rispettivi PTRP, saranno reperite attingendo a fondi aziendali e/o a fondi destinati alle singole aree da specifiche norme di settore.

ARTICOLO 14- Il mix gestionale pubblico-privato

Gli strumenti utilizzabili fra pubblico e privato sono necessariamente diversi ma ciò deve costituire ricchezza per entrambi. Il mix pubblico - privato evita l'autoreferenzialità delle organizzazioni tecniche e di quelle di scopo, promuove la continua trasformazione delle organizzazioni incrementando e sostenendo l'espressione e il diritto della persona-utente auto-organizzata nel privato sociale e associativo, contrattualizza le persone/utenti/soci. Il ruolo del mix pubblico/privato sociale è identico negli obiettivi e diverso negli strumenti da utilizzare per il loro raggiungimento.

L'ASL 3, mediante il DSMD, si dà la forma organizzativa e lo strumento gestionale più appropriato per assicurare la continuità terapeutico-riabilitativo-assistenziale e l'utilizzo etico e responsabile delle risorse dei cittadini con l'obiettivo di trasformare la spesa, finora poco produttiva (per un'assistenza istituzionalizzante), in investimenti sulle persone che, auto-promuovendosi economicamente, procurano a sé stesse e agli altri maggiori opportunità di autonomia, maggiori diritti e maggiori tutele, influenzando positivamente la prognosi, invertendo l'evoluzione classica della malattia mentale e contrastandone il destino di esclusione.

Il Co-gestore privato ha, in modo complementare, la possibilità di utilizzare strumenti auto organizzati ed etero sostenuti di gestione a carattere privatistico per garantire maggiore flessibilità, libertà, economia di movimento, capacità trasformativi e valorizzazione delle abilità residue e delle reti informali.

Deve assicurare la moltiplicazione degli investimenti ed il conseguente continuo allargamento dell'area dei diritti delle fasce deboli (effetto inclusivo).

Deve sostenere e investire su piani d'impresa che siano in grado:

- di promuovere ed attivare processi di riabilitazione e, nel medio-lungo periodo,
- di riconvertire le spese per l'assistenza in investimenti per la salute e per la qualità di vita delle persone con disabilità psico-sociale,
- di aumentare il potere contrattuale degli utenti,
- di rappresentare uno strumento di sviluppo per tutta la comunità.

ARTICOLO 15 - Obiettivi del Mix pubblico-privato

Promozione attiva dei diritti alla:

1. formazione/lavoro;
2. casa/habitat sociale;
3. socialità/affettività.

1. FORMAZIONE /LAVORO

Pubblico	Privato
Persegue la cultura di deistituzionalizzazione e di prevenzione alla istituzionalizzazione dei malati di mente attraverso lo sviluppo locale utilizzando i progetti regionali, nazionali ed europei e la cooperazione decentrata;	Promuove e realizza lo sviluppo locale inclusivo delle fasce deboli anche attraverso i progetti regionali, nazionali ed europei e la cooperazione decentrata.
Dedica risorse alla formazione lavoro degli utenti attraverso la L.R. 20/97, attraverso gli strumenti di agevolazione messi in campo dal competente assessorato regionale al lavoro e alla formazione professionale e attraverso progetti del Fondo Sociale Europeo.	Ha piani d'impresa in grado di fornire opportunità di formazione/lavoro per i malati di mente in età lavorativa.
Riconverte risorse ed abilità degli operatori pubblici al fine di destinare e promuovere corrispondenti abilità nelle persone malate di mente a partenza dai casi gravi.	E' in grado di spendere abilità di lavoratori che sappiano svolgere la doppia funzione: di abilità specifiche confacenti con i piani d'impresa e con la vocazione riabilitativa
Promuove la formazione/lavoro (come del resto la partecipazione sociale) attraverso il supporto programmato dei propri operatori negli ambienti di lavoro degli utenti e la collaborazione continuativa con i privati.	Predisporre e investe prevalentemente su ambiti imprenditoriali dove si realizzi l'alta fruibilità di scambi interumani e dove sono tenute nel giusto equilibrio: la variabile economica, il sistema valoriale di rete, il valore del soggetto e del suo prodotto.
Si dota di strumenti di valutazione e di follow up appropriati e scientificamente validati, si orienta al case management, che sappiano documentare quante risorse effettive passino dalle istituzioni agli utenti utilizzabili da loro in termini emancipativi dall'istituzionalizzazione.	Si dota di strumenti di controllo di gestione programmatico, economico, attuativo che sappiano documentare quante risorse vantaggi ed abilità passino dai propri piani d'impresa ai disabili psichici
Disloca locali, strumenti e mezzi e favorisce l'esternalizzazione delle attività/servizi non strategico-sanitari per creare valore aggiunto attraverso l'inserimento lavorativo dei disabili.	Mette a frutto le risorse dislocate dal pubblico come investimento per piani d'impresa in grado di aumentare le occasioni di inserimento lavorativo dei disabili e di rendere più efficienti e produttivi gli investimenti realizzati dall'ente pubblico.

2. CASA/HABITAT SOCIALE

Pubblico	Privato
Persegue la cultura di deistituzionalizzazione e di prevenzione alla istituzionalizzazione dei malati di mente attraverso lo sviluppo locale utilizzando i progetti regionali, nazionali ed europei e la cooperazione decentrata;	Promuove e realizza lo sviluppo locale inclusivo delle fasce deboli anche attraverso i progetti regionali, nazionali ed europei e la cooperazione decentrata.

Promuove percorsi emancipativi e di sostegno all'autonomia abitativa degli utenti favorendo primariamente la costituzione di habitat sociale.	Ha piani d'impresa che prevedono di fornire all'Utente un alloggio decoroso (in proprietà, usufrutto o in affitto da tutelare con appositi protocolli, o sotto altre forme garantite), a costo accettabile e con sostegno all'utente.
Sviluppa accordi/contratti con comuni, IACP, enti religiosi al fine di reperire abitazioni per disabili, partendo dalle aree dismesse o poco utilizzate.	E' in grado di gestire gli accordi/contratti fra Enti pubblici per valorizzare ed investire sulle aree dismesse o poco utilizzate di proprietà pubblica o privata.
Sostegno all'habitat sociale e svolgimento dell'attività istituzionale prevalentemente a domicilio degli utenti nei luoghi di lavoro e di socialità.	Ha piani d'impresa per la salvaguardia dell'ambiente e lo sviluppo dello stesso in termini di compatibilità (utilizzo regolato)
Ha l'obbligo di limitare al massimo, sia per quanto riguarda il numero degli utenti che la durata nel tempo, l'utilizzo delle strutture residenziali in alternativa alla casa e ad altre forme di habitat sociale.	Ha piani di sviluppo dell'auto-aiuto, dell'associazionismo, di valorizzazione dell'informale e di alternative abitative alle strutture residenziali istituzionalizzanti.

3. SOCIALITA' /AFFETTIVITA'

Pubblico	Privato
Persegue la cultura di deistituzionalizzazione e di prevenzione alla istituzionalizzazione dei malati di mente attraverso lo sviluppo locale utilizzando i progetti regionali, nazionali ed europei e la cooperazione decentrata;	Promuove e realizza lo sviluppo locale inclusivo delle fasce deboli anche attraverso i progetti strutturali regionali, nazionali ed europei e la cooperazione decentrata.
Sostiene e sviluppa le abilità di relazione interumana del disabile psichico e dei diritti all'affettività/sexualità.	Investe e sviluppa progetti di formazione in grado di valorizzare le risorse umane e relazionali dei propri soci.
Sviluppa la presa in carico e la cura del malato di mente con lo sguardo rivolto all'esercizio di responsabilità e socialità dell'utente.	Ottempera ai contratti di lavoro ed investe risorse sullo sviluppo della democrazia interna. Considera essenziale la proprietà privata, l'aver e il possedere anche da parte delle fasce deboli.
Sorveglia che il disabile psichico non sia oggetto di sfruttamento, pregiudizio ed abuso.	Promuove e partecipa alla vita culturale del territorio includendovi i disabili psichici.
Sostiene ed investe sull'utilizzo del tempo libero degli utenti per la conquista di abilità e di competenze sociali.	Sviluppa iniziative di valorizzazione di beni, cose, idee, persone, tempo libero, arti e mestieri, memoria, tradizioni ecc.
Abbassa il grado di vulnerabilità e di rischio del malato di mente aiutando la crescita culturale della comunità e l'esercizio di cultura critica.	Ha una cura particolare del bello. Promuove e sostiene le organizzazioni dell'arte e della creatività anche informali, quali espressioni fondamentali della sensibilità individuale e fattori propulsivi delle relazioni sociali

Predisporre programmi di cura e assistenza alternativi al ricovero a carattere sanitario dell'utente in crisi acuta anche attraverso affidamenti temporanei e guidati a nuclei familiari o gruppi sociali che si mettono in rete nel territorio.	E' in grado di porsi in sinergia col servizio pubblico per attingere e promuovere le risorse dell'associazionismo locale e del volontariato per la presa in carico del malato anche durante un'eventuale crisi acuta.
Difende e si rende garante della proprietà privata delle persone con disabilità dotandosi di consulenza legale e patrimoniale.	Difende e si rende garante della proprietà privata dei propri soci con disabilità e favorisce lo sviluppo della stessa.

Il Co-gestore privato affianca i Servizi pubblici sanitari e sociali nella co-gestione dei PTRP intervenendo:

- in modo complementare rispetto a quanto è già garantito dal DSMD e dal servizio sociale del Comune quando fornisce all'Utente in PTRP prestazioni e opportunità che non rientrano nelle ordinarie competenze della Parte pubblica;
- in modo sinergico con gli Operatori pubblici per le azioni (specificate nel PTRP) nelle quali è necessario un impegno contestuale di Operatori dell'area sanitaria e di operatori sociali;
- in modo sequenziale quando subentra al/agli Operatori pubblici con una sorta di 'passaggio di consegne' da una fase terapeutico-riabilitativa ad una fase prettamente socio-riabilitativa.

ARTICOLO 16 - Specifiche organizzative

Personale

Il Co-gestore privato si impegnerà a garantire la presenza di uno standard di personale non inferiore a:

- 1 operatore per ogni utente inquadrato nell'altissima intensità;
- 1 operatore ogni 1,25 utenti nell'alta intensità;
- 1 operatore ogni 1,4 utenti nella medio-alta intensità;
- 1 operatore ogni 1,7 utenti nella media intensità;
- 1 operatore ogni 4 utenti per la bassa intensità.

Per i progetti "flessibili" si identificherà di volta in volta l'impegno necessario orario e di risorse umane.

Il Co-gestore privato aggiudicatario selezionerà, sulla base di criteri concordati con il DSMD, il personale da impiegare nel servizio. Il personale dovrà essere in possesso di specifica qualifica socio-sanitaria o tecnico-professionale e/o di documentata esperienza in attività di riabilitazione psico - sociale.

Nel caso di operatori dedicati all'attuazione di parti del processo riabilitativo relative al miglioramento delle capacità lavorative e socio - relazionali, può essere autorizzato l'utilizzo di personale non provvisto di qualifica né di esperienza specifica purché sia in possesso di requisiti attitudinali ritenuti, dal GTPP, funzionali alle esigenze di riabilitazione psico-sociale.

L'Impresa o RTI, con criteri concordati e con il gradimento del DSMD, individuerà uno o più referenti/coordinatori per gruppi omogenei di Progetti Riabilitativi.

Residenze

Il Co-gestore privato aggiudicatario della gara, in relazione temporale all'andamento 'in progress' degli affidamenti in co-gestione di un crescente numero di PTRP ad altissima, alta, medio-alta e media intensità riabilitativa, dovrà garantire la necessaria disponibilità di strutture residenziali o semiresidenziali, site nel territorio di pertinenza dell'ASL 3.

Tali strutture dovranno accogliere al massimo 8 persone-utenti ed essere rispondenti ai requisiti previsti:

- dal DPR 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alla regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- dalle linee guida emanate dalla Regione Sardegna sulla stessa materia.

In relazione ad alcune particolari problematiche che richiedono una presa in carico

socio-sanitaria complessa, è richiesto, almeno per parte di dette strutture, il possesso di certificazione di idoneità, ai sensi della vigente normativa regionale in materia.

In relazione temporale all'andamento 'in progress' degli affidamenti in co-gestione di un crescente numero di PTRP a bassa intensità, il Co-gestore privato aggiudicatario della gara, dovrà inoltre garantire, in base alle concrete necessità emergenti, la tempestiva e congrua disponibilità di locali per l'habitat sociale, siti nel territorio di pertinenza della ASL 3, avuto riguardo che tali strutture potranno accogliere al massimo 2 o 3 persone-utenti per struttura e che non comportino l'eradicazione dell'Utente dal proprio ambiente naturale di vita.

Vitto e alloggio, utenze, manutenzioni e trasporti

Per le strutture residenziali e soluzioni di habitat sociale di proprietà o in possesso del Co-gestore privato aggiudicatario della gara, alla stessa competeranno gli oneri relativi a vitto ed alloggio delle persone in progetto riabilitativo, nonché tutti i costi (compresi quelli relativi ad utenze ed oneri per manutenzioni ordinarie e straordinarie) derivanti dalla gestione dell'attività.

Saranno a carico della ASL 3 esclusivamente gli oneri di manutenzione straordinaria relativi ai locali di proprietà della ASL 3 che siano stati assegnati al progetto (v. succ. art. 17).

Alla ditta aggiudicataria competeranno inoltre tutti gli oneri derivanti dai trasporti necessari per la realizzazione dei progetti riabilitativi personalizzati che comportassero spostamenti dell'Utenza sul territorio.

ARTICOLO 17 - Beni immobili assegnati al progetto

Per l'espletamento delle attività previste dal capitolato, l'ASL n° 3 si riserva la facoltà di concedere al partner privato selezionato, in locazione, beni immobili (terreni e/o fabbricati) di proprietà aziendale. L'utilizzo dei beni messi eventualmente a disposizione dalla ASL 3 e/o dai comuni e/o dalla Provincia non è obbligatorio per il partner aggiudicatario; se tuttavia quest'ultimo fosse interessato all'utilizzo degli stessi per le finalità del presente bando, le parti concorderanno un canone di locazione che terrà conto delle alte finalità sociali dell'utilizzo di tali beni

L'ASL 3, i Comuni e la Provincia si impegnano a consegnare in perfetto stato di funzionamento i locali eventualmente concessi in locazione ed a garantire la straordinaria manutenzione degli stessi.

ARTICOLO 18 - Obblighi del Co-gestore privato nei confronti del personale impiegato nel servizio

Il personale impiegato per l'esecuzione di quanto previsto dal servizio dovrà dipendere direttamente dal Co-gestore privato aggiudicatario della gara ovvero, in caso di Consorzi o di Raggruppamenti Temporanei di Impresa, anche da una delle imprese consorziate o raggruppate.

Nell'esecuzione del servizio si potrà utilizzare:

- i soci di impresa cooperativa singola o componente di un consorzio o di un raggruppamento di imprese cooperative,
- personale regolarmente assunto ed inquadrato nei contratti di categoria;
- personale inquadrato con altre formule contrattuali previste dalle normative vigenti;
- personale volontario, se previsto da specifiche normative (per es. giovani in servizio civile volontario).

L'attività di co-gestione implica l'utilizzo ottimale delle risorse umane sia dei servizi pubblici che del Co-gestore privato aggiudicatario della gara, in piena sintonia coi principi ispiratori e con gli obiettivi di alto valore etico e sociale di questo particolare tipo di gara.

Nel singolo PTRP le modalità di utilizzo delle varie figure professionali coinvolte sono definite per numero e per tipologia in modo flessibile, avuto riguardo anche al crearsi di gruppi di Utenti impegnati in uno stesso programma di attività riabilitative.

Il personale che verrà messo a disposizione dal Co-gestore privato per l'espletamento del servizio in oggetto compreso i soci delle cooperative dovrà essere in regola con le norme di igiene e sanità. E' a carico del Co-gestore privato la predisposizione e l'effettuazione delle visite periodiche, vaccinazioni e altri adempimenti previsti per il personale dipendente

dell'ASL impegnati in analoghe mansioni.

In tal senso l'ASL 3 ha facoltà di verificare in ogni momento la sussistenza delle condizioni sanitarie necessarie per l'espletamento del servizio.

Il Co-gestore privato aggiudicatario della gara, ancorché non aderente ad associazioni firmatarie di contratti collettivi nazionali di lavoro, si obbliga ad applicare nei confronti dei lavoratori dipendenti e, se cooperative, nei confronti dei soci lavoratori, condizioni contrattuali, normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi nazionali di lavoro della categoria (indicando specificatamente a quale intende fare riferimento) e dagli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle organizzazioni imprenditoriali e dei lavoratori maggiormente rappresentative, nonché a rispettare le norme e le procedure previste dalla legge, alla data dell'offerta e per tutta la durata dell'appalto.

L'obbligo permane anche dopo la scadenza dei su indicati contratti collettivi e fino alla loro sostituzione. I suddetti obblighi vincolano il Co-gestore privato aggiudicatario della gara anche nel caso che non sia aderente alle associazioni stipulanti o receda da esse ed indipendentemente dalla natura, dalla struttura o dimensione della società/impresa stessa e da ogni altra sua qualificazione giuridica, economica o sindacale, ivi compresa la forma cooperativa.

Il Co-gestore privato aggiudicatario della gara è tenuta inoltre all'osservanza ed all'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali, nei confronti del proprio personale dipendente e dei soci lavoratori nel caso di cooperative.

Il Co-gestore privato deve certificare, a richiesta dell'ASL 3, l'avvenuto pagamento dei contributi assicurativi e previdenziali, nonché l'applicazione del trattamento retributivo previsto dai relativi CCNL di categoria o da altre tipologie contrattuali riconosciute dalla legge e dagli accordi integrativi territoriali, ai lavoratori impiegati nel servizio oggetto dell'appalto, compresi i soci lavoratori qualora si tratti di cooperativa.

Il Co-gestore privato aggiudicatario della gara si impegna a stipulare idonee assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali a favore dei soci volontari che verranno eventualmente impiegati nelle attività previste dalla presente convenzione.

Qualora il Co-gestore privato non risulti in regola con gli obblighi di cui al comma precedente, l'ASL 3 procederà alla sospensione del pagamento delle fatture, assegnando all'impresa un termine entro il quale procedere alla regolarizzazione.

Qualora il Co-gestore privato non adempia entro il predetto termine l'ASL 3 procederà alla risoluzione del contratto destinando le somme trattenute al soddisfacimento degli inadempimenti previdenziali e contrattuali. Per tale sospensione o ritardo di pagamento il Co-gestore privato non potrà opporre eccezioni, né avrà titolo a risarcimento dei danni.

ARTICOLO 19 - Rispetto D. Lgs. 626/94

Il Co-gestore privato è tenuto all'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. 626/1994 e ss. mm. ed in particolare a quanto disposto dall'art. 4, comma 2, lettere a, b, e c.

Il Co-gestore privato dovrà ottemperare alle norme relative alla prevenzione degli infortuni e dovrà adottare tutti i procedimenti e le cautele atti a garantire l'incolumità delle persone addette e dei terzi.

Il Co-gestore privato dovrà comunicare, al momento della stipula del contratto, il nominativo del responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ai sensi dell'art. 4 comma 4 del D. Lgs. sopra richiamato.

ARTICOLO 20 - Obblighi del personale addetto al servizio

Il personale del Co-gestore privato è tenuto anche a mantenere il segreto d'ufficio su fatti e circostanze di cui sia venuto a conoscenza nell'espletamento dei propri compiti.

Il Co-gestore privato deve incaricare del servizio persone in grado di mantenere un contegno decoroso ed irreprensibile, riservato, corretto e disponibile alla collaborazione con altri operatori ed in particolare nei riguardi dell'utenza.

E' facoltà dell'ASL 3 chiedere al Co-gestore privato di allontanare dal servizio i propri dipendenti o soci che durante lo svolgimento del servizio abbiano dato motivi di lagnanza od

abbiano tenuto un comportamento non consono all'ambiente di lavoro.

L'Impresa o RTI, prima dell'inizio dell'esecuzione dell'appalto, dovrà comunicare all'ASL 3 l'elenco nominativo completo del personale con esatte generalità e domicilio.

Ogni variazione del personale comprese eventuali sostituzioni, dovrà essere comunicata all'ASL 3 prima che il personale non compreso nell'elenco già consegnato sia avviato all'espletamento del servizio.

Trattandosi di servizio di pubblica utilità, il Co-gestore privato aggiudicatario della gara dovrà garantirne lo svolgimento senza soluzione di continuità, anche in caso di scioperi o di vertenze sindacali del proprio personale.

ARTICOLO 21 - Danni a persone o cose

L'ASL 3 è esonerata da ogni responsabilità per danni, infortuni o altro che dovessero verificarsi nell'esecuzione del servizio, sia per gli operatori che per gli utenti.

L'ASL 3 non è responsabile dei danni, eventualmente causati ai dipendenti ed alle strutture ed attrezzature del Co-gestore privato aggiudicatario della gara, che possono derivare da comportamenti di terzi estranei all'organico dell'amministrazione.

Il Co-gestore privato è direttamente responsabile dei danni derivanti da cause a lei imputabili di qualunque natura che risultino arrecati dal proprio personale a persone o a cose, tanto dell'ASL 3 che di terzi, in dipendenza di omissioni o negligenze nell'esecuzione della/delle attività. A tal fine il Co-gestore privato aggiudicatario della gara, prima della stipula del contratto, dovrà essere in possesso e fornire documentazione all'ASL 3 di un'adeguata polizza assicurativa:

- per i danni comunque derivanti all'ASL 3 causati dal personale dell'Impresa o RTI, con massimali adeguati al valore dei beni mobili ed immobili.
- per la responsabilità civile verso terzi, con massimali adeguati.

Il Co-gestore privato aggiudicatario della gara si impegna a segnalare tempestivamente all'ASL 3 ed alle autorità competenti entro le prime 24 ore ogni e qualsiasi avvenimento che comprometta l'incolumità psico-fisica degli utenti. Il Co-gestore privato in ogni caso dovrà provvedere senza indugio a proprie spese alla riparazione e/o sostituzione delle parti o degli oggetti danneggiati per responsabilità dei propri operatori.

ARTICOLO 22 - Durata del contratto - procedura d'inizio attività - rinnovo del contratto

Il contratto ha durata di anni 5 (cinque), a decorrere dalla data di inizio del servizio in co-gestione.

Il Co-gestore privato aggiudicatario della gara dovrà iniziare la co-gestione dei PTRP entro 30 giorni dalla data di comunicazione, da parte della ASL 3, dell'avvenuta aggiudicazione.

L'attività di co-gestione dei PTRP è programmata per stralci funzionali.

In fase di avvio, dovranno essere inseriti in co-gestione:

- l'80% dei PTRP finanziati ad alta e altissima intensità riabilitativa e
- il 30% dei PTRP finanziati a bassa e medio-bassa intensità riabilitativa.

Entro i primi sei mesi l'attività di co-gestione deve includere tutti i PTRP finanziati.

I primi 6 mesi di co-gestione si intendono effettuati a titolo di prova.

Al termine del primo semestre, il Direttore del Dipartimento di salute mentale, con un'apposita relazione tecnica, fornirà alla Direzione aziendale ogni utile elemento per valutare il grado di efficienza e di soddisfazione nella co-gestione dei PTRP.

In presenza di una valutazione positiva, il contratto si intenderà confermato per il restante periodo. In presenza di una valutazione chiaramente negativa, l'ASL 3 potrà recedere dal contratto dando al Co-gestore privato un preavviso di almeno 30 giorni, mediante lettera Raccomandata.

L'eventuale rinnovo del contratto avverrà a seguito della presentazione, da parte del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, di una relazione consuntiva comprovante il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto per il primo triennio.

In caso di mancato rinnovo (per recesso volontario dell'Impresa/RTI/GEIE o a seguito

di una sfavorevole valutazione sui risultati raggiunti nel triennio), il Co-gestore privato aggiudicatario della gara avrà l'obbligo di continuare l'attività alle condizioni convenute, fino a quando l'ASL 3 non abbia provveduto a un nuovo contratto e, comunque, non oltre 90 giorni dalla data di scadenza del contratto vigente.

ARTICOLO 23 - Garanzia a corredo dell'offerta.

L'aggiudicatario dovrà costituire la garanzia fidejussoria di cui all'art. 113 del D. Lgs. N. 163/06, nelle forme e per gli importi ivi stabiliti.

ARTICOLO 24 - Corrispettivo

Il corrispettivo per l'attività di co-gestione oggetto del presente Capitolato viene determinato mensilmente sulla base dei progetti riabilitativi effettivamente inseriti e attuati in co-gestione, con riferimento ai prezzi fissati in sede di gara. Il numero e la tipologia dei progetti è pertanto suscettibile di variazioni in aumento o diminuzione, con conseguente adeguamento del corrispettivo, senza che ciò possa per alcun motivo costituire pretesto per richiedere ulteriori compensi rispetto a quelli offerti.

In considerazione della continuità dell'azione riabilitativa si precisa che nel computo delle quote giornaliere per i progetti a bassa intensità sono comprese anche le giornate festive. In caso di assenze continuative dell'Utente in PTRP (per ricoveri o altre ragioni) superiori ai 20 giorni, il progetto si considera sospeso e la relativa quota non corrisposta. Le assenze al di sotto dei 20 giorni continuativi non comporteranno una riduzione del costo del progetto riabilitativo.

ARTICOLO 25 - Pagamenti

Il pagamento verrà effettuato mensilmente, a mezzo mandato, entro 90 (NOVANTA) giorni dal ricevimento della fattura.

Detta fattura, corredata da apposita documentazione giustificativa, dovrà essere munita del visto del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale che accerti la regolarità della fornitura del servizio. In caso di fattura incompleta, i termini di pagamento decorreranno dalla regolarizzazione della stessa.

L'ASL 3 effettuerà il pagamento dopo aver accertato il regolare versamento dei contributi assicurativi e previdenziali, nonché del trattamento retributivo previsto dai relativi CCNL di categoria o da altre tipologie contrattuali riconosciute dalla legge e dagli accordi integrativi territoriali.

ARTICOLO 26 - Revisione prezzi

Per tutto il primo anno contrattuale i prezzi rimarranno invariati e non potranno essere pertanto oggetto di modificazione. Per gli anni successivi al primo, la revisione dei prezzi potrà essere operata annualmente, ai sensi delle vigenti leggi.

Eventuali prestazioni aggiuntive e diverse rispetto a quelle indicate nel presente capitolato, che la ASL si riserva di chiedere nel corso del periodo contrattuale, saranno oggetto di contrattazione tra le parti al fine di fissare per le medesime l'ulteriore corrispettivo dovuto.

ARTICOLO 27 - Cessione del servizio e divieto di subappalto

E' vietato cedere o subappaltare il servizio assunto, pena l'immediata risoluzione del contratto e la perdita del deposito cauzionale, salvo ulteriore risarcimento dei maggiori danni accertati. E' fatta salva la facoltà del Co-gestore privato aggiudicatario della gara di coinvolgere nelle attività previste nell'appalto di co-gestione altri soggetti del territorio (anche altri soggetti imprenditoriali) che ad essa risultino collegati funzionalmente 'in rete' per le finalità del PTRP, previo assenso del GTPP e del Direttore del DSMD.

ARTICOLO 28 - Contestazioni - penalità - risoluzione del contratto

In caso di mancata rispondenza del servizio ai requisiti stabiliti dal presente Capitolato Speciale, l'ASL 3 contesterà per iscritto, mediante raccomandata A.R., al Co-gestore privato l'inadempienza, dando un termine perentorio di otto giorni per adeguarsi alle

norme del Capitolato stesso. Mancando o ritardando il Co-gestore privato ad uniformarsi a tale obbligo, l'ASL 3 avrà il diritto di incamerare il deposito cauzionale e di individuare un altro Co-gestore privato per la co-gestione dei PTRP, addebitando al Co-gestore privato inadempiente le eventuali maggiori spese sostenute.

Non si farà luogo al pagamento di fatture finché il Co-gestore privato non avrà provveduto al versamento dell'importo relativo alle maggiori spese sostenute dall'ASL 3, conseguenti alle inadempienze contrattuali. In caso di mancata esecuzione, anche parziale, delle attività di ciascun PTRP rispetto ad ogni articolo del presente Capitolato, l'ASL 3 si riserva la facoltà di fronteggiare l'emergenza mediante altre Ditte, ponendo a totale carico del Co-gestore privato inadempiente le spese a tal fine sostenute.

ARTICOLO 29 - Foro competente

Per qualsiasi controversia inerente il contratto ove l'ASL 3 fosse attore o convenuto, resta intesa tra le parti la competenza del Foro di Nuoro.

ARTICOLO 30 - Spese contrattuali

Tutte le eventuali spese contrattuali relative all'appalto, comprensive di bollo e registrazione, saranno a carico del Co-gestore privato aggiudicatario della gara.

ARTICOLO 31- Norme di rinvio

Per quanto non espressamente previsto nel presente capitolato si rinvia a quanto espressamente previsto dalle norme vigenti in materia.