

**PROCEDURA APERTA**  
**PER L'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI DEL TERZO**  
**SETTORE E/O DEL PRIVATO IMPRENDITORIALE**  
**IDONEI ALLA CO-GESTIONE DEI PTRP**  
- Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati -  
**NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA ASL DI NUORO**

## CAPITOLATO SPECIALE

### **Premessa.**

L'integrazione sociosanitaria è una prassi di presa in carico personalizzata, globale e integrata, dove non sono nettamente separabili gli interventi sanitari da quelli sociali. Una prassi che si è dimostrata molto efficace nella prevenzione e nella cura delle malattie mentali, delle Dipendenze patologiche, e delle altre malattie croniche, cronicodegenerative o eredo-degenerative, nelle quali l'intervento di modifica delle determinanti cliniche della malattia è possibile ed efficace solamente se sono modificate contemporaneamente le determinanti culturali, sociali, economici e istituzionali della malattia stessa.

Le persone con tali malattie e con basso funzionamento sociale, se messe in condizione di partecipare attivamente ad un trattamento integrato, a parità di patologia espressa, presentano prognosi positive in misura doppia di quelle che ricevono il solo trattamento sanitario (diagnosi, farmaci, psicoterapia, inserimenti in struttura terapeutica e/o riabilitativa, ricoveri). Chi invece non viene trattato in modo integrato va incontro, quasi sempre, a prognosi negative.

La presa in carico integrata (socosanitaria) è premiante anche sul piano dell'efficienza: minori costi umani, professionali ed economici, minore rischio di deriva sociale per i Pazienti e i loro familiari, minori manifestazioni sintomatiche post-critiche, maggiore efficacia dei trattamenti medici e maggiore capacità di prevenzione del rischio di ammalarsi di altre malattie e di sviluppare condizioni disabilitanti.

Un'ampia mole di studi segnala che, attraverso concreti interventi a sostegno del diritto alla casa, della vita di relazione (apprendimento, espressività, affettività ecc.), del diritto alla formazione e al lavoro, è possibile migliorare il funzionamento delle persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche quali la malattia mentale o la dipendenza patologica.

Le prognosi positive sono infatti significativamente correlate più con il funzionamento dei soggetti nelle aree di vita citate, che con la diagnosi o con la terapia medica<sup>1</sup>.

Al miglioramento della qualità della vita corrisponde sempre un aumento dell'aspettativa di vita, soprattutto per chi è vissuto rinchiuso a lungo in istituzioni totalizzanti che, di per sé, aumentano la disabilità e l'inabilitazione e pregiudicano le prognosi positive.

Gli interventi che aumentano la contrattualità degli Utenti e la loro partecipazione diretta alle scelte da mettere in campo per rispondere ai loro bisogni essenziali in modo efficace, efficiente tempestivo e appropriato, facilitano la progressiva trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria e favoriscono l'inclusione sociale.

Con l'integrazione socio-sanitaria si produce un contesto ambientale e relazionale capace di coinvolgere in modo critico e operoso gli Utenti, le associazioni dei familiari, il volontariato e il Terzo settore, si rende più qualificata e più flessibile l'offerta assistenziale e si determina un rafforzamento complessivo del capitale sociale<sup>2</sup>.

Il presente capitolato fa propria:

- una modalità operativa capace di garantire: la massima accessibilità, l'integrazione dell'offerta sanitaria e sociale, la continuità del percorso terapeutico e riabilitativo e il migliore adattamento del percorso alle caratteristiche del Paziente (personalizzazione);
- un'impostazione del lavoro imperniata non sull'ospedalizzazione e su forme superate di assistenzialismo residenziale ma sulla deistituzionalizzazione, sulla prevenzione, sulla cura, sulla abilitazione e riabilitazione, sull'inclusione sociale, sulla lotta allo stigma e, in ogni caso, sulla limitazione del danno che possa derivare alla persona, alla famiglia e alla società dalla presenza di una malattia mentale o di una dipendenza patologica o di altra forma di disabilità;

## **Articolo 1 - Ambito normativo di riferimento**

**Il DPCM 14-2-2001 e il DPCM 29-11-01 definiscono l'assistenza socio-sanitaria** come quella *“prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”* e **la inquadrano tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA)**. L'Allegato 1C del DPCM 29-11-01 è dedicato all'integrazione sociosanitaria ed evidenzia, per le singole tipologie di prestazioni erogabili, accanto alle prestazioni sanitarie, anche quelle di rilevanza sociale, *“ovvero quelle in cui la componente sociale e quella sanitaria non risultano operativamente distinguibili e per le quali si individua una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN, in base a quanto già previsto dal DPCM 14.02.2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie)...., in particolare, per ciascun livello, sono individuate le prestazioni a favore di **minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci,***

<sup>1</sup> Per un'ampia ed aggiornata sintesi sul tema si confronti: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione, Suppl., 28, 3, 2004.

<sup>2</sup> Dal PSN 2003-05, al punto 2.4. “Potenziare i fattori di sviluppo (o “capitali”) della sanità” il capitale sociale è inteso come quella *rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell'assistenza, del volontariato e del no profit, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione, della ricerca, che possono contribuire ad aumentare le risorse per l'area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata”.*

**malati terminali, persone con patologie da HIV**". L'Allegato 3 – sub (d) sottolinea che l'area di integrazione socio-sanitaria merita una trattazione specifica, per il rilievo che assume all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla realizzazione dell'offerta di servizi, al fine di assicurare le prestazioni necessarie per la diagnosi, la cura (compresa l'assistenza farmacologica) e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita e in modo particolare nell'infanzia e nella vecchiaia. Si afferma che l'erogazione delle prestazioni deve avvenire sulla base di criteri di appropriatezza, fragilità sociale e accessibilità; si indica come determinanti la rete dell'offerta, le modalità di presa in carico, di rilevazione del bisogno, di classificazione del grado di autosufficienza e di dipendenza, rinviando al D.lgs 502/92 e alla l. 328/00 per quanto attiene l'accreditamento delle strutture sociosanitarie.

**La legge quadro 328/00** di riforma del welfare prevede (Art. 1, c. 5) che *“alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.”*

**Il Piano nazionale sanitario 2006-2008** (par. 3.8): I bisogni sociosanitari complessi *“vedono agire accanto a determinanti sanitarie anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali.... la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario”.... “Nel sistema dell'integrazione sociosanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti a tutti i cittadini (D.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei Livelli Essenziali dell'assistenza sociale, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328)” ..... “ In questo contesto il PSN promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione sociosanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.), con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le A.S.L., per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione”.*

Il trasferimento di questi indirizzi innovativi sul terreno applicativo non era possibile senza una parallela spinta alla **sperimentazione di forme innovative di gestione**.

**La Regione Sardegna**, ha varato una serie di norme per trasferire sul piano operativo gli indirizzi innovativi delle normative nazionali sopra richiamate, per dare maggiore efficacia, efficienza ed economicità ad un sistema di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che, a dispetto dei costi elevati, presentava carenze talvolta macroscopiche e criticità sempre più frequenti e preoccupanti.

Si richiamano qui, in particolare, i **principali provvedimenti della Regione Sardegna, relativi all'area della Salute Mentale e delle Dipendenze**:

- 1) La LR n° 20/97: "Nuove norme inerenti le provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche";

- 2) La 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;
- 3) La deliberazione GR n° 44/9 del 20-9-2005: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso";
- 4) La Legge regionale n. 23/2005 sul sistema integrato dei servizi alla persona;
- 5) La deliberazione GR n° 23/29 del 30.5.2006: "Presentazione di progetti d'intervento di cui alla L.R. 20/97 (art. 3) "Nuove norme inerenti provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche" e all'art. 9, comma 10 della LR 24 febbraio 2006 n. 1;
- 6) La determinazione dirigenziale n° 12 del 18-07-2006 e la 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;
- 7) L'art. 17 della LR 28 luglio 2006 n. 10 che prevede l'istituzione del Dipartimento della salute mentale,
- 8) La deliberazione GR n. 42/11 del 4.10.2006: Linee guida per l'attuazione del programma sperimentale "Ritornare a casa";
- 9) Il Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008 approvato dal Consiglio Regionale della Sardegna in data 19 gennaio 2007
- 10) La deliberazione GR n° 12/3 del 27-3-2007: "Programma regionale d'interventi nel settore delle dipendenze in attuazione del Piano regionale dei servizi sanitari"
- 11) La deliberazione GR n° 42/10 de 4-10-2006 e deliberazione GR n° 25/51 del 3-7-2007: "Programma sperimentale di inclusione sociale"
- 12) La deliberazione GR n° 30/39 del 2-8-2007: "principi e criteri per l'atto aziendale delle aziende sanitarie locali – approvazione definitiva", dove è previsto che le attività relative alla salute mentale e alle dipendenze siano organizzate in un unico dipartimento (il DSMD)
- 13) La deliberazione GR n° 32/11 del 29-8-2007: "Progetto strategico Salute mentale: interventi per il potenziamento dell'offerta di servizi";
- 14) La deliberazione GR 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";
- 15) La deliberazione GR n° 45/14 del 28-8-2008: "Servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle dipendenze patologiche: adeguamento rette, dotazione di personale e criteri di inserimento in struttura"
- 16) La deliberazione GR n. 57/3 del 23-10-2008: "Attività sociosanitarie a carattere residenziale per le persone con disturbo mentale. Adeguamento requisiti minimi, parametri di fabbisogno e sistema di remunerazione"

**Normative comunitarie e nazionali che aggiornano le procedure degli appalti:**

- La 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;

- Il 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";
- La Circolare 1-3-2007 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";

#### **Atti deliberativi aziendali e distrettuali che hanno attinenza col presente bando:**

- a) Con la deliberazione n° 1200 del 4.7.2006, il Direttore Generale della ASL di Nuoro ha istituito il Dipartimento di Salute Mentale.
- b) L' ASL di Nuoro, Con l'approvazione dell'atto aziendale (deliberazione del D.G. n° 1935 del 12-12-2007) e la verifica di conformità dello stesso (deliberazione GR n° 51/45 del 20-12-2007), ha integrato i Servizi della Salute mentale e i Servizi delle Dipendenze in un'unica organizzazione dipartimentale il DSMD e ne ha avviato un piano di riassetto organizzativo, sulla base delle indicazioni regionali che considerano "centrali" i temi dell'accessibilità e di un approccio integrato e condiviso tra ASL e Comuni alla valutazione del bisogno, alla pianificazione e alla gestione dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, attivando e valorizzando al meglio tutte le risorse pubbliche e di quelle private disponibili nel contesto locale di vita dell'Utente: Organizzazioni del Terzo settore, associazioni del Volontariato e dei Familiari, Forze produttive ecc.
- c) I 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;

Si sta elaborando un'apposita **Convenzione tra l'ASL, la Provincia e i comuni** dei quattro Distretti per regolare per coinvolgere anche gli Enti Locali nella gestione mista Pubblico-Privata (Co-gestione) dei Progetti Riabilitativi Personalizzati per Utenti del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) e, in progress, per gli Utenti delle altre aree che erogano prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

### **Articolo 2 - Ragioni della presente gara.**

L'ASL di Nuoro individua nel **Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)** finanziato col **Budget di salute (BdS)**, lo strumento strategico per l'attuazione dei LEA sociosanitari che permetterà di ampliare il sistema di opportunità concrete di inclusione sociale per gli Utenti più problematici e a più elevato rischio di cronicizzazione e, contemporaneamente, di trasformare gli attuali fattori produttivi delegati a strutture residenziali convenzionate in fattori produttivi da gestire in partnership con gli Enti locali e con le Agenzie del Terzo settore e del privato sociale. Questa scelta implica un radicale cambiamento dell'attuale *modus operandi* per produrre un alto valore aggiunto derivante dal pieno coinvolgimento dell'Utente, della famiglia e delle risorse formali ed informali del contesto territoriale.

Coi **PTRP**, si rimodula in modo assai più produttivo l'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale, intervenendo contemporaneamente:

- Sull'offerta dei servizi per un utilizzo più corretto e produttivo delle risorse umane, economiche e strumentali e capace di assicurare al PTRP la copertura, col giusto BdS, per l'arco di tempo stabilito in ciascun progetto personalizzato;
- Sul mix gestionale pubblico – privato sociale, per un costante monitoraggio dei singoli PTRP mediante indicatori di processo e di risultato;

- Sulla Comunità locale, rassicurata da un'offerta di servizi più garantita, più ampia e più qualificata e stimolata a contribuire attivamente al positivo mutamento culturale, contro lo stigma e i pregiudizi che accompagnano queste categorie di persone.

Con questa gara di evidenza pubblica, l'ASL di Nuoro si propone di **selezionare un partner privato per la co-gestione dei PTRP – Bds su tutto l'ambito aziendale**. Il bando interessa, prioritariamente ma non esclusivamente, i Servizi dipartimentali della Salute mentale e quelli delle Dipendenze che presentano attualmente le maggiori criticità e problematicità ed hanno caratteristiche uniche di trasversalità per sesso, età, luogo di residenza e per condizione sociale delle persone interessate.

**Il Malato mentale**, oltre alle limitazioni insite alla propria condizione di sofferenza, incontra vari ostacoli, spesso insormontabili, sul suo percorso di autorealizzazione e di integrazione funzionale nel tessuto sociale:

- a. Il permanere dello **stigma emarginante**. Lo stigma è il risultato di un atteggiamento ancora largamente presente nella società che caratterizza tutti i problemi correlati alla malattia mentale. Esso *“crea un circolo vizioso di alienazione e discriminazione – che conduce all'isolamento sociale, all'incapacità di lavorare, all'abuso di droga o alcool, alla mancanza di un alloggio o all'eccessiva istituzionalizzazione – che diminuisce le possibilità di guarigione e di una vita normale”*<sup>3</sup>. Ogni malato mentale sa bene quanto sia per lui difficile trovare case o appartamenti in affitto. I Servizi pubblici incontrano ostacoli tenaci quando si tratta di aprire strutture che ospitano i malati mentali o quando chiedono agli imprenditori privati la disponibilità per attivare tirocini lavorativi/borse lavoro o per assumere stabilmente un malato mentale nella propria azienda.
- b. l'ancora **insufficiente potere contrattuale**. La retorica attuale del libero mercato che enfatizza la produttività, la qualità concorrenziale e la libertà di scelta anche per i consumatori dei servizi del welfare, penalizza chi, per debolezza contrattuale, non è in grado di organizzarsi come domanda per uniformarsi alle regole rigide dell'offerta.
- c. l'**insufficiente disponibilità di opportunità sociali** (casa, vita sociale, formazione e inserimento lavorativo). Questo sperimentano gli Utenti psichiatrici e le loro famiglie quando si tratta di entrare nel mercato del lavoro, specialmente nelle imprese private profit, ma talvolta anche nelle cooperative sociali B che, per stare sul mercato, tendono talvolta a selezionare persone con 'svantaggio lieve' e con minori problematiche psico-sociali. I malati più gravi sono anche quelli che hanno più necessità di inclusione socio-lavorativa e sono quelli che incontrano le maggiori difficoltà a soddisfare questo bisogno. Per superare questi ostacoli, bisogna creare opportunità di formazione e lavoro che non separino il momento assistenziale dal momento di formazione-inserimento lavorativo.
- d. Analogamente, **le famiglie dei malati mentali sperimentano un enorme carico sociale** fatto di gravose e soffocanti responsabilità, una frustrante impotenza, sensi di colpa e di vergogna ed incomprensioni che esitano spesso nell'isolamento sociale per mancanza di tempo libero e in una insostenibile condizione socio-economica (per le troppe assenze dal lavoro, la necessità di cambiare casa, i costi della malattia, le spese legali ecc.).

Il processo di cambiamento in atto nell'organizzazione e nella gestione dei servizi alla persona (non solo nel campo della salute mentale) è segnato dall'esigenza di restituire potere e diritto di cittadinanza pieno agli Utenti e alle loro famiglie e di riequilibrare i rapporti tra i fruitori dei servizi e le Istituzioni che li erogano.

**Anche nei Servizi delle Dipendenze** si rilevano criticità specifiche che interessano:

---

<sup>3</sup> Rapporto 2001 OMS sulla Salute Mentale

- persone con dipendenza da sostanze ristrette in ambiente carcerario che chiedono un trattamento riabilitativo alternativo alla detenzione. Le condizioni di elevata criticità del mercato del lavoro nel territorio limita grandemente le possibilità di rispondere alle esigenze di queste categorie di Utenti. A questi Pazienti, in alternativa alla detenzione in carcere, oggi è offerta la possibilità di inserimento in **Comunità Terapeutica (CT)** o l'affidamento al SerD o all'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna).

- i pazienti del territorio con forme anche gravi di tossico-dipendenza singola o plurima, o con doppia diagnosi (dipendenza patologica + malattia mentale). L'inserimento in CT ha rappresentato in questi casi la più appropriata modalità di risposta al disagio; peraltro, **la mancanza di Comunità terapeutiche nell'ambito territoriale della ASL di Nuoro** non ha facilitato l'offerta di interventi articolati e soprattutto contestuali sul Paziente, sulla famiglia e sull'ambiente di origine. Concluso il programma terapeutico-riabilitativo in C.T., l'Utente si trova spesso costretto a rivivere, nel suo territorio di origine, le medesime situazioni di disagio familiare ed extra-familiare che ne avevano favorito la tossicodipendenza e la marginalità sociale.

- molti altri Utenti del SerD per alcool e/o tossicodipendenza o per **Doppia Diagnosi (DD)** vivono a domicilio ma, senza un PTRP, molti di questi rischiano di aggravarsi nelle loro condizioni di marginalità sociale e di entrare in una spirale di esacerbazioni critiche che renderebbe necessario un ricovero ospedaliero o un inserimento in C.T.

**Questi ed altri problemi posti dagli Utenti del DSMD** non possono essere affrontati con risposte di tipo esclusivamente "prestazionale" ma richiedono interventi integrati sanitari, socio-sanitari e sociali che debbono coinvolgere attivamente le Istituzioni pubbliche e quelle private che operano sul territorio, per costruire insieme una rete di opportunità capaci di rispondere ai bisogni del singolo Utente e della sua famiglia, con progetti che esplorino e soddisfino in modo appropriato e personalizzato le principali aree di bisogno.

Con la presente gara si parte dalle due aree della Salute mentale e delle Dipendenze ma si mira ad includere nel medesimo processo di investimento produttivo (coi PTRP-BdS) anche gli altri Servizi territoriali aziendali che erogano prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (**Anziani, Disabili, Malati terminali, Persone con patologie da HIV, Minori-Donne-Famiglia**).

Pertanto, **lo stesso Partner privato che verrà selezionato con questo bando di gara sarà chiamato, senza ulteriori bandi, a co-gestire, 'in progress', anche i PTRP degli Utenti che afferiscono a tali altri servizi territoriali, attingendo le risorse finanziarie necessarie dalle vigenti normative di settore.**

### **Articolo 3 - Il PTRP – BdS**

*Come recita la delibera G.R. 35/6 del 12-9-2007, "con il budget di salute, per ogni utente viene predisposto, da parte di una equipe multidisciplinare, un programma individuale che definisce gli obiettivi e i percorsi riabilitativi che si intendono privilegiare e favorisce, nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria, il supporto alla quotidianità, alle attività di aggregazione e socializzazione, al lavoro, al mantenimento di standard minimi di qualità della vita".*

Esistono nell'Utenza vari livelli di complessità dei bisogni cui devono corrispondere livelli differenziati di complessità della risposta. Ogni progetto personalizzato deve poter contare su risorse finanziarie certe, che contribuiscono a formare il BdS, di entità proporzionale all'intensità di impegno terapeutico e riabilitativo necessari.

Ogni PTRP deve poter contare sulla piena condivisione di obiettivi fra l'Azienda sanitaria e i comuni e sull'integrazione delle rispettive risorse finalizzate.

Il PTRP definisce gli obiettivi intermedi e gli obiettivi finali correlati al potenziale umano dell'Utente ed ai suoi bisogni prioritari; stabilisce criteri di gradualità aderenti alle sue reali condizioni; tiene 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.

La partecipazione diretta alla elaborazione del PTRP aumenta la contrattualità dell'Utente che è messo nelle condizioni di chiedere, scegliere e costruire le modulazioni possibili in base alle risorse disponibili e di riappropriarsi del diritto di costruire il proprio futuro, con la fattiva collaborazione della famiglia e della comunità di appartenenza (Istituzioni pubbliche e private).

Il BdS include tutte le risorse economiche, professionali, umane e comunitarie, necessarie per attivare un processo volto a ridare alla persona un funzionamento sociale accettabile. Lo stesso Paziente e la sua famiglia sono chiamati a contribuire anche con risorse proprie a formare il BdS.

Coerentemente con i riferimenti scientifici e pratici, che ispirano questa modalità di gestione integrata delle attività socio-sanitarie, si sottolinea che l'obiettivo unificante degli interventi è quello della salute più che la semplice cura.

In prima istanza, destinatari dei Bds sono i cittadini, affetti da gravi patologie psichiatriche croniche o da gravi forme di dipendenza patologica, che sono causa o concausa di gravi disabilità sociali e di particolare vulnerabilità per la salute, anche fisica e che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali.

Il sistema PTRP-Bds mira a costruire un approccio integrato ai bisogni di salute della persona (welfare mix). Per ogni Utente il Progetto personalizzato è attivato, gestito, valutato e monitorato in maniera coordinata e condivisa da operatori pubblici (della ASL e dei Comuni) e del privato. In ogni fase, dalla progettazione al monitoraggio, è garantito il coinvolgimento dell'utente e del/dei suoi familiari di riferimento. L'intervento sociosanitario, col PTRP- Bds, si configura pertanto non come prestazione a se stante, ma come programma individuale di cura e di benessere, centrato sulla persona e sulle sue relazioni.

Esso deve orientare l'utilizzo delle risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale esplicitati *ex ante*, valutabili come aree di carenza su cui occorre investire (casa, socialità, lavoro) e che rappresentano i principali determinanti sociali della salute e dei diritti di cittadinanza garantiti dalla costituzione.

Il successo del progetto dovrà avere ricadute positive non solo sul titolare del PTRP ma anche sulla sua famiglia e sulla comunità locale.

#### **Articolo 4 – Il sistema di Co-gestione dei PTRP- BdS e la residenzialità**

L'ASL di Nuoro intende promuovere nel territorio di propria competenza lo sviluppo di sistemi di welfare comunitario e familiare, per trasformare qualitativamente i propri costi prestazionali, esternalizzati e ridondanti, in investimenti produttivi sulle aree che erogano prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e sulle comunità locali.

Il mix pubblico - privato sociale si è dimostrato, in molti contesti analoghi, assai efficace ed efficiente nella trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria con rilevanza sociale in bisogni a prevalenza socio-economica con rilevanza sanitaria.



Nella co-gestione, la parte pubblica è rappresentata dalla **ASL di Nuoro** che agisce mediante le articolazioni territoriali del DSMD e **dal Comune di residenza dell'Utente**.

La parte privata (di seguito denominata **co-gestore privato**) è formata dall'aggiudicatario della gara di selezione (soggetti del terzo settore e/o del privato imprenditoriale).

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

- in modo sinergico col servizio pubblico per valorizzare e/o promuovere le risorse dell'associazionismo locale e del volontariato per la presa in carico del malato anche durante un'eventuale crisi acuta;
- 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 particolare per quanto riguarda programmi di assistenza alternativi all'inserimento in strutture residenziali di tipo sanitario (per malati mentale o per tossicodipendenti o per doppia diagnosi), anche attraverso affidamenti temporanei e guidati a nuclei familiari o gruppi sociali che si mettono in rete nel territorio;
- in modo sequenziale quando, con una sorta di 'passaggio di consegne', subentra al/agli Operatori pubblici passando da una fase terapeutico-riabilitativa a una fase prettamente socio-riabilitativa.

Il co-gestore privato deve assicurare, direttamente o mediante una propria rete formale di rapporti con Enti, Organizzazioni e Associazioni, una presenza capillare su tutto l'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria di Nuoro per far sì che le azioni necessarie a soddisfare i bisogni del singolo Utente possano svilupparsi senza costringere l'Utente e i familiari a spostamenti continui, onerosi, stressanti o comunque inopportuni.

Le articolazioni operative del DSMD (Centri di Salute Mentale e Servizi delle Dipendenze), e il co-gestore privato svolgono attività e funzioni differenti ma congiuntamente finalizzate alla valorizzazione ottimale del potenziale umano degli Utenti.

Il ruolo del mix pubblico/privato sociale, identico negli obiettivi da perseguire e diverso negli strumenti da utilizzare per il loro raggiungimento, è quello di favorire il superamento delle pratiche di autoreferenzialità delle organizzazioni tecniche e di quelle di scopo, di promuovere la continua trasformazione delle stesse organizzazioni, di sostenere e di incrementare l'espressione dei diritti dell'Utente auto-organizzato nel privato sociale e associativo e di ampliarne la capacità contrattuale.

Il DSMD di Nuoro, si dà la forma organizzativa più appropriata per assicurare la continuità terapeutica riabilitativa e assistenziale e l'utilizzo etico e responsabile delle risorse dei cittadini con l'obiettivo di trasformare la spesa, finora poco produttiva (indirizzata su forme di assistenza istituzionalizzanti), in investimenti sulle persone che autopromuovendosi 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.

L'attività riabilitativa rappresenta una delle attività del DSMD. E' compito degli operatori pubblici di elaborare il progetto riabilitativo e di attuarlo nella sua parte sanitaria, al fine di assicurare la riduzione del danno conseguente alla malattia e facilitare lo sviluppo delle capacità specifiche del paziente con le tecniche e le metodologie più appropriate. D'altra parte nei processi riabilitativi che si propongono come esito quello della integrazione sociale della persona, accanto alla attività sanitaria, diventa fondamentale, per il buon esito del processo, la possibilità di mettere in pratica attività di ricostruzione dell'accesso ai diritti di cittadinanza delle persone con disturbo mentale o con dipendenza patologica.



Al Co-gestore privato non si intende *delegare o esternalizzare* la gestione di una parte delle attuali competenze del DSMD. Nelle esternalizzazioni di funzioni o di servizi assistenziali vi è qualcuno (una organizzazione) che fa qualcosa **su o per** qualcun altro (il malato) a fronte di un vantaggio economico (il bene). Nella co-gestione si vuole creare una situazione in cui qualcuno fa qualcosa **con** qualcun altro (il *legame*) con l'utilizzo di strumenti economici. La variabile economica, seppur necessaria, qui è "incorporata" nel sociale e gli elementi di scambio sono centrati sui legami oltre che sui beni.

Al centro del sistema di gestione unitaria non viene posto il Co-gestore ma la persona che è fondamentalmente un Valore e che si vuole qualificare, in positivo, per le sue abilità attuali e potenziali piuttosto che per il disvalore del disturbo mentale o della dipendenza patologica che ostacolano il pieno e gratificante sviluppo del suo potenziale umano.

Il Servizio pubblico, il Co-gestore privato e la Comunità locale attuano una "presa in carico" della persona con bisogni complessi, contrastano le spinte espulsive sempre presenti in una parte della società, e fanno un "investimento produttivo" su quella persona e con quella persona per facilitare il cambiamento in tutte le cosiddette **"aree dei diritti"** (vedi allegato).

L'azione sinergica e coordinata si focalizza contestualmente sull'individuo (per contrastare la malattia e i suoi effetti disabilitanti e per scoprire, implementare e valorizzare al meglio le sue abilità) e sul suo contesto ambientale fisico (casa, luoghi di vita e di lavoro) e relazionale (famiglia e società).

Il co-gestore investe sulle abilità residue degli Utenti e su piani d'impresa che utilizzano strumenti auto-organizzati ed etero-sostenuti di gestione a carattere privatistico per garantire: maggiore flessibilità, libertà ed economia di movimento; capacità di valorizzazione delle reti formali ed informali nelle comunità locali; capacità trasformative e di attivazione delle organizzazioni mutuali ( degli utenti, dei loro rappresentanti, dei volontari ecc.).

Obbiettivi comuni di tutti gli Attori coinvolti nella Co-gestione sono:

- la promozione e attivazione dei processi di integrazione sociale,
- la promozione della salute in contesti abitativi liberi e aperti, in contesti sociali e culturali stimolanti ed accoglienti e in contesti di formazione e lavoro capaci di valorizzare e sviluppare il potenziale umano delle persone,
- il miglioramento della qualità di vita, e del potere contrattuale delle fasce deboli,
- l'allargamento dell'area dei diritti concretamente esigibili dall'Utente e dalla sua famiglia
- la moltiplicazione degli investimenti sul territorio per lo sviluppo complessivo di tutta la comunità locale.

**Il soggiorno in una struttura residenziale rappresenta solo una fase, non la principale, di un più ampio ed articolato percorso progettuale (definito nel PTRP), e rappresenta solo una delle tante voci di costo delle diverse azioni che concorrono a realizzare gli obbiettivi individuati nel PTRP (Tante azioni - altrettante voci di costo).**

Il PTRP mira a superare la residenzialità assistita, a realizzare la piena autonomia abitativa (*in casa sua*) o la più ampia autonomia abitativa possibile anche in ambito comunitario, col massimo di libertà (*in un Gruppo di convivenza, in una comunità alloggio, in una casa di riposo*).

Solo nei casi di maggiore compromissione dell'autonomia dell'Utente la risposta al bisogno abitativo può essere soddisfatta presso una Comunità protetta o una RSA.

Anche in questi casi però, il PTRP mette in campo tutte le azioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali necessarie per rallentare il deterioramento organico e funzionale e per valorizzare ogni residua potenzialità della persona e definisce con chiarezza la componente sanitaria e quella sociale e socio-sanitaria del bisogno, per una corretta ripartizione delle competenze e dei costi sanitari (in capo alla ASL) e di quelli non sanitari (in capo all'Utente e al suo nucleo familiare in base all'ISEE e, per la quota non coperta da questi, in capo al comune di residenza dell'Utente).

Il sistema di co-gestione dei PTRP, anche quando prevede inserimenti in struttura, si pone in diretta concorrenza coi servizi residenziali esternalizzati/delegati ad erogatori privati convenzionati.

**Il Gruppo Tecnico di Progettazione Personalizzata (GTPP)** la cui composizione è definita nel successivo articolo 7, valuta, in termini di appropriatezza, quali Pazienti e per quanto tempo abbiano necessità di inserimento in una delle tre tipologie di struttura residenziale indicate dall'allegato della DGR n° 57/3 del 23/10/2008.

I nuovi inserimenti in struttura e le verifiche periodiche degli stessi saranno **disposti dal Direttore del DSMD**, in base a una procedura operativa specifica.

**Le tre Case famiglia di Nuoro, Ottana e Orani**, riorganizzate secondo quanto disposto dall'allegato della DGR n° 57/3 del 23/10/2008, **saranno gradualmente affidate al Co-gestore privato**, sotto la costante supervisione e monitoraggio da parte dell'ARIS e dell'equipe territoriale CSM/SerD che ha in carico l'Utente, col supporto del Case-manager dei singoli Pazienti.

La co-gestione dei PTRP si realizza mediante un **coordinamento operativo formalizzato** fra il DSMD, i Servizi sociali dei comuni, gli Utenti, i familiari singoli e associati e l'Impresa sociale o Consorzio di Imprese sociali o Raggruppamento Temporaneo di Imprese sociali già costituito o costituendo, o GEIE che si aggiudicherà la gara di selezione.

Al Co-gestore selezionato è richiesto, inoltre, un particolare impegno per:

- a) accreditarsi come interlocutori capaci di ridefinire il proprio ruolo nelle politiche di integrazione socio-sanitaria, di formazione e lavoro, di inclusione delle fasce deboli a rischio di emarginazione sociale, di sviluppo locale sostenibile e delle nuove politiche di welfare.
- b) valorizzare la "finanza etica" connettendo i sistemi di produzione dei prodotti locali tipici dell'agricoltura e della zootecnia biologica con le reti di promozione del consumo critico, e della tutela dell'ambiente e della qualità della vita.
- c) promuovere e/o realizzare 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 5 - Risultati attesi**

### **A) La Persona-Utente e il suo contesto sociale**

Coi PTRP ci si propone di supportare la persona-utente perché egli ottenga:

- il massimo sviluppo dell'autonomia personale e della capacità di leggere la realtà individuando condizionamenti e minacce, ma anche occasioni favorevoli ed opportunità, per realizzare la piena e consapevole assunzione di responsabilità e la valorizzazione del suo potenziale umano. Strumenti utili sono: la promozione dell'associazionismo tra

Utenti e tra i familiari, il miglioramento dell'autonomia e delle abilità individuali, l'inserimento in percorsi di formazione lavoro, ecc.;

- la riduzione dello stigma e della discriminazione sociale, facilitando la sua partecipazione più ampia ed aperta alle attività sociali espressive, culturali e artigianali;
- un sostegno attivo alla famiglia per favorire la permanenza della persona nel contesto naturale di vita e, per chi si trova da lungo tempo, inserito in strutture istituzionalizzanti, per favorirne il ritorno a casa;
- la fruibilità concreta di una casa in autonomia o in gruppi di convivenza;
- la possibilità di affidi etero-familiari per chi non ha validi referenti familiari;
- il rafforzamento dei sistemi organizzativi coinvolti: diffusione più capillare delle imprese sociali e crescita della responsabilità sociale delle imprese profit del territorio, scambio e condivisione delle buone prassi sperimentate positivamente in altri contesti di successo;
- il sostegno alla capacità contrattuale dell'Utente 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;
- la promozione di un nuovo modello di sviluppo economico del Territorio più umano e più solidaristico.
- la costruzione intorno all'Utente di un sistema più vasto di opportunità sociali mirate:
  - a) all'inquadramento dell'Utente in PTRP nel ruolo di dipendente o nel ruolo di socio di una cooperativa sociale (tipo A, B o mista), secondo la tipologia più appropriata al caso (socio fruitore, socio collaboratore o socio misto fruitore-collaboratore), con la possibilità di ingresso degli Utenti anche nel Consiglio di Amministrazione della cooperativa;
  - b) all'inserimento lavorativo in imprese di familiari dell'Utente o delle associazioni dei Familiari o di loro componenti, prevedendo per l'Utente l'eventuale sostegno e/o la protezione che si ritengano utili ed appropriati rispetto alle sue specifiche condizioni;
  - c) alla formalizzazione di un rapporto di lavoro dipendente nell'impresa, se il Co-gestore sarà un'impresa profit singola o plurima, con un'offerta di lavoro adatta alle sue reali condizioni e potenzialità (borse di formazione lavoro, tirocini lavorativi incentivati, inserimento protetto con livelli personalizzati di tutoraggio (temporaneo o stabilizzato) e all'esito del tirocinio formativo-lavorativo, con assunzione in azienda con contratto di lavoro a tempo indeterminato;

Il rapporto contrattuale del Co-gestore con l'Utente non può cessare al termine del periodo programmato di fruizione del BdS ma si deve stabilizzare nella modalità più consona alle condizioni dell'Utente e con la valorizzazione piena del suo potenziale produttivo/creativo.

Perché ciò accada il Co.gestore deve avere un suo piano d'impresa primariamente auto sostenuto dalle sue produzioni. **Il Budget di salute va considerato come un'integrazione economica temporanea, compensativa di un'assente o ridotta produttività della persona nella difficile fase di inserimento nel mondo del lavoro.**

## **B) Indicatori di processo e di risultato**

La de-istituzionalizzazione continua e la prevenzione all'istituzionalizzazione permettono di evitare, per quanto possibile, l'intrappolamento degli utenti nei nuovi circuiti assistenziali, spesso produttori di passività e cronicizzazione, che rappresentano un moltiplicatore dei costi dell'assistenza, specialmente nell'area della Salute Mentale.

- Sulla base di questa impostazione, un primo risultato atteso dalla co-gestione è la riconversione dei costi dell'assistenza (specialmente residenziale), in investimenti sulla persona e sulle concrete condizioni per realizzare, in tempi non lunghi, la sua piena inclusione sociale che si attua col possesso della casa, con lo sviluppo e la valorizzazione delle capacità di apprendimento/espressività, con la promozione di opportunità di socializzazione e di significative relazioni affettive, con la promozione attiva della auto-organizzazione degli utenti e delle loro famiglie e infine con occasioni dirette, oltre che indirette, di accesso al lavoro
- Un secondo risultato atteso è quello di innescare in modo costante, un processo virtuoso di entrata – uscita dai PTRP. Il **turn-over** dei Pazienti in PTRP è un indicatore importante dell'efficacia del processo complessivo perché, insieme agli indicatori di esito, esprime la capacità del mix gestionale di “emancipare”, facendoli fuoriuscire dalla presa in carico dei Servizi socio-sanitari, gli utenti che usufruiscono del percorso riabilitativo. Concretamente, anche sulla scorta di alcuni dati di letteratura, tutti gli utenti giovani, di media gravità, potrebbero “concludere” il loro percorso nell'arco di 2 anni, prorogabili, in particolari situazioni, fino ad un massimo di anni 4. Solo per i Pazienti sottoposti dall'Autorità Giudiziaria a misure di sicurezza in Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) o in altre strutture di accoglienza equiparabili, la durata massima del PTRP può superare questo limite. E' atteso un turn-over annuale medio, di Utenti in PTRP, di circa il 30% così da garantire, a risorse invariate, l'inserimento in PTRP di una eguale percentuale di nuovi Utenti.

Per tutte queste ragioni, significativi elementi di qualità sono la flessibilità da parte del Co-gestore privato e la sua disponibilità a superare incertezze e vincoli rispetto alle risorse economiche, avvalendosi della rete di risorse informali, di volontari e delle realtà associazionistiche.

E' grazie a queste risorse che è possibile dare molte risposte a bisogni che emergono anche al di fuori del circuito istituzionale. E' evidente il valore terapeutico di ricostruzione dell'identità della persona-utente che questo processo porta con sé.

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

### **Articolo 6 – Costruzione dei PTRP.**

La richiesta di elaborazione del PTRP può essere inoltrata al responsabile del CSM da Operatori del CSM, da Operatori del Servizio sociale del comune, dall'Utente, da un suo familiare o anche da terzi interessati al caso. Se la richiesta non venisse accolta, il rifiuto deve essere motivato per iscritto al richiedente.

Nella costruzione del PTRP sono contestualmente coinvolti: l'equipe multi-disciplinare del CSM competente o l'equipe multidisciplinare competente del SerD, l'articolazione locale dell'ARIS che si pone in stretta relazione col Responsabile ARIS aziendale, il Servizio sociale del Comune di origine, l'Utente se è in grado di collaborare e/o un suo familiare di riferimento.

All'occorrenza possono essere coinvolti anche il medico di famiglia, altri Servizi aziendali, o altre persone o istituzioni che si ritenga possano fornire utili contributi al progetto.

L'equipe multidisciplinare del CSM (o del SerD) individua al proprio interno un proprio referente per ciascun PTRP (Case Manager). Altrettanto dovrà fare il Co-gestore e ci si augura che faccia anche il Servizio sociale del comune di residenza dell'Utente.

## **Articolo 7 – Il Gruppo Tecnico di Progettazione Personalizzata** (di seguito denominato **GTPP**).

Si prevedono due GTPP di livello dipartimentale: uno per l'Utenza psichiatrica, e uno per Utenti del SerD:

Il GTPP per l'Utenza psichiatrica è composto da:

- Il Direttore del CSM cui afferisce il caso
- Il Case Manager individuato dalla competente equipe multidisciplinare del CSM
- Il Direttore del Servizio Sociosanitario o suo delegato
- Il Direttore dell'ARIS
- l'Operatore sociale del Comune di residenza dell'Utente da inserire in PTRP

Il GTPP per gli Utenti del SerD è composto da:

- Il Direttore aziendale del SerD
- Il Case Manager individuato dalla competente equipe multidisciplinare del SerD
- Il Direttore del Servizio Sociosanitario o suo delegato
- Il Direttore dell'ARIS
- l'Operatore sociale del Comune di residenza dell'Utente da inserire in PTRP.

Il Direttore del DSMD convoca le sedute dei GTPP, a richiesta anche di uno solo dei componenti dei due Organismi, e interviene alle sedute quando lo ritenga opportuno.

Al GTPP spetta di:

- verificare il rispetto delle procedure di costruzione del PTRP;
- verificare la validità degli indicatori di processo e di risultato;
- decidere sull'ordine di priorità da assegnare ai singoli PTRP;
- verificare la congruità dei costi delle singole azioni e la copertura finanziaria;
- pronunciarsi sulle proposte di rimodulazione dei PTRP in fase esecutiva, se questa implicasse il passaggio ad una diversa fascia di inquadramento del PTRP o un prolungamento del mantenimento nella fascia assegnata oltre il termine previsto. La richiesta di rimodulazione del PTRP può essere inoltrata al Direttore del DSMD dal Co-gestore privato, dall'ARIS, dal CSM o dall'U.O. SerD competente o dal Comune di residenza dell'Utente.

I PTRP elaborati dal GTPP sono sottoposti all'approvazione del Direttore del DSMD che dà mandato al Responsabile dell'ARIS e al proprio Servizio Amministrativo per gli adempimenti conseguenti di rispettiva competenza.

## **Articolo 8 - Il percorso terapeutico-riabilitativo dell'Utente**

L'ingresso dell'Utente nel PTRP può avvenire in una delle sei tipologie di PTRP (definite per fasce di intensità riabilitativa), con la dote finanziaria prevista per quella fascia.

Per gli Utenti che entrano in una fascia di intensità superiore alla minima, si devono prevedere periodiche verifiche ed eventuali rimodulazioni del PTRP per il passaggio graduale alle fasce di minore intensità, tenendo conto del concreto andamento del percorso riabilitativo e dell'effettiva disponibilità di risorse.

Non si può peraltro escludere a priori che, per il sopravvenire di particolari criticità, possa rendersi utile o necessario il passaggio temporaneo dell'utente ad una fascia di maggiore

intensità riabilitativa, senza che ciò debba necessariamente pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi finali programmati.

## **Articolo 9 - Contenuti del PTRP e competenze del mix gestionale**

Il PTRP deve contenere:

- un'esauriente analisi delle problematiche sanitarie, psichiatriche e non, dell'Utente (patologie in atto, disabilità consolidate ecc), utilizzando l'ICD-10;
- un'esplorazione accurata di tutti i campi di indagine funzionale rappresentati nell'ICF (funzioni organiche e funzioni mentali, capacità e performances dell'Utente, le attività di partecipazione sociale dell'Utente con l'individuazione dei fattori ambientali ostativi e dei fattori ambientali facilitanti il funzionamento della persona, sia in ambito familiare che extrafamiliare ecc.);
- una chiara definizione qualitativa e quantitativa delle necessità riabilitative del soggetto;
- gli interventi già attuati e in corso di attuazione per l'Utente,
- le azioni necessarie e possibili per costruire nel concreto il percorso di inclusione sociale, con la relativa quantificazione dei costi;
- l'inquadramento dell'Utente nella fascia riabilitativa di partenza, prevedendo anche i tempi necessari al superamento di quella fascia per passare ad un'altra che si prevede di minore intensità riabilitativa e di minore impegno budgetario;
- le risorse finanziarie necessarie e quelle effettivamente disponibili, con una precisa ripartizione dei costi;
- le risorse strumentali, umane (familiari e di contesto) concretamente disponibili e attivabili per attuare il PTRP nel modo più tempestivo, più efficace e più efficiente possibile;
- le modalità di utilizzo e di attivazione delle stesse (risorse proprie del DSMD, del Comune di residenza<sup>4</sup>, della rete familiare e sociale della persona);
- la definizione delle varie tappe attuative intermedie e della loro durata con individuazione degli strumenti di monitoraggio delle stesse (Indicatori di processo);
- l'indicazione chiara della durata complessiva del progetto, dei risultati finali attesi e degli strumenti di valutazione degli stessi (Indicatori di risultato);
- la definizione delle singole responsabilità dei soggetti partecipanti al progetto;
- l'individuazione di un Referente (Case Manager) di parte ASL e di parte Comune per ciascun PTRP. Questi due Operatori si interfacciano col Referente che, per lo stesso PTRP, sarà stato individuato dal Co-gestore privato.

L'interazione sistematica tra i Case Manager deve consentire di affrontare e risolvere tempestivamente problemi di ordinaria amministrazione che non implicino esigenze di rimodulazione del PTRP e di coinvolgimento del GTPP.

**Nell'allegato "Le Aree dei Diritti"** sono dettagliatamente riportati i principali determinanti della salute e del benessere della persona e sulle quali si deve sviluppare ordinariamente l'integrazione degli interventi dei Servizi ASL e del Privato co-gestore per assicurare una

---

<sup>4</sup> Per gli Utenti, attualmente ospiti di una struttura residenziale, che avessero acquisito la propria residenza nel comune dove è ubicata la struttura ospitante, per le quote dei costi imputabili all'ente Comune, non si deve fare riferimento al comune dove è ubicata la struttura ma al comune dove l'Utente era residente prima dell'inserimento in struttura. (vedi art. 45, comma 2 del regolamento di attuazione dell'art. 43 della LR 23/2005)

corretta attribuzione delle responsabilità e delle competenze alla parte pubblica e alla parte privata e consentire all'Utente in PTRP la più ampia e qualificata fruizione delle opportunità.

### **Articolo 10 - L'Uscita dal PTRP**

Al termine del percorso terapeutico-riabilitativo si presume che l'Utente si sia stabilizzato nel più elevato livello possibile di benessere socio-sanitario e di emancipazione dal circuito sanitario-assistenziale.

L'Utente che ha recuperato normali capacità lavorative viene stabilizzato dal Co-gestore privato nel suo rapporto di lavoro all'interno della medesima compagine sociale o in altra impresa.

L'Utente che ha acquisito o recuperato capacità lavorative solo parziali viene stabilizzato nel suo rapporto di lavoro, coi benefici della Legge 68/99.

Per l'Utente che non ha acquisito o recuperato capacità lavorative, il piano d'impresa del Co-gestore deve prevedere la stabilizzazione dei livelli di assistenza necessari in veste di fruitore della compagine sociale dell'impresa, attingendo a risorse proprie dell'Utente, del nucleo familiare di appartenenza o della rete locale dei servizi socio-assistenziali.

L'Utente che, al termine del PTRP, presentasse ulteriori necessità socio-assistenziali dovrà continuare a beneficiare dell'assistenza necessaria, con azioni coerenti rispetto al progetto appena concluso, mediante risorse proprie dell'Utente e/o del suo nucleo familiare in base all'ISEE e con concorso eventuale di risorse pubbliche come contemplato dall'articolo 2, comma 4, del DPCM 14/02/01 e dalla normativa sui LEA, che regola gli interventi in fase di lungo-assistenza, finalizzati a mantenere la maggiore autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento.

Qualora si rendesse necessario un inserimento dell'Utente in una struttura residenziale o semiresidenziale di carattere socio-assistenziale, si applica quanto previsto dall'**art. 3 del Protocollo d'Intesa 2004**, tra l'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'ANCI Sardegna, anche in questo caso, prevedendosi anche l'utilizzo delle risorse proprie dell'Utente e del proprio nucleo familiare in base all'ISEE come previsto anche dalla legge 328/2000.

### **Articolo 11 - Nuovo regime tariffario per la Salute mentale e corrispondenti tipologie di PTRP con relativo BdS.**

**La Deliberazione G.R. n. 57/3 del 23-10-2008:** prevede i seguenti tipologie di servizi e le relative previsioni tariffarie:

<b>Struttura</b>	<b>Intensità riabilitativa</b>	<b>Tariffa giornaliera Euro pro die</b>
Comunità ad alta intensità terapeutica	<b>Altissima</b>	<b>€ 150 – 180,00</b>
	<b>Alta</b>	<b>€ 135,00</b>
	<b>Medio-alta</b>	<b>€ 115,00</b>
Gruppi residenziali di integrazione sociale	<b>Media</b>	<b>€ 80,00</b>
Gruppi di convivenza	<b>Bassa</b>	<b>€ 40,00</b>



Ricalcando il criterio del livello intensità terapeutica e riabilitativa, applicato non alla risposta di tipo residenziale ma alla risposta complessa e integrata che si vuole attuare sul territorio coi Progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP), si prevedono, per l'area della Salute mentale, le seguenti **tipologie di PTRP**, con le corrispondenti tariffe massime applicabili:

**a. PTRP ad altissima intensità riabilitativa** (Prezzo base massimo, fra € 150,00 ed € 180,00 pro die)

Sono previsti per persone-utenti che, per peculiari condizioni psicopatologiche e/o comportamentali, per l'elevata complessità delle loro problematiche sociosanitarie, la loro scarsa contrattualità, l'assenza di funzionamento sociale, l'assenza di reti di supporto e di microsistemi locali di sviluppo economico sociale, richiedono un sostegno molto elevato a carattere sussidiario, mediativo, di attivazione personale e sociale, con una presenza di personale, nell'arco dell'intera giornata, in rapporto Operatore/Utente di 1/1.

**b. PTRP ad alta intensità riabilitativa** (Prezzo base massimo € 135,00 pro die)

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 si trovano nelle seguenti condizioni:

- quadro clinico caratterizzato da frequenti riacutizzazioni con ricoveri ospedalieri in numero maggiore di uno l'anno, da comportamenti recenti e/o da sopravvenute modificazioni dell'ambiente di vita che si ritenga possano compromettere o ritardare il processo di riabilitazione;
- carenza di abilità o di autonomia per l'igiene personale, la cura di sé, 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;

**c. PTRP a medio-alta intensità riabilitativa** (Prezzo base massimo € 115,00 pro die)

Destinati a persone che, nell'evoluzione del percorso riabilitativo personalizzato presentano, in forma meno grave o discontinua, le caratteristiche descritte al punto 2, con necessità di copertura assistenziale da parte degli operatori, di durata oscillante, fra le 12 e le 24 ore.

**d. PTRP a media intensità riabilitativa** (Prezzo base massimo € 80,00 pro die)

Destinati a persone che presentano aree seppur limitate di abilità ed autonomia ma che, per la loro condizione sociosanitaria e la scarsa presenza di microsistemi locali di sviluppo economico sociale, richiedono ancora un sostegno quotidiano di altre persone a carattere mediativo, di attivazione sociale e sussidiario, personale e di rete, che possono essere garantite con la presenza di operatori nell'arco delle 12 ore diurne.

**e. PTRP a bassa intensità riabilitativa** (Prezzo base massimo € 40,00 pro die)

Destinato a persone che, al momento della presa in carico o a seguito di un miglioramento delle loro condizioni di salute e sociali ottenuto dopo un percorso riabilitativo, evidenzino il permanere di limitate carenze in talune aree di autonomia e di funzionamento personale e richiedono il sostegno di operatori a carattere mediativo e di attivazione sociale solo in alcune fasce orarie (per alcune ore al giorno) e/o per determinate attività.



**f. PTRP 'flessibili'** (Prezzo base massimo orario € 15,00 che, se riferito all'intera giornata risulti in ogni caso inferiore al prezzo base massimo dei PTRP a bassa intensità riabilitativa di cui al punto (e) del presente articolo)

Sono progetti riabilitativi destinati a persone che presentano bisogni assistenziali variabili per l'intensità e la durata delle azioni necessarie. Il costo del progetto 'flessibile', computato come costo orario, in proiezione mensile, sarà in ogni caso inferiore a quello del PTRP a bassa intensità.

### Articolo 12 – Utenti che sono stati inseriti in strutture residenziali per malati mentali per l'intero anno 2009 o per frazioni di esso.

**14 Utenti** sono stati inseriti presso **5 strutture residenziali psichiatriche della Sardegna**

**12 Utenti** sono stati inseriti presso **8 strutture residenziali psichiatriche della Penisola**

**8 Utenti** si trovano attualmente ricoverati in **Manicomio Giudiziario**.

### Articolo 13 - Nuovo regime tariffario per le tossicodipendenze e corrispondenti tipologie di PTRP con relativo BdS,

La deliberazione GR n° 45/14 del 28-8-2008 prevede i seguenti tipologie di servizi e le relative previsioni tariffarie:

Tipologia di servizio		Tariffa Euro pro die
Servizi pedagogico-riabilitativi	Semiresidenziali	€ 27,00
	Residenziali	€ 42,00
Servizi di accoglienza	Semiresidenziali	€ 30,00
	Residenziali	€ 52,00
Servizi terapeutico-riabilitativi	Semiresidenziali	€ 32,00
	Residenziali	€ 49,00
Servizi specialistici (per alcolisti)	Residenziali	€ 63,00
Servizi specialistici (madre-bambino)	Residenziali	€ 65,00
Servizi specialistici (doppia diagnosi)	Residenziali	€ 90,00

Ricalcando, anche nell'area delle Dipendenze, il criterio del livello intensità terapeutico-riabilitativa, applicato alla risposta complessa e integrata che si vuole fornire coi Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP), si prevedono, per l'area delle Dipendenze, le seguenti **tipologie di PTRP**, con le corrispondenti tariffe massime applicabili:

- PTRP di altissima intensità:** Prezzo base massimo € 150,00 pro die (= costo servizi Specialistici doppia diagnosi) con riferimento esclusivo alla fattispecie di Pazienti con grave condizione di tossicodipendenza associata a una grave condizione di malattia mentale. Il costo di questi PTRP è da ripartirsi al 50% fra Salute mentale e SerD.
- PTRP di alta intensità:** Prezzo base massimo € 90,00 pro die (= costo servizi specialistici doppia diagnosi) in cui una grave condizione di tossicodipendenza si associa a un disturbo mentale non grave,
- PTRP di medio-alta intensità:** Prezzo base massimo € 63,00 pro die (= costo dei servizi specialistici per alcolisti),
- PTRP di media intensità:** Prezzo base massimo € 41,50 pro die (= costo medio dei servizi terapeutico-riabilitativi residenziali e semiresidenziali),



- e) **PTRP di bassa intensità**: Prezzo base massimo € 34,50 pro die (= costo medio servizi pedagogico-riabilitativi residenziali e semiresidenziali),
- f) **PTRP flessibili**: Prezzo base massimo orario € 15,00 che, se riferito all'intera giornata risulti in ogni caso inferiore alla tariffa dei PTRP a bassa intensità riabilitativa di cui al punto (e) del presente articolo.

**Articolo 14 – Utenti che sono stati inseriti in Comunità Terapeutiche per dipendenze patologiche per l'intero anno 2009 o per frazioni di esso.**

**9 persone** con tossico-dipendenza da alcool o da altre sostanze d'abuso, nel corso del 2009 sono stati inseriti presso **8 diverse Comunità Terapeutiche della Penisola**,

**15 persone** con tossico-dipendenza da alcool o da altre sostanze d'abuso, nel corso del 2009 sono stati inseriti presso **5 diverse Comunità Terapeutiche della Sardegna**.

**Articolo 15 – Tetti di spesa e base d'asta per la Co-gestione dei PTRP- BdS nelle due aree della Salute Mentale e delle Dipendenze:**

Il **tetto di spesa annuale programmato** per gli inserimenti in Strutture residenziali psichiatriche per malati mentali è di **€ 890.000,00** e, con riferimento al triennio di validità del presente bando, è di **€ 2.670.000,00**

Il **tetto di spesa annuale programmato** per gli inserimenti in Comunità terapeutiche per Utenti con dipendenza patologica è **€ 335.000,00** e, con riferimento al triennio di validità del presente bando, è di **€ 1.005.000,00**

Il **tetto di spesa complessivo delle due aree nel triennio è pertanto di € 3.675.000,00** che rappresenterà la più importante fonte di finanziamento dei **Budget di salute**.

La **base d'asta della presente gara** viene pertanto determinata anzitutto dalla graduale **riconversione dei costi degli inserimenti in struttura in risorse finanziarie per alimentare i Budget di salute dei singoli PTRP**, sia nell'area della Salute mentale che nell'area delle Dipendenze.

Ai fini della determinazione della base d'asta viene computato anche il **contributo "Una tantum"** di **€ 475.900,00** già accreditato dalla RAS al Servizio Bilancio di questa ASL per finanziare i PTRP-BdS dei servizi dipartimentali della Salute mentale. La seguente tabella rappresenta in dettaglio le fonti finanziarie costitutive della base d'asta:

<b>Fonti di finanziamento della base d'asta:</b>	<b>Importi</b>
<b>Da riconversione spesa per la Residenzialità psichiatrica TOTALE TRIENNIO:</b>	<b>€ 2.670.000,00</b>
<b>Da riconversione spesa per le Comunità Terapeutiche TOTALE TRIENNIO:</b>	<b>€ 1.005.000,00</b>
<b>Totale fondi da riconvertire</b>	<b>€ 3.675.000,00</b>
<b>Importo medio annuale derivante da riconversione dei tetti di spesa</b>	<b>€ 1.225.000,00</b>
<b>FONDI RAS 'Una tantum' per la Salute mentale (già disponibili):</b>	<b>€ 475.900,00</b>
<b>TOTALE GENERALE (Salute mentale + Dipendenze) a <u>base d'asta</u></b>	<b><u>€ 4.150.000,00</u></b>

## Articolo 16 – Osservazioni generali

Circa 150 Pazienti dell'area della Salute mentale e circa 50 Pazienti del SerD sono potenziali candidati a beneficiare di un PTRP con BdS. E' evidente perciò che la somma a base di gara non può coprire che una parte dell'intero fabbisogno reale. Tanto più se si considera che la parte più consistente di tale somma deriva dalla riconversione delle rette di degenza dei Pazienti inseriti presso strutture private convenzionate.

Se il PTRP prevedesse semplicemente un trasferimento di quei Pazienti dalle SR private attuali ad analoghe SR del Cogestore, tanto basterebbe a consumare questa preziosa risorsa. In realtà, obiettivo del PTRP non è quello di togliere ad uno per dare ad un altro, anche se quest'altro opera in loco, ma di riconvertire l'attuale costo, interamente assorbito dalla residenzialità assistita, in un finanziamento di attività più produttive di benessere e di opportunità di inclusione sociale, di cui è parte anche la soluzione del problema abitativo secondo modalità più libere ed emancipative per il Paziente, valorizzando prioritariamente a tale scopo il patrimonio immobiliare personale e familiare e in seconda istanza soluzioni abitative alternative (abitare assistito con livello protezione di intensità rapportata al reale bisogno del singolo Utente).

Dalla riconversione di tali costi, col PTRP-BdS, sono attese economie da reinvestire anche per la socializzazione, la formazione e l'inserimento lavorativo degli Utenti ora inseriti in SR o in CT ed eventualmente anche di altri Pazienti.

L'offerta al ribasso da parte dei Concorrenti, espressa in percentuale, si applicherà in modo uniforme a tutte le tipologie di PTRP, indipendentemente dal loro numero (che si prevede possa avere variazioni anche significative nel tempo) e dalla persone fisiche interessate (Ogni PTRP ha un inizio e una fine, per cui nel triennio, ci sarà un continuo turn-over di persone in entrata e in uscita dal PTRP).

Il corrispettivo giornaliero offerto per ciascun PTRP, non potrà mai eccedere il limite massimo previsto per la tipologia di appartenenza (v. art. 11 e art. 13). Non saranno perciò ritenute valide le offerte formulate in aumento rispetto a tali limiti.

L'x per cento di sconto offerto dal Cogestore selezionato, ogniqualvolta si sottoscriverà un contratto per tot-numero di PTRP da inserire in cogestione, sarà applicato sul costo reale del complesso di attività previste da ciascun PTRP il cui valore di partenza corrisponderà ad un importo compreso fra il prezzo base massimo della categoria di appartenenza e quello della categoria immediatamente inferiore.

I corrispettivi dovranno rimanere fissi ed invariati per tutta la durata contrattuale, fatti salvi eventuali meccanismi di revisione periodica dei prezzi connessi alla variazione degli indici ISTAT.

Più esplicitamente, la fruizione, da parte del Co-gestore selezionato, dell'intero ammontare delle risorse finanziarie a base di gara potrà realizzarsi solo se, e quando, egli avrà:

- contrattualizzato i PTRP degli Utenti attualmente inseriti nelle Strutture Residenziali (SR) psichiatriche private e nelle Comunità Terapeutiche (CT) per alcool/tossicodipendenti, e
- riconvertito i costi attuali della residenzialità privata convenzionata (pari al tetto di spesa dell'area della salute mentale + il tetto di spesa per l'area delle Dipendenze) per farne Budget di salute che finanzieranno azioni di inclusione sociale mirate sulle tre aree dei diritti fondamentali (casa, socialità e lavoro) per quegli stessi Utenti e per altri Utenti (internati in OPG, pazienti delle case famiglia e pazienti multiproblematici del territorio), anche attingendo alle altre risorse finanziarie già disponibili (i 475.000 euro del contributo 'una tantum' della RAS) o ad altre risorse che si rendessero disponibili in futuro.

Nell'area della Salute mentale sarà possibile reperire ulteriori risorse:

- dalla Contribuzione dell'Utenza;
- da economie che potranno realizzarsi, col progredire del percorso attuativo dei PTRP, dal passaggio da un livello di intensità più elevato ad uno di minore intensità;
- dalla graduale riconversione degli attuali costi alberghieri delle strutture residenziali psichiatriche aziendali che saranno gradualmente affidate al Co-gestore;
- da un'apposita convenzione fra l'ASL e i Comuni dell'ambito provinciale di Nuoro che si renderanno disponibili per attuare, all'interno dei PLUS distrettuali, la gestione unitaria dei servizi sociosanitari (per gli Utenti dell'area della Salute Mentale) e delle relative risorse (ex-LR 20/97). Rispetto all'attuale modalità di utilizzo dei fondi comunali (80% della LR 20/97), la gestione unitaria con i PTRP-BdS offrirebbe maggiori garanzie ad una significativa quota di Utenti, di ottenere risultati più duraturi e faciliterebbe una loro definitiva uscita dal circuito assistenziale.

Anche nell'area delle Dipendenze si potranno sfruttare eventuali ulteriori risorse:

- dalla contribuzione dell'Utenza,
- da economie che potranno realizzarsi, col progredire del percorso attuativo dei PTRP, dal passaggio da un livello di intensità più elevato ad uno di minore intensità;
- dall'eventuale rifinanziamento del programma regionale di interventi nel settore delle Dipendenze analogamente a quanto è avvenuto con la DGR 62/25 del 14-11-2008;
- da un'apposita convenzione fra l'ASL e i Comuni dell'ambito provinciale di Nuoro che si renderanno disponibili per attuare, all'interno dei PLUS distrettuali, la gestione unitaria dei servizi sociosanitari (per gli Utenti dell'area Dipendenze) e delle relative risorse. La gestione unitaria con i PTRP-BdS offrirebbe maggiori garanzie ad una significativa quota di Utenti, di ottenere risultati più duraturi e faciliterebbe una loro definitiva uscita dal circuito assistenziale.

**Tutte le risorse che si rendessero disponibili in futuro, nell'area della Salute Mentale e nell'area delle Dipendenze, saranno utilizzate, senza ulteriore bando di gara, per finanziare, con nuovi BdS, i PTRP di altri Utenti dei due Servizi territoriali.**

### **Articolo 17 - Contribuzione dell'Utente**

Il Comune di residenza, singolarmente o in forma unitaria (PLUS) definisce i criteri di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi assistenziali di competenza comunale.

La compartecipazione è vista come mezzo per ampliare l'ammontare delle risorse di cui il Comune dispone per la realizzazione di servizi a vantaggio dei cittadini all'interno di una più complessiva scelta di equità che caratterizza il sistema locale di welfare.

Si tratta di uno strumento con finalità perequative: proprio perché le situazioni di partenza non sono uguali, è legittimo utilizzare l'istituto della compartecipazione per raggiungere obiettivi di equità e di inclusione sociale.

Per la determinazione dell'entità della compartecipazione si utilizza l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) disciplinato dal D. Lgs. n. 109/1998 e dal D. Lgs. n. 130/2000 (e successivi atti integrativi) e calcolato con riferimento al nucleo familiare al cui interno è compresa la persona destinataria del progetto.

Per un ISEE non superiore a € 12.000/anno (soglia di esenzione totale) non è prevista contribuzione dell'Utente o della sua famiglia; per un ISEE superiore alla soglia di esenzione totale, si prevede invece una quota di finanziamento pubblico e una quota di co-finanziamento dell'Utente (o della sua famiglia) di entità proporzionale all'ISEE.

### **Articolo 18 - Fasi di finanziamento dei PTRP per Utenti della Salute mentale:**

1. Prima fase: Finanziamento dei PTRP che interessano:
  - persone attualmente inserite in strutture residenziali private convenzionate per l'assistenza a malati mentali;
  - persone attualmente ricoverate in Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e
  - persone attualmente accolte in strutture residenziali psichiatriche della ASL di Nuoro.
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, o in casa di cura specialistica).
3. Terza fase: Dopo che saranno state finanziate queste due categorie di PTRP, le eventuali risorse disponibili saranno utilizzate per PTRP degli altri Utenti del Territorio.

All'interno di ciascun CSM si dà priorità agli Utenti per i quali si presume che, senza il PTRP, esista un rischio più elevato di istituzionalizzazione.

Questo ordine di priorità consente di porre fine a situazioni di inappropriata di molti casi di inserimento nelle strutture residenziali psichiatriche aziendali; consente un utilizzo più produttivo delle risorse finanziarie oggi impegnate per pagare le rette di degenza presso le strutture residenziali private convenzionate e assicura maggiore gradualità e accuratezza dell'inserimento in PTRP dei casi più complessi.

### **Articolo 19 - Fasi di finanziamento dei PTRP per Utenti del SerD:**

1. Prima fase: Finanziamento dei PTRP che interessano il reinserimento sociale e lavorativo protetto nel loro naturale contesto di vita di persone attualmente inserite Comunità terapeutica.
2. Seconda fase: Finanziamento dei PTRP che interessano persone del territorio che il SerD considera ad alto rischio di istituzionalizzazione (per esempio Utenti con un elevato numero di ricoveri in ospedale o in comunità terapeutica).
3. Terza fase: Dopo che saranno stati finanziate queste due categorie di PTRP, le eventuali risorse disponibili saranno utilizzate per PTRP di altri Utenti del SerD.

Questo ordine di priorità da un lato consente:

- un utilizzo più produttivo (anche solo parziale) delle risorse finanziarie oggi impegnate dalla ASL per pagare le rette di accoglienza in Comunità terapeutiche convenzionate ubicate lontano dal territorio di origine dell'Utente con l'obiettivo
- di avvicinare l'Utente al territorio di origine e valorizzare le risorse umane, strumentali, familiari e del contesto ambientale; dall'altro assicura la necessaria gradualità e ponderazione nell'inserimento in PTRP dei casi più complessi

### **Articolo 20 - Procedura operativa**

- a) Attivazione immediata delle procedure per la redazione dei PTRP in ciascun CSM e in ciascuna U.O. territoriale del SerD, secondo le tipologie e le priorità sopra indicate, con gli strumenti di valutazione e coi contenuti già indicati.
- b) Attivazione dei due GTPP dipartimentali.

- c) Condivisione dei PTRP col Co-gestore privato aggiudicatario della gara per assicurare il più efficace abbinamento fra domanda ed offerta.
- d) Avvio della co-gestione del primo pacchetto di PTRP secondo le tipologie e le fasi sopra indicate.
- e) Inserimento in co-gestione di nuovi PTRP, man mano che essi vengano elaborati dai GTPP e fino al completo utilizzo delle risorse disponibili per budget di salute nell'area della salute mentale e nell'area delle dipendenze.
- f) Eventuali ulteriori acquisizioni di risorse oltre il tetto massimo previsto dal presente capitolato porterà (in particolare si fa riferimento alla quota comunale dei fondi della LR 20/97 destinati alle attività riabilitative), **senza nuova gara**, al finanziamento di altri PTRP, secondo un ordine di priorità concordato nel Comitato di Dipartimento, sentito anche il parere del Comitato di Partecipazione del DSMD e degli Uffici di PLUS dei vari Distretti.

### **Articolo 21 – Co-gestione, in progress, di PRTP per Utenti di altre aree**

Seguendo la medesima procedura operativa di cui al precedente articolo, l'ASL di Nuoro 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 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**

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

**NB: Per gli utenti di ciascuna di queste nuove aree**, al momento della costruzione del PTRP, definito il livello di intensità terapeutico-riabilitativa necessario, come si è fatto per l'area della Salute mentale e per le l'area delle Dipendenze, **il corrispondente Budget di salute sarà determinato tenendo conto delle tariffe regionali aggiornate delle diarie di inserimento in struttura. Col PTRP, infatti, si mira anzitutto a riconvertire la diaria di ricovero in una provvista finanziaria da utilizzare sui vari assi di intervento** (casa, socializzazione e formazione-lavoro).

### **Articolo 22 - Specifiche organizzative: Personale e Risorse.**

Il Co-gestore privato, per l'Utenza psichiatrica e per Utenti con doppia diagnosi che include una grave patologia psichiatrica primaria, 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, sulla base di criteri concordati con il DSMD (che esercita funzioni di verifica e controllo al riguardo) selezionerà il personale da impiegare nel servizio tenendo conto delle qualifiche socio-sanitaria o tecnico-professionale possedute e/o sulla base 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.

In relazione temporale all'andamento 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 abitazioni singole o per Gruppi di convivenza (per 3-4 persone), siti nel territorio di pertinenza della ASL di Nuoro, evitando l'eradicazione dell'Utente dal proprio ambiente naturale di vita.

Al Co-gestore privato competeranno tutti gli oneri derivanti dai trasporti necessari per la realizzazione dei PTRP che comportassero spostamenti dell'Utenza sul territorio.

#### Vitto e alloggio, utenze, manutenzioni e trasporti

Per le abitazioni in proprietà/possesso del Co-gestore privato, allo stesso competeranno gli oneri relativi a vitto ed alloggio delle persone in PTRP, nonché tutti i costi (compresi quelli relativi ad utenze ed oneri per manutenzioni ordinarie e straordinarie) derivanti dalla gestione delle attività.

### **Articolo 23 - Beni immobili assegnati al progetto**

L'ASL di Nuoro, con l'affidamento del pacchetto di PTRP relativi ad Utenti il cui progetto personalizzato preveda, in quel momento, la permanenza o un inserimento nelle strutture residenziali differenziate secondo le tipologie indicate dalla DGR 57/3 del 23/10/2008, **trasferirà al Co-gestore, con la necessaria gradualità, la conduzione delle strutture residenziali psichiatriche di Nuoro, Ottana e Orani**, attualmente gestite in forma diretta dal DSMD, cedendo in locazione i locali che le ospitano e impegnandosi a consegnarli in perfetto stato di funzionamento ed a garantire la straordinaria manutenzione degli stessi.

Il Co-gestore avrà la facoltà di trasferire la sede delle singole strutture residenziali in altri locali che abbiano i requisiti strutturali previsti dalla DGR 57/3 DEL 23-10-2008, ubicati nel medesimo ambito comunale o, d'intesa col Direttore del DSMD, anche in altro comune.

Il trasferimento della conduzione comporterà la sostituzione degli Operatori del DSMD impegnati nelle predette strutture, con nuovo personale del Co-gestore.

Nel passaggio di consegne al Co-gestore, la sostituzione del personale ASL avverrà con la necessaria gradualità per evitare fratture traumatiche delle relazioni umane e terapeutiche.



## **Articolo 24 - Obblighi del Co-gestore privato nei confronti del personale**

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 Associazioni/Raggruppamenti Temporanei di Impresa, anche da una delle imprese consorziate o associate/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 di Nuoro 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 specificata mente 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 di Nuoro, 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 di Nuoro procederà alla sospensione del pagamento delle fatture, assegnando all'impresa un termine entro il quale procedere alla regolarizzazione.

Se il Co-gestore privato non adempie a tali obblighi entro il predetto termine, l'ASL di Nuoro 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 25 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, 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 26 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 di Nuoro 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 di Nuoro l'elenco nominativo completo del personale con esatte generalità e domicilio.

Ogni variazione del personale comprese eventuali sostituzioni, dovrà essere comunicata all'ASL di Nuoro 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 27 - Danni a persone o cose**

L'ASL di Nuoro 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 e 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 di Nuoro che di terzi, in dipendenza di omissioni o negligenze nell'esecuzione della/delle attività. A tal fine il Co-gestore aggiudicatario, prima della stipula del contratto, dovrà documentare all' ASL di possedere un'adeguata polizza assicurativa:

- per i danni comunque derivanti all'ASL di Nuoro 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 di Nuoro 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 28 - Procedura inizio attività - durata e rinnovo del contratto**

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 di Nuoro, dell'avvenuta aggiudicazione.

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 di Nuoro potrà recedere dal contratto dando al Co-gestore privato un preavviso di almeno 30 giorni, mediante lettera Raccomandata.

Il contratto ha durata di anni 3 (tre), a decorrere dalla data di inizio del servizio in co-gestione. 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, il Co-gestore privato avrà l'obbligo di continuare l'attività alle condizioni convenute, fino a quando l'ASL di Nuoro non abbia provveduto a un nuovo contratto e, comunque, non oltre 90 giorni dalla data di scadenza del contratto vigente.

## **Articolo 29 - 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 30 - 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.

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 31 - 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 di Nuoro 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 32 - 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 di Nuoro 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 33 - 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 34 - Contestazioni - penalià - risoluzione del contratto**

In caso di mancata rispondenza del servizio ai requisiti stabiliti dal presente Capitolato Speciale, l'ASL di Nuoro contesterà per iscritto, mediante raccomandata A. R., al Cogestore 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 di Nuoro avrà il diritto di incamerare il deposito cauzionale e di individuare un altro Cogestore 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 DI NUORO, 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 di Nuoro 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 35 - Foro competente**

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

### **Articolo 36 - 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 37 - Norme di rinvio**

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