Dipartimento Amministrativo

Servizio Acquisti Area Vasta
Settore servizi alberghieri, finanziari, socioassistenziali, concessioni, attività di controllo e accesso agli atti

REV. 1

CAPITOLATO SPECIALE

Procedura Aperta per la conclusione di un accordo quadro con un operatore economico per lotto per la progettazione condivisa e partecipata e la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) con Budget di Salute (BdS), servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo, servizio di prescrizione sociale, progetti di convivenza sull'abitare di transizione e di progetti di attività di comunità (PACo) per il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Bologna

Lotto 1. Progettazione individualizzata Budget di Salute con interventi individuali e di gruppo abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi, con il Servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo e con il Servizio di prescrizione sociale (CSM, NPIA)

Lotto 2. Progetti individualizzati abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi con Budget di Salute (SerDP) con interventi individuali e di gruppo

Lotto 3. Progetti di convivenza sull'abitare di transizione (CSM)

Lotto 4. Attività di comunità (DSM DP)

INDICE

art. 1 - Oggetto
art. 2 – Finalità
art. 3 – Caratteristiche dell'utenza
3.1 Persone con disagio e disturbi psichici in carico ai Centri di Salute Mentale
3.2 Minori con gravi disturbi psicopatologici in età 16-17 anni
3.3 Persone con problematiche di dipendenza patologica
3.4 Altri aspetti specifici dell'utenza

art. 4 – Modalità di esecuzione
4.1. Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (Lotti 1 e 2)
4.2. Progettazione condivisa e partecipata
4.3. Ruolo e Competenze del Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche
4.3.1. Centro di Salute Mentale (CSM)
4.3.2. Servizio Dipendenze Patologiche (SerDP)
4.3.3. UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)
4.3.4. Impegni comuni delle UU.OO. CSM, SerDP, NPIA
4.3.5. Il Servizio Amministrativo del DAATO (Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere)
4.3.6. RUP / DEC Lotti 1, 2, 3 e 4 – Tavoli Tecnici (Lotti 1, 2 e 3), Nuclei Operativi (Lotto 4) tra DSM DP e soggetto aggiudicatario
4.4. Ruolo e competenze del Partner aggiudicatario
4.5. Ruolo e competenze di Ente Locale e Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) o Equipe integrata con funzione di UVM (o ETI)
4.6. Gli Assi dell'intervento
4.7. Il percorso di Co-programmazione del Budget di Salute

art. 5 – Lotti
5.1. Lotto 1. Attività per progetti individualizzati riabilitativi (CSM, NPIA)
5.1.1. Area Abitare/Supporto alla Domiciliarità
5.1.1.2. Il Servizio di Supporto Accompagnamento Individuale e di Mediazione Sociale per l'abitare autonomo Budget Di Salute
5.1.2. Area Socialità/Affettività
5.1.2.1. Gli interventi educativi individuali e di gruppo
5.1.2.2. Il Servizio di Prescrizione Sociale in Salute Mentale
5.1.3 Area Formazione/Lavoro
5.1.3.1. Percorsi socio-riabilitativi
5.1.3.2. Percorsi di formazione al lavoro
5.1.3.3. Percorsi di accompagnamento al lavoro
5.1.3.4. Supporto Individuale all'Impiego per i giovani - Individual Placement and Support (IPS) Young
5.1.3.5. Agenzia di ricerca e reperimento di disponibilità aziendali

5.2. Lotto 2. Attività per progetti individualizzati riabilitativi per persone con problemi di dipendenza patologica (SerDP)
5.2.1. Area abitare/supporto alla domiciliarità
5.2.2. Area socialità/affettività
5.2.3. Area formazione/lavoro
5.2.3.1. Percorsi socio-riabilitativi

5.2.3.2. Percorsi di formazione al lavoro
5.2.3.3. Percorsi di accompagnamento al lavoro
5.2.3.4. Agenzia di ricerca e reperimento di disponibilità aziendali

5.3. Intensità riabilitativa dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) con Budget di Salute (Lotti 1 e 2)

5.4. Lotto 3. Progetti di convivenza sull'abitare di transizione (CSM)
5.4.1. Modalità e parametri di progettazione sull'abitare di transizione

5.5. Lotto 4. Attività di Comunità (DSM DP)
5.5.1. Impostazione dei progetti delle Attività di Comunità - Lotto 4

5.6. Canone Unitario Minimo di Attività dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) con Budget di Salute

art. 6 – Valore dell'appalto, fabbisogni e costi del servizio
art. 7 – Valutazione
art. 8 – Personale da impiegare nel servizio
art. 9 – Durata dell'accordo quadro
art. 10 – Durata dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati
art. 11 - Norme comuni ai contratti applicativi
art. 12 – Periodo di prova
art. 13 – Prezzi del servizio
art. 14 – Clausola di revisione prezzi
art. 15 – Modifiche del contratto
art. 16 - Verifica e controllo sull'esecuzione del servizio e rappresentante della Ditta
art. 17 - Responsabile Unico di Progetto (RUP), Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) e Assistente al DEC (ADEC)
art. 18 - Comportamento del personale della ditta
art. 19 – Obblighi previdenziali, fiscali e assicurativi della ditta
art. 20 – Obbligo di riservatezza dei dati
art. 21 – Obblighi in materia di sicurezza e salute sul lavoro
art. 22 – Clausola sociale
art. 23 – Scioperi
art. 24 – Danni a persone e cose
art. 25 – Subappalto
art. 26 – Penalità
art. 27 – Divieto di cessione del contratto e dei crediti
art. 28 – Risoluzione del contratto
art. 29 – Recesso dal contratto
art. 30 – Fatturazione, pagamenti, ordini e documenti di trasporto
art. 31 – Clausola whistleblowing
art. 32 – Spese accessorie
art. 33 – Clausole contrattuali di cui all'intesa per la legalità del 19/06/2018 della Prefettura di Bologna
art. 34 – Controversie e foro competente

ART. 1 – OGGETTO

La procedura in oggetto è finalizzata all'individuazione di un operatore economico con cui stipulare un Accordo Quadro, come definito dall'art. 59, comma 3, del D.lgs. 36 del 31/03/2023, *Codice dei contratti pubblici*, e s.m.i., per la successiva attivazione di interventi aventi ad oggetto attività di partenariato volta alla progettazione condivisa e partecipata, alla cogestione e alla realizzazione dei singoli progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, rivolti a persone adulte con disagio psichico e/o con dipendenza patologica e a minori con gravi disturbi psicopatologici, in carico al Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Bologna (di seguito DSM DP), attraverso la messa a disposizione di risorse umane e materiali nonché di personale di supervisione progettuale e di coordinamento, da eseguirsi con le modalità e alle condizioni di cui al presente capitolato, in corso di vigenza dell'Accordo Quadro.

La gestione degli interventi abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi e dei servizi di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo e di prescrizione sociale, si delineerà e si consoliderà attraverso la progettazione/valutazione di progetti terapeutico - riabilitativi individualizzati di diversa intensità, sugli assi principali del supporto alla domiciliarità, alla formazione-lavoro e all'impiego, all'aggregazione e alla socialità. Tale modalità gestionale promuove progetti ad elevata integrazione socio-sanitaria con budget di salute, utilizzando anche le reti di supporto e le collaborazioni rese disponibili sul territorio dal Partner aggiudicatario, dagli Enti locali e dagli altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità, al fine di favorire il contrasto alle disabilità, il miglior funzionamento personale e sociale dell'persona e la sua massima inclusione nel tessuto sociale di appartenenza.

Inoltre, si promuoveranno con la procedura in oggetto anche le attività di comunità e del recovery college volte a creare quelle condizioni e quelle situazioni che permettono alla persona di raggiungere obiettivi di inclusione sociale e di realizzazione di sé indipendentemente dagli aspetti sintomatologici.

La stazione appaltante è l'Azienda USL di Bologna, Servizio Acquisti di Area Vasta (SAAV).

L'Azienda USL attiverà gli interventi e gestirà autonomamente il servizio, provvederà al controllo e verifica delle fatture dopo riscontro di regolarità e intratterrà tutti i rapporti gestionali con la ditta appaltatrice.

L'Azienda USL si riserva la facoltà, in sede di esecuzione dell'accordo quadro, di non richiedere l'attivazione di alcun intervento, senza che la Ditta aggiudicataria possa vantare alcuna pretesa.

ART. 2 – FINALITÀ

Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con Budget di Salute è la cornice di senso e di significati che introduce cultura, pratiche e organizzazione secondo metodologie di lavoro innovative ed un modello unitario e condiviso. L'insieme di finalità e di obiettivi è ben più di una sommatoria di bisogni, di azioni, di risposte. È un insieme di elementi e di obiettivi che variano al variare dei bisogni dell'utenza e delle trasformazioni di contesto e che definiscono il campo di esistenza del sistema e l'appropriatezza delle attività e dei percorsi.

Il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Bologna, in cogestione con il Partner aggiudicatario di progetto ed in collaborazione con gli Enti locali (attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale, in seguito denominata UVM o Equipe integrata con funzione di UVM), le persone in carico al DSM DP e i familiari o i tutori legali, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità, promuove l'innovazione, lo sviluppo e la realizzazione dei percorsi di cura secondo i bisogni/problemi dell'utenza che possono articolarsi con interventi di supporto alla domiciliarità, all'abitare e all'aggregazione/socialità, con attività e percorsi di formazione e d'inserimento lavorativo e con le attività di comunità.

Inoltre, persegue e sostiene:

- la costruzione di attività e percorsi riabilitativi che consentono il recupero e l'acquisizione di abilità, di competenze e di autonomie comportamentali e relazionali volte al miglioramento delle capacità di funzionamento personale e sociale;
- l'accoglimento dei bisogni e la valorizzazione delle richieste emancipative delle persone in carico al DSM DP e la promozione di percorsi caratterizzati da un crescente senso di autonomia decisionale e libertà d'azione e da una maggiore partecipazione alle attività quotidiane quali il lavoro, lo studio e la vita di comunità (recovery);
- il raggiungimento da parte delle persone in carico al DSM DP, di obiettivi di inclusione sociale e di realizzazione di sé attraverso percorsi che ne rispettino la motivazione, la capacità di scelta, le preferenze e che ne valorizzino i punti di forza, le esperienze, la consapevolezza dei propri diritti e l'autonomia di cittadino nella propria comunità (recovery);
- il supporto individuale alla persona in carico al DSM DP per favorire la sua partecipazione consapevole alla progettazione condivisa e partecipata del proprio percorso di cura e riabilitazione e alla coproduzione di servizi ed attività per la salute mentale attraverso risorse ed opportunità (recovery college) disponibili nella comunità;
- il supporto individuale all'inclusione sociale della persona in carico al DSM DP come fattore positivo del benessere psichico attraverso occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo - in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali) - secondo buone prassi recovery oriented (supporto accompagnamento individuale e mediazione sociale all'abitare, social prescribing, individual placement and support (IPS), recovery college, supporto tra pari);
- la permanenza della persona al domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità o il percorso di uscita da inserimento residenziale.

A riferimento delle finalità soprascritte,

il **Piano Sociale e Sanitario 2017 – 2019 della Regione Emilia-Romagna** propone e promuove un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un welfare territoriale e comunitario,
"*Domiciliarità e prossimità, per una presa in carico precoce e preventiva delle fragilità attraverso modalità proattive e capacitanti, sono realizzabili attraverso:*
*sviluppo e potenziamento della collaborazione e del coordinamento tra i diversi servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, quindi lavoro collettivo, anche al fine di migliorare l'innovazione dei servizi esistenti e ottimizzare gli strumenti in uso (…) A questo obiettivo può concorrere inoltre il potenziamento e/o la riqualificazione degli strumenti in uso (**l'unità di valutazione multidimensionale, il lavoro in équipe**) e il consolidamento di nuovi strumenti di integrazione socio-sanitaria per progetti di cura e di autonomia possibile, come **il budget di salute**. Questo strumento integrato socio-sanitario nasce a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Attivabile dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi sociali, è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi evolutivi, in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale. Potenzialmente questo strumento può essere utilizzato anche nei confronti di altri target"*

e sulla base delle **Linee Programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona**, approvate dal Governo e dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, del **6 luglio 2022**,
"*Di seguito si riportano gli elementi qualificanti, che devono essere tutti coesistenti per poter definire il Budget di Salute, e gli elementi attuativi con indicazione di percorsi e strumenti*

amministrativi adeguati. Due ambiti che devono andare di pari passo. Per dare unitarietà al processo e piena attuazione ai percorsi con Budget di Salute occorre creare punti di convergenza fra la parte clinico-assistenziale e quella amministrativa.

ELEMENTI QUALIFICANTI

1) Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Protagonista del Budget di Salute è la persona considerata nella comunità di riferimento, vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione. Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.

2) Il Budget di Salute è a governo e coordinamento Pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un operatore sanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. Mira all'abilitazione nell'ottica della piena attuazione dei diritti e rispetto dei doveri di cittadinanza. La componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza; quella sanitaria per il diritto alla salute e all'abilitazione. Ciascun servizio fa riferimento alla propria normativa per erogare gli interventi. L'Equipe sociosanitaria, così composta da almeno un operatore sanitario e sociale, deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche.

3) L'approccio capacitante mira a costruire una relazione di fiducia per effettuare la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse e la definizione del Budget di Salute. La valutazione deve essere condotta nella relazione e nel dialogo con la persona, anche attraverso strumenti validati e standardizzati e deve esplorare tutte le seguenti aree:

- *Area clinica*
- *Area del funzionamento psicosociale*
- *Area bisogni e risorse, personali e di comunità*
- *Area della qualità della vita*

4) Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato al recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita. Ogni progetto Budget di Salute deve avere essere coordinato da un Case Manager identificato che può essere di ambito sanitario o sociale.

5) Il Budget di Salute per diventare operativo richiede il consenso, che viene espresso nella sottoscrizione anche da parte della persona di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti. L'accordo è parte integrante del budget di salute.

6) Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. Responsabile dell'azione di monitoraggio e verifica è il Case manager identificato già in fase progettuale. La verifica prenderà in considerazione anche indicatori di esito."

Secondo le finalità definite, gli interventi previsti sono ripartiti in quattro lotti:

- Lotto 1. Progettazione individualizzata Budget di Salute con interventi individuali e di gruppo abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi, con il Servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo e con il Servizio di prescrizione sociale (CSM, NPIA);
- Lotto 2. Progetti individualizzati abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi con Budget di Salute (SerDP);
- Lotto 3. Progetti di convivenza sull'abitare di transizione (CSM);
- Lotto 4. Attività di comunità (DSM DP).

ART. 3 – CARATTERISTICHE DELL'UTENZA

3.1 Persone con disagio e disturbi psichici in carico ai Centri di Salute Mentale

Le persone che usufruiscono dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati promossi dal DSM DP manifestano una gravità della sintomatologia clinica che non correla linearmente con il livello di funzionamento personale, sociale e lavorativo della persona; le competenze cognitive, scolastiche e lavorative ed i fattori affettivo-relazionali, motivazionali, culturali, ambientali e sociali giocano un ruolo altrettanto se non maggiormente importante dei sintomi.

Per tale motivo è necessario definire un profilo completo e complessivo dell'persona in relazione alle capacità e alle competenze possedute e al livello di disabilità e di difficoltà relazionali, comportamentali e sociali palesate.

Allo stesso tempo con il "Budget di Salute" è fondamentale promuovere ed avviare un processo di cambiamento profondamente legato alle aspirazioni individuali, diverso da persona a persona, attraverso cui l'individuo migliora il proprio benessere, vive in modo auto-diretto e si impegna a gestire al meglio le proprie potenzialità. È un modo di vivere più soddisfacente e pieno, in cui si recuperano le aspettative positive, a prescindere dalla malattia mentale e si rafforzano le risorse delle persone, aiutandole ad emanciparsi dal ruolo di malato e a recuperare un ruolo sociale attivo nella comunità. In questa prospettiva, il processo di recovery implica uno spostamento del focus dai deficit da compensare alle risorse e ai punti di forza da potenziare.

In particolare, per la fascia di persone con età 18/25 anni è fondamentale costruire dei Progetti Individualizzati con Budget di Salute caratterizzati da interventi tempestivi, mirati e con il coinvolgimento della famiglia. Inoltre, per tali persone devono essere sviluppate delle specifiche attività di gruppo, non assimilabili a quelle effettuate con persone in condizione di cronicità del disturbo psichico.

3.2 Minori con gravi disturbi psicopatologici in età 16-17 anni

I giovani in età adolescenziale con disturbi psicopatologici (che possono rientrare fra i Disturbi di Personalità, gli Esordi psicotici, le sindromi depressive, ecc.), presentano compromissioni sul piano del funzionamento relazionale, sociale e di apprendimento/lavorativo. Il trattamento (che può favorire uno sviluppo positivo anche in questi versanti) richiede progetti terapeutico-riabilitativi multiprofessionali individualizzati.

Spesso solo grazie ad una relazione di fiducia sviluppatasi con il/la ragazzo/a è possibile accompagnarlo/a attraverso esperienze e contesti che portino a un inserimento sociale e ad una autonomia personale con la gradualità necessaria. I percorsi in alcuni casi sono protratti nel tempo e richiedono una continuità oltre l'età dei 18 anni. Per le caratteristiche dei minori che, come gli altri coetanei adolescenti, hanno fra i compiti evolutivi anche l'emancipazione nei confronti dei genitori,

è auspicabile poter fornire progetti e punti di riferimento in continuità nei periodi di passaggio fra le età.

In particolare, anche per la fascia di persone con età 16/17 anni è fondamentale costruire dei Progetti Individualizzati con Budget di Salute caratterizzati da interventi tempestivi mirati e con il coinvolgimento della famiglia. Inoltre, per i minori devono essere sviluppate delle specifiche attività di gruppo, non assimilabili a quelle effettuate con persone adulte soprattutto se in condizione di cronicità del disturbo psichico.

Ai fini del budget di salute saranno individuati minori con disturbi psicopatologici, in età 16-17 anni ed eventuale disabilità in comorbidità, che la NPIA valuta di inserire nel percorso di continuità di cura con il CSM; in tali casi coinvolgerà il CSM (ed eventualmente il SerDP in caso di comorbidità per problemi di dipendenza) per il progetto individualizzato, aggiornandolo dello stato del processo già avviato.

3.3 Persone con problematiche di dipendenza patologica

Le persone con Disturbi da Uso di Sostanze legali e illegali e Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) rappresentano l'utenza target dei Servizi per le Dipendenze Patologiche. In base ai bisogni, espressi e inespressi, e le condizioni della persona vengono definiti percorsi di cura individualizzati e finalizzati al miglioramento della qualità di vita della persona, alla valorizzazione delle sue risorse personali e alla facilitazione dell'autonomia possibile.

Ponendo particolare attenzione ai nuovi stili di consumo, alla diversificazione delle sostanze di consumo e d'abuso diverse dall'eroina, al rischio di cronicità di tossicodipendenti "anziani", alla migliore individuazione di comorbilità e di soggetti multiproblematici, l'identificazione dei bisogni determina la strutturazione dell'offerta, così come la diversificazione e l'innovazione dell'offerta possono far emergere bisogni nascosti o latenti.

Appare inoltre sempre più evidente che, relativamente alla popolazione giovanile, per contattare il fenomeno bisogna andare laddove c'è il problema, utilizzando strumenti, luoghi ed orari diversi da quelli dell'ambulatorio, in considerazione anche del fatto che l'intervento non prevede la esclusiva centralità del farmaco, ma individua anche la relazione sia in ambito clinico che territoriale come risposta ai bisogni di aiuto.

3.4 Altri aspetti specifici dell'utenza

L'opportunità della progettazione individualizzata con Budget di Salute rappresenta la giusta innovazione per persone disponibili, o anche solo parzialmente disponibili, al cambiamento ma anche per persone che necessitano di interventi di base utili al miglioramento delle proprie condizioni di vita.

Il sistema integrato dell'offerta rappresenta la risposta più appropriata per affrontare in maniera adeguata i bisogni emergenti e la mutevolezza del fenomeno, deve essere caratterizzato da flessibilità, integrazione degli interventi, sensibilità ai cambiamenti.

In tema di persone con età uguale o superiore ai 65 anni si raccomandano le UU.OO. CSM/SerDP di contattare e prendere accordi con i Servizi Sociali Area non autosufficienza dei Comuni al fine di concordare la continuità del Progetto individualizzato con BdS attraverso le risorse rese disponibili da parte del servizio di nuova presa in carico. In particolare, i nuovi progetti con BdS per persone over 65 anni possono essere attivati solo attraverso le risorse rese disponibili da parte dei Servizi Sociali Area non autosufficienza dei Comuni.

Inoltre, viene data la massima priorità alle progettazioni con Budget di Salute per le persone nella fascia di età 16 – 25 anni, per le persone in carico al DSM DP in uscita da strutture residenziali e per le persone con progetti in compartecipazione di spesa con i Servizi Sociali territoriali dei Comuni.

Infine, considerate le esigenze specifiche, per il Lotto 4 si indica quanto segue:
1) estendere la fascia d'età dei minori beneficiari del servizio dagli 11 anni in poi;
2) prevedere che il beneficiario minorenne possa partecipare alle attività anche dopo il compimento del 18 anno di età, fino al termine dell'anno scolastico in corso;
3) ampliare le caratteristiche relative alla diagnosi dei minori destinatari del servizio, intendendovi ricompresa non soltanto la diagnosi di gravi disturbi psicopatologici, ma anche quella di disabilità motoria, intellettiva e sensoriale.

Le Unità Operative territoriali CSM, SerDP, NPIA ed i propri Partner aggiudicatari possono fornire risposte utili e mirate per tutti, se per prima cosa sono in condizione di differenziare le esigenze riabilitative delle persone in carico al DSM DP, per poi poterle abbinare in un secondo momento con lo spettro più ampio delle opportunità esistenti e disponibili.
Relativamente ai Lotti 1 e 2, la proposta di un intervento deve essere sostenuta, nella costruzione del progetto individualizzato, dall'individuazione dei bisogni prioritari e delle criticità più ricorrenti e/o più importanti, per cui è necessario realizzare una valutazione qualitativa che permette di condividere tra operatori/persona e partner aggiudicatario, l'analisi della condizione di partenza e la direzione che si vuole intraprendere in termini di obiettivi e di azioni conseguenti. Un percorso valutativo si può avvalere di un sistema di strumenti utili ad individuare sia i livelli di funzionamento personale e sociale sia i potenziali obiettivi da raggiungere (Scala della qualità di vita, Recovery Star, My Mind Star, Work Star, HoNOS associata a CURE) e che può essere così associato e connesso ai diversi **livelli d'intensità (alta, media e bassa intensità riabilitativa)** dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati.

Premesso che con il Budget di Salute non ci sono criteri escludenti e selettivi, prima della costruzione del progetto individualizzato è opportuno individuare gli elementi dei soggetti beneficiari, ritenuti significativi e che ne motivano la proposta progettuale. Tra le condizioni favorenti e motivanti l'individuazione delle persone in carico alle UO CSM, SerDP, NPIA da inserire nei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con Budget di Salute, abbiamo le seguenti condizioni:

- ✓ difficoltà e disabilità sul piano della cura di sé, delle autonomie, delle competenze e delle capacità relazionali, comportamentali e sociali;
- ✓ insufficiente o inadeguata rete familiare e problematicità nelle relazioni familiari;
- ✓ isolamento sociale derivante da una debole o inadeguata rete extrafamiliare;
- ✓ difficoltà di gestire con competenza un'abitazione propria o di terzi o presenza di condizioni abitative degradate;
- ✓ difficoltà di inserimento lavorativo, derivante dalla mancanza di abilità/competenze, di titoli formativi e qualifiche professionali, degli stimoli e dei supporti opportuni;
- ✓ ripetuti trattamenti sanitari obbligatori e ricoveri o periodi di permanenza prolungata in strutture residenziali o in comunità terapeutiche, con prospettiva di rientro al domicilio;
- ✓ situazioni complesse di dimissione dal carcere.

ART. 4 - MODALITÀ DI ESECUZIONE

4.1. IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (LOTTI 1 E 2)

La persona accede al Servizio, viene presa in carico, si progetta tutto il percorso terapeutico riabilitativo e si attivano in modo integrato gli interventi che tengono in considerazione del sapere professionale degli operatori e dei Servizi e del sapere esperienziale delle persone in carico al DSM DP. L'impegno del Servizio CSM, SerDP, NPIA e degli operatori di riferimento è di garantire per ogni persona una presa in carico multidisciplinare e un **progetto individualizzato** scritto, verificabile periodicamente e partecipato. Un progetto in tal modo ipotizzato e impostato permette di procedere con attenzione e in modo sistematico, definendo bisogni, problemi, obiettivi e azioni e

monitorandoli costantemente. Un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) è necessario che sia individuale, centrato più sulla persona, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, che non sull'offerta dei servizi, che sia personale, tarato sulle reali abilità e competenze della persona e che sia condiviso, cioè concordato e in co-progettazione con la persona in primis e con i Partner aggiudicatari di lavoro, gli Enti locali (UVM o Equipe integrata con funzione di UVM), i familiari o i tutori legali, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità.

Altra premessa importante è che gli interventi riabilitativi siano integrati e non separati dal trattamento di cura, che non siano considerati mere attività sociali e che costituiscano una prassi terapeutica che pone la persona e il suo benessere al centro del lavoro dell'equipe curante. I Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con Budget di Salute come anche i progetti delle attività di comunità devono:

- esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse;
- sostenere la capacitazione e il protagonismo della persona, al fine di consentire alla stessa di diventare imprenditrice del proprio progetto di vita;
- favorire una vita indipendente dalla supervisione dei familiari o altri caregiver, dove l'individuo mira a essere in grado di provvedere alle proprie necessità quotidiane, di gestire autonomamente il denaro, la terapia farmacologica, gli appuntamenti, gli acquisti, la preparazione dei pasti e gli oggetti personali;
- sostenere la scelta, il controllo e la responsabilizzazione della persona sul suo percorso di recupero;
- favorire una prolungata remissione dei sintomi;
- sostenere la motivazione al cambiamento;
- sostenere i rapporti familiari, le amicizie e la rete sociale;
- favorire i riflessi positivi sulla famiglia e sul contesto comunitario di supporto
- favorire e supportare lo svolgimento di attività di studio o di lavoro che siano costruttive, produttive e appropriate all'età, alle aspirazioni e alle preferenze dell'individuo;
- favorire la partecipazione ad attività ricreative e lavorative nei luoghi di vita della comunità;
- vedere l'impegno, la collaborazione e la cooperazione di tutte le parti interessate.

Talvolta gli interventi educativi e riabilitativi per le persone con lunga presa in carico sono percorsi integrati finalizzati a soddisfare dei bisogni che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, volti a incrementare l'autonomia delle persone seppur parzialmente e gradualmente. L'obiettivo in tutti i casi è di favorire l'inclusione sociale al massimo delle possibilità della persona in carico al DSM DP e del contesto della comunità: alla base delle diverse attività, azioni e obiettivi che compongono gli interventi sociosanitari del Budget di Salute vi sono l'apprendimento, l'acquisizione di abilità/competenze e lo sviluppo delle stesse, avendo cura di rispettare ciò che la persona si sente e preferisce fare. Risulterà utile favorire occasioni concrete di apprendimento esperienziale in ambienti non protetti e di comunità e di applicazione e sviluppo delle conoscenze e delle competenze acquisite, spostando il focus dai deficit alle risorse e ai punti di forza da potenziare.

Gli interventi educativi ed i servizi, declinati nel progetto individualizzato, interessano le aree corrispondenti ai principali determinanti di salute, ovvero tutti quei fattori la cui presenza/assenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una persona. Le aree interessate sono: formazione e lavoro, casa e habitat sociale, affettività e socialità; in relazione ai bisogni dei singoli si verranno a configurare modalità di risposta maggiormente orientate a una o più aree e, in base

alla complessità delle problematiche sociosanitarie (in funzione della necessità di supporto e quindi della qualità/quantità dei servizi da erogare), si prevedono tre livelli di intensità progettuale (alta, media e bassa) e di investimento attraverso il Budget di Salute. Tuttavia, le aree non sono di fatto separabili ma strettamente interdipendenti e dovranno essere sempre tenute in considerazione, in forma integrata, nel progetto individualizzato.

Il progetto individualizzato ha come obiettivo generale il progressivo miglioramento delle condizioni di salute e della qualità di vita delle persone in carico ai CSM, SerDP, NPIA del DSM DP, attraverso la progettazione e la gestione di interventi educativi nelle aree sopra citate. Il progetto individualizzato dovrà indicare la natura del bisogno, gli obiettivi, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le responsabilità professionali e di servizio, i tempi e le modalità di verifica e in particolar modo le risorse necessarie (risorse personali, pubbliche, private e comunitarie integrate tra loro in un unico progetto di Budget di Salute).

La segnalazione può arrivare non solo dai Servizi CSM/SerDP/UU.OO. NPIA ma può essere proposta dalla persona stessa, dai familiari, dal territorio, dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, ecc.

La valutazione di fattibilità progettuale di tutte le segnalazioni delle situazioni da inserire nell'attivazione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati sarà effettuata dagli operatori delle UO CSM, SerDP, NPIA, con individuazione dei singoli casi aventi titolo alla fruizione di un progetto individualizzato. È auspicabile che la valutazione di fattibilità e la progettazione condivisa e partecipata sia condivisa dai Servizi Sociali dei Comuni che afferiscono al territorio dell'AUSL di Bologna, attraverso passaggio in UVM o in Equipe integrata con funzione di UVM.

L'equipe di presa in carico delle UO CSM, NPIA, fatte le proprie valutazioni sul bisogno di una persona, previo confronto ed accordo verbale con esso, propone un Progetto Individualizzato con Budget di Salute e individua l'operatore di riferimento.
L'operatore e l'equipe di riferimento CSM/NPIA, dopo aver raccolto tutte le informazioni sui soggetti di riferimento per l'persona, sui bisogni/problemi, sulla situazione familiare e sulle aree di funzionamento sociale (casa, lavoro, socialità, reddito) e personale (aree di criticità, abilità e competenze psico-sociali), coinvolgono gli operatori individuati dal soggetto aggiudicatario per l'erogazione del servizio.

L'équipe di presa in carico delle UO SerDP, fatte le valutazioni sul bisogno della persona, propone la progettualità al Tavolo Tecnico congiunto con gli Enti aggiudicatari che definiscono successivamente l'Ente che entrerà in progettazione condivisa e partecipata. Quest'ultimo si metterà poi in contatto con l'operatore di riferimento del SerDP di presa in carico per avviare le fasi della progettazione.

Per la Progettazione / Valutazione, si costituiscono caso per caso delle equipe di progetto tra le UO CSM, SerDP, NPIA e i Partner aggiudicatari, gli Enti Locali (coinvolgimento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale o dell'Equipe integrata con funzione di UVM), la persona e i familiari o i tutori legali, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità.

Le equipe di progetto BdS effettueranno in varie fasi:

a. la valutazione dei bisogni/problemi e degli elementi caratteristici della persona collegati alle aree del vivere (abitare, socialità, lavoro, reddito) e alla gestione della vita quotidiana;
b. l'elaborazione e la scrittura per ciascuna persona di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) con Budget di Salute - previo coinvolgimento dell'interessato - con definizione di obiettivi e aree di intervento, azioni e declinazione dell'intervento con

prestazioni / presenze, tipologia di supporto, attori, risorse necessarie, compartecipazioni, durata e tempi di verifica;

c. la sottoscrizione del progetto condiviso da parte di tutti i componenti l'equipe di progettazione condivisa e partecipata, compresa la persona;

d. la validazione e la firma del progetto da parte del Responsabile di Budget dell'U.O. CSM/SerDP/NPIA della proposta progettuale e del suo impegno di spesa. In caso di progettazione condivisa e partecipata e compartecipazione con i Servizi Sociali territoriali vi sarà anche la validazione e la firma da parte del relativo Responsabile;

e. l'avvio delle attività riabilitative e lavorative prefissate da parte degli operatori del soggetto aggiudicatario e di altri attori della comunità coinvolti;

f. Il monitoraggio e la verifica periodica con eventuale conferma o ridefinizione degli obiettivi, degli interventi e delle attività del progetto.

Le verifiche devono essere svolte dall'Equipe di progetto soprattutto in fase di scadenza del progetto, al fine del suo rinnovo o conclusione, oppure ogni qualvolta si rendesse necessaria una sua rimodulazione alla luce di cambiamenti significativi dei bisogni e delle condizioni della persona.

Come indicato al punto 5.3 vi saranno dei passaggi autorizzativi che l'equipe di progetto, attraverso l'operatore di riferimento, chiederà al Direttore di UOC, al Direttore DSM DP (RUP) e al DEC.

Il Progetto Individualizzato ha le seguenti caratteristiche principali:

- ha una durata definita (massimo un anno) e prevede un livello di intensità;
- si rimodula nel tempo in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi;
- presuppone la partecipazione del destinatario o del suo legale rappresentante ed eventualmente dei familiari;
- promuove la personalizzazione degli obiettivi, degli interventi e delle attività, a seguito di un'attenta lettura ed analisi dei bisogni / problemi (scheda di progetto individualizzato con BdS, con informatizzazione e creazione di data base a fini statistici, gestionali e rendicontativi);
- prevede un utilizzo sia delle risorse finanziarie definite e predisposte dal presente capitolato sia eventualmente della persona, della famiglia, dell'Ente locale, di Enti del Terzo Settore e di altri attori pubblici e privati della comunità;
- promuove modelli di progettazione condivisa e partecipata e cogestione tra DSM DP, Partner aggiudicatario, Enti locali (UVM o ETI), persone e familiari o tutori legali, volontariato e altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità, eventualmente coinvolti.

Il Progetto Individualizzato, condiviso con l'assistito e/o con chi ne fa le veci, contiene i seguenti elementi:

a. dati anagrafici, Servizio di presa in carico, persone, operatori e Servizi di riferimento

b. individuazione dell'operatore di riferimento (case manager);

c. sintesi dei problemi e dei bisogni rilevati dalla persona, dai referenti affettivi primari, dagli operatori DSM DP, dagli operatori dei Servizi Sociali Territoriali;

d. descrizione della situazione familiare;

e. descrizione delle aree del vivere (abitare, socialità, lavoro, reddito) e delle condizioni generali di salute fisica;

f. aree di criticità, abilità e competenze psico sociali;

g. gli obiettivi riabilitativi e sociali;

h. le azioni e gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni sociali - riabilitativi - formativi - lavorativi;

i. la tipologia di supporto alla persona (individuale o di gruppo);
j. le risorse tecniche, professionali ed economiche messe rispettivamente a disposizione dal presente capitolato;
k. le risorse attivate e messe a disposizione dalla persona e/o dalla famiglia;
l. le risorse attivate e messe a disposizione dall'Ente Locale;
m. le risorse attivate e messe a disposizione dagli Enti del Terzo settore, da Fondazioni e da altri soggetti pubblici e privati, dal sistema di welfare pubblico e privato e dalla comunità;
n. l'impegno e la responsabilità a realizzare il progetto, sottoscritti da parte di tutti i componenti l'equipe di progetto compresa la persona e/o di chi ne fa le veci;
o. le fasi temporali di durata e le scadenze delle verifiche;
p. la validazione conclusiva e l'autorizzazione alla spesa del Responsabile di CdR e dei servizi sociali territoriali per la propria parte se coinvolti economicamente.

4.2. PROGETTAZIONE CONDIVISA E PARTECIPATA

L'art. 6 del D.lgs. n. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici), "*Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli enti del Terzo settore*", recita quanto segue: "*1. In attuazione dei principi di solidarietà sociale e di sussidiarietà orizzontale, la pubblica amministrazione può apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, modelli organizzativi di amministrazione condivisa, privi di rapporti sinallagmatici, fondati sulla condivisione della funzione amministrativa gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, sempre che gli stessi contribuiscano al perseguimento delle finalità sociali in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente e in base al principio del risultato. Non rientrano nel campo di applicazione del presente codice gli istituti disciplinati dal Titolo VII del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017.*"
Pertanto, si afferma che non rientra nella logica competitiva di questo Capitolato di gara basato sul rapporto giuridico sinallagmatico tra AUSL di Bologna e soggetto aggiudicatario, quanto stabilito dall'art. 55 "*Coinvolgimento degli enti del Terzo settore"* del D.lgs. n. 117/2017 (coprogrammazione – coprogettazione - accreditamento)
La modalità proposta in questa sede, è quella di una metodologia che mira a creare le condizioni per uno sviluppo condiviso e complementare del sistema di servizi, che rafforza le finalità del servizio sanitario, quale garante della salute pubblica e del benessere della popolazione in generale e individua, riconosce e valorizza nuovi soggetti attuatori e promotori di risposte attive (Partner aggiudicatario, Enti Locali, associazioni, volontari, soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità) a favore delle persone in situazioni di disagio.
In particolare, promuovendo e stimolando la comune progettazione per la stipula dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con budget di salute, per l'attivazione dei servizi di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare, per la prescrizione sociale e per la costruzione e la realizzazione dei progetti delle attività di comunità, il DSM DP condivide con altri soggetti e coordina la realizzazione degli stessi, il supporto e la gestione di percorsi di abilitazione, riabilitazione e di emancipazione sociale nei confronti di persone che necessitano di programmi riabilitativi e di supporto individualizzati e/o di gruppo in un rapporto di continuità temporale e spaziale, allo scopo di favorire la costruzione e/o ricostruzione di reti familiari e sociali, l'integrazione e il reinserimento sociale, abitativi e produttivo nonché volte a contrastare processi di cronicizzazione, desocializzazione ed esclusione sociale.
Da questo punto di vista, il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che viene messo a punto nel contratto di cura intende funzionare anche come un progetto di innovazione e cambiamento culturale dei servizi della rete. Il dispositivo "contrattuale" vuole vincolare alla reciproca responsabilità tutti i contraenti: la piena integrazione dei servizi sociali e sanitari (pubblici e privati) è assunta come condizione per l'integrazione dei soggetti deboli nei contesti sociali. Un ulteriore passo avanti in questa direzione è costituito dai progetti delle attività di comunità e dall'acquisizione dei nuovi servizi su abitare e socialità.

Il DSM DP cerca di promuovere forme di intervento capaci di non separare le variabili socio-economiche e ambientali dall'offerta di servizi; di non porre confini rigidi fra sociale e sanitario, di rendere più flessibile e immediata l'offerta e i modelli di erogazione; di evitare l'autoreferenzialità sia sul versante pubblico sia su quello del privato sociale. A tale scopo la metodologia del budget di salute e le attività comunitarie secondo l'approccio di cura orientato alla guarigione (recovery) incentivano la trasformazione che coinvolge diversi servizi e reti di intervento in grado di ridare alle persone che versano in condizione di vulnerabilità e disagio, le opportunità necessarie per aumentare le proprie aspettative e qualità di salute e di vita.

Tutti i soggetti potenzialmente e/o fattivamente coinvolti nella *progettazione condivisa e partecipata* che sosterranno le persone nell'accesso ai diritti, alla casa-habitat sociale, al lavoro/formazione, alla socialità/affettività e alle opportunità per una reale integrazione nella comunità, sono:

a. il DSM DP (CSM, SerDP, NPIA) per il quale l'inserimento delle persone nei progetti individualizzati, non ne fa decadere il ruolo di Servizio Pubblico ma integra tali progetti con la presa in carico delle persone e con tutte le attività necessarie a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA);
b. il Partner aggiudicatario che sottoscrive un impegno/contratto d'investimento di risorse economiche, tecnico-professionali, logistiche e di comunità;
c. gli Enti Locali che attraverso le proprie strutture organizzative (e l'UVM/ETI) possono mettere a disposizione delle risorse economiche di compartecipazione, d'integrazione e di inclusione sociale (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.).
d. le persone e le famiglie e/o i tutori legali che collaborino attivamente a un concreto impegno a incrementare e autopromuovere le proprie capacità d'inclusione, riabilitazione ed emancipazione ed eventualmente compartecipino al proprio budget di salute;
e. le associazioni, i volontari, gli ESP, i soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità che rappresentano una fonte ulteriore di opportunità in termini di aiuto e di supporto all'persona per poter costruire e sviluppare al meglio il proprio progetto individualizzato e permettergli di conseguire dei reali obiettivi di inclusione e di integrazione nella comunità.

Il partner o i partner aggiudicatari se diversi su Lotti diversi, dovranno nominare un responsabile generale dei progetti per ogni Lotto o per più Lotti, in base alle assegnazioni di gara, dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e servizi correlati, dei progetti di convivenza sull'abitare di transizione e dei progetti delle attività di comunità e recovery college. Tali responsabili sono una figura di interfaccia con la Direzione del DSM DP, con il RUP, con il DEC, ai quali dovranno essere comunicati i loro nominativi.

Tali responsabili sono garanti:

- dell'adeguata presa in carico delle persone, dell'effettivo svolgimento delle attività previste dai progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con BdS, con i servizi di supporto accompagnamento e mediazione sociale dell'abitare e di prescrizione sociale e dell'appropriato supporto alle persone presenti nei progetti delle attività di comunità;
- della trasmissione agli operatori, con particolare scrupolo verso quelli di nuova assunzione, delle informazioni e delle prescrizioni relative al presente Capitolato di gara, al progetto individualizzato con budget di salute, ai servizi di supporto accompagnamento e mediazione sociale dell'abitare e di prescrizione sociale e ai progetti dell'attività di comunità e recovery college, ai contesi sociali in cui si inseriscono e agli obiettivi da raggiungere;
- della corretta erogazione delle prestazioni come previsto dal presente Capitolato nello svolgimento di interventi ed attività del BdS e dei servizi di supporto accompagnamento e mediazione sociale dell'abitare e di prescrizione sociale;
- del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi prefissati in ogni singolo progetto individualizzato e/o di ogni attività comunitaria e della verifica delle tappe intermedie;
- dell'adeguata organizzazione funzionale degli operatori;

- dell'adeguata registrazione telematica, secondo modalità concordate con il DSM DP, delle prestazioni e degli interventi effettuati e delle presenze delle persone in attività;
- di fornire al DEC gli aggiornamenti dei CV degli operatori in campo;
- di fornire al DEC tutte le informazioni, anche con relazioni scritte, circa le attività individuali e di gruppo svolte e le strutture utilizzate per effettuarle;
- di fornire al DEC le informazioni e i chiarimenti circa le prestazioni erogate dagli operatori e le presenze effettive in attività da parte delle persone;
- di fornire al DEC tutte le informazioni sull'ottemperanza degli obblighi di legge in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro per gli operatori del soggetto aggiudicatario e sulla valutazione dei relativi rischi;
- della salubrità e dell'adeguatezza degli spazi e dei luoghi in cui si svolgono gli interventi e le attività in favore delle persone e della facile raggiungibilità da parte di questi ultimi.

I responsabili partecipano attivamente alle riunioni tecniche, di supervisione e agli incontri di formazione proposti dal DSM DP.
I responsabili sono i referenti a cui gli operatori fanno riferimento per primi in relazione a problematiche relative allo svolgersi del proprio lavoro e a cui il Direttore DSM DP (RUP) e il DEC fanno riferimento per mettere a punto le strategie e le linee di intervento delle progettazioni e servizi con BdS, di supporto accompagnamento e mediazione sociale dell'abitare, di prescrizione sociale e dei PACo. Per questioni di particolare urgenza o gravità, pertanto, il responsabile generale dei contratti o un suo esplicito delegato devono essere reperibili nell'arco delle 24 ore.

La violazione o l'inadempienza degli impegni sopraccitati sono passibili di penalità o di quanto stabilito nelle clausole del presente Capitolato.

Per quanto riguarda le procedure operative e la metodologia di intervento della progettazione individualizzata con Budget di Salute si seguono le indicazioni date in materia dalle diverse istituzioni locali, regionali e nazionali. In particolare, al momento si fa riferimento a:

- Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute, Giunta Regionale Emilia-Romagna, Deliberazione N. 1554, 20 ottobre 2015
- Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna / ANCI Emilia-Romagna, 2018
- Linee di Indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna, maggio 2019
- Linee Programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona, Governo / Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, del 6 luglio 2022
- Proposta delle Linee di indirizzo per la realizzazione del sistema di comunità e del coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie in materia di salute mentale e dipendenze patologiche per la popolazione adulta nel territorio dell'AUSL di Bologna, Ufficio di Supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, Città Metropolitana di Bologna, AUSL di Bologna, 2025 – 2026

4.3. RUOLO E COMPETENZE DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche ha una Direzione unica e realizza le sue attività attraverso Unità Operative territoriali, ospedaliere e in diversi livelli di coordinamento gestionali e funzionali. Inoltre, coordina e verifica la qualità degli interventi e delle strutture autorizzate e accreditate presenti nel territorio.

4.3.1. Centro di Salute Mentale (CSM)

Il Centro di Salute Mentale è la sede organizzativa degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, tramite l'integrazione funzionale con i Distretti. Compito dei CSM è di garantire la governance dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati, di definire le aree interessate, l'intensità del progetto, la tipologia d'intervento, di verficarne gli esiti e di promuovere quanto necessario per la miglior realizzazione degli stessi, insieme ai Partner aggiudicatari di progetto agli Enti Locali, agli Enti del Terzo settore, alle persone e ai familiari.

4.3.2. Servizio Dipendenze Patologiche (SerDP)

La prevenzione, il trattamento e la riabilitazione della persona che presenta disturbi da uso di sostanze, legali e illegali, e/o gioco d'azzardo, sono assicurate dai Servizi Dipendenze Patologiche (SerDP) del DSM DP dell'Azienda USL. Essi svolgono attività di promozione della salute e prevenzione dei disturbi da uso di sostanze, effettuano diagnosi, attività di cura e trattamenti integrati medico - farmacologici, psicologici, sociali e riabilitativi, assistenziali, interventi di reinserimento sociale, riduzione del danno attraverso équipe multidisciplinari che coordinano e gestiscono progetti individualizzati nell'ambito di una rete di strutture ambulatoriali e di una struttura Mobile (attività di bassa soglia d'accesso e riduzione del danno), coprendo tutto il territorio aziendale. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive e delle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona con disturbi da uso di sostanze e dei suoi familiari.

4.3.3. UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Le Unità Operative (UU.OO.) della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) assicurano le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi e deficit neurologici, neuromotori, neuropsicologici, del neurosviluppo e psicopatologici nella fascia di età 0 - 17 anni.
Il modello organizzativo delle UU.OO. NPIA assicura qualità, equità ed omogeneità ai servizi offerti alla popolazione di riferimento, con uno stretto legame con gli ambiti territoriali e con gli altri Servizi sanitari.

4.3.4. Impegni comuni delle UU.OO. CSM, SerDP, NPIA

In particolare, le UU.OO. territoriali CSM, SerDP, NPIA garantiscono i necessari impegni per:

- condividere e coordinare l'individuazione dei beneficiari, la formulazione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati e dei progetti delle attività di comunità, l'erogazione dei servizi di supporto accompagnamento e mediazione sociale dell'abitare e di prescrizione sociale;
- elaborare un profilo socio-funzionale e storico dell'persona, utile alla costruzione del progetto individualizzato con budget di salute, e degli obiettivi riabilitativi oppure individuare target di utenza coinvolgibile nelle attività di comunità;
- garantire il supporto ai Partner aggiudicatari ed ai collaboratori di progetto per una miglior articolazione e formulazione dello stesso;
- fornire le prestazioni specialistiche idonee e necessarie: prescrizioni farmacologiche, sostegni psicoterapici, prestazioni socioassistenziali ed educative, interventi sulla crisi, consulenze e collaborazioni con altri Servizi, ricovero e percorsi ospedalieri, percorsi residenziali;
- partecipare alle attività di verifica e di monitoraggio dei percorsi riabilitativi individualizzati e comunitari dell'utenza, dei servizi di supporto accompagnamento e mediazione sociale dell'abitare e di prescrizione sociale;
- valutare in itinere l'andamento dei progetti individualizzati e comunitari individuando, assieme al Partner aggiudicatario le aree di eventuale problematicità ed assicurando la rimodulazione e la ridefinizione dei progetti e dei loro obiettivi.

4.3.5. Il Servizio Amministrativo del DAATO (Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere)

Il Servizio amministrativo del DAATO (Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere) coadiuva e supporta gli operatori delle UU.OO. CSM/SerDP/NPIA, nello sviluppo del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute, curando la parte economico-amministrativa (Contratto) e la rendicontazione delle prestazioni erogate dal Partner aggiudicatario.

4.3.6. RUP / DEC Lotti 1, 2, 3 e 4 – Tavoli Tecnici (Lotti 1, 2 e 3), Nuclei Operativi (Lotto 4) tra DSM DP e soggetto aggiudicatario

Per tutti i Lotti 1, 2, 3 e 4 vengono nominati un Responsabile Unico di Progetto (RUP) e un Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC). Su indicazione e nomina del DEC possono essere nominati degli Assistenti al DEC (ADEC).
Per il ruolo, le funzioni e i compiti di RUP, DEC e ADEC in rapporto al soggetto aggiudicatario, si rimanda alla normativa vigente di riferimento e alla Deliberazione del Direttore Generale AUSL di Bologna, n.437 del 15/12/2025, *Approvazione nuovo regolamento (in sostituzione di quello precedentemente approvato nell'anno 2024) Aziende Sanitarie Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) disciplinante le modalità di nomina ed individuazione delle competenze del Responsabile Unico di Progetto (RUP), dei Responsabili di Fasi (RP), del Direttore dell'esecuzione dei contratti (DEC) e degli assistenti al DEC (ADEC) in materia di contratti pubblici relativi a servizi e forniture in attuazione del D.Lgs.n.36 del 31/03/2023 e s.m.i..*

Inoltre, fermo restando le specifiche competenze e responsabilità di RUP, DEC e ADEC, si stabilisce che:

- per il Lotto 1 (CSM/NPIA):
  - ✓ si istituisce un Tavolo Tecnico per la progettazione individualizzata con Budget di Salute e per il Servizio di Prescrizione Sociale, i cui componenti sono il RUP e il DEC dell'Azienda USL di Bologna, i direttori e/o i responsabili del soggetto aggiudicatario e i rappresentanti dei dirigenti e dei professionisti sanitari delle UU.OO CSM/NPIA. Il numero dei partecipanti e la composizione del gruppo verranno definiti dal RUP dopo l'aggiudicazione della gara d'appalto. Il RUP assume funzione di coordinamento del Tavolo Tecnico BdS, con eventuale delega al DEC;
  - ✓ si istituisce un Tavolo tecnico di lavoro per il Servizio di accompagnamento supporto individuale e mediazione sociale dell'abitare, i cui componenti sono il RUP e il DEC dell'Azienda USL di Bologna, i direttori e/o i responsabili del soggetto aggiudicatario e i rappresentanti dei dirigenti e dei professionisti sanitari delle UU.OO CSM/NPIA. Il numero dei partecipanti e la composizione del gruppo verranno definiti dal RUP dopo l'aggiudicazione della gara d'appalto. Il RUP assume funzione di coordinamento del Tavolo Tecnico BdS, con eventuale delega al DEC;

  I Tavoli Tecnici sono un'interfaccia tra DSM DP AUSL e soggetto aggiudicatario con funzione consulenziale nel trattare tutti i temi descritti e previsti dal presente Capitolato e le criticità, i bisogni e gli aspetti derivanti dalla sua applicazione sul piano operativo, metodologico, procedurale, progettuale, valutativo e organizzativo.

- Per il Lotto 2 (SerDP), si istituisce un Tavolo Tecnico Budget di Salute i cui componenti sono il DEC dell'Azienda USL di Bologna, i responsabili degli Enti aggiudicatari, i rappresentanti dei professionisti sanitari delle UU.OO. SerDP. Il DEC assume funzioni di coordinamento del Tavolo Tecnico BdS. Gli Enti aggiudicatari definiscono, in riunione successiva al Tavolo Tecnico, il soggetto che entrerà in progettazione condivisa e

partecipata e che contatterà l'operatore di riferimento del SerDP di presa in carico per l'avviamento delle fasi del progetto individualizzato con Budget di Salute.

- Per il Lotto 3 (Progetti di convivenza sull'abitare di transizione), si istituisce un Tavolo tecnico, i cui componenti sono il DEC e alcuni rappresentanti del Team Residenzialità e Abitare dell'AUSL di Bologna che valuteranno l'appropriatezza degli invii dei CSM secondo i criteri di accesso definiti e si interfacceranno con i direttori e/o i responsabili del soggetto aggiudicatario.

- Per il Lotto 4 (PACo), è prevista la costituzione di Nuclei Operativi formati dal DEC e da eventuali altri operatori dell'AUSL, con funzione di garanzia, monitoraggio, autorizzazione e controllo in base a quanto previsto nel presente Capitolato, e da operatori del soggetto aggiudicatario con funzione di coprogettazione e di coproduzione di attività con persone, familiari e cittadini.

I Tavoli Tecnici / Nuclei Operativi potranno essere sede di accordi e di decisioni condivise nel rispetto di quanto stabilito nel presente Capitolato, tra l'AUSL di Bologna e il soggetto aggiudicatario.

4.4. RUOLO E COMPETENZE DEL PARTNER AGGIUDICATARIO

Il Partner aggiudicatario s'impegna con personale adeguato (come da art. 10 del presente capitolato) all'espletamento delle prestazioni relative agli interventi e alle attività individuali e di gruppo, previste nei Progetti Individualizzati con BdS. Tutte le attività e gli interventi previsti e proposti con i Progetti Individualizzati con BdS, provenienti dalle Equipe integrate ed eventualmente dalle UVM o Equipe integrate con funzione di UVM, devono essere accolti ed espletati. Da parte del Partner aggiudicatario non possono essere addotti motivi di rifiuto o di ritardato avvio superiore a 30 giorni dal varo e dalla firma del Progetto Individualizzato con BdS a causa di problemi organizzativi, gestionali, logistici o di altra natura a cui deve far fronte autonomamente e la cui capacità di soluzione è la condizione necessaria e sufficiente per poter assolvere agli impegni del presente capitolato.

In particolare, i Progetti individualizzati con BdS non possono avere un'eccessiva frammentazione degli interventi con una molteplicità di operatori che si turnano sulla stessa persona. Si specifica che tale condizione è inderogabile.

Le attività e gli interventi che costituiscono il servizio per la realizzazione dei Progetti Individualizzati con BdS devono essere espletati per tutte le persone dei CSM, SerDP e UU.OO. NPIA, in base ai Lotti 1 e 2 e indipendentemente dal territorio di afferenza.

Il Partner aggiudicatario dovrà anche garantire lo svolgimento di attività individuali e di gruppo in favore di persone residenti nei territori più lontani della montagna e della pianura del territorio dell'Azienda USL di Bologna e delle periferie della città di Bologna, superando le eventuali difficoltà di trasporto e di collegamento e trovando tutte le soluzioni logistiche ed organizzative, senza chiedere alcun onere aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (equità terapeutica come pari opportunità per l'accesso alle prestazioni su tutto il territorio Aziendale).

Il Partner aggiudicatario dovrà dotarsi di adeguati mezzi, sedi e strumenti logistici e tecnici (mezzi di trasporto, edifici per attività, materiali ed attrezzature) per lo svolgimento degli interventi e delle attività individuali e di gruppo dei Progetti Individualizzati con Budget di Salute; tali mezzi e strumenti devono corrispondere in modo adeguato alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza. Rispetto a questo ultimo punto il RUP e il DEC dell'AUSL di Bologna, Lotto 1 e Lotto 2, hanno facoltà di esprimere pareri e veti, qualora non venissero rispettati i criteri di adeguatezza e appropriatezza ai bisogni dell'utenza.

Il Partner aggiudicatario dovrà seguire ed ottemperare alle indicazioni e alle procedure previste dalla normativa, dagli indirizzi, dalle linee guida, dagli accordi, dai protocolli d'intesa, ecc. regionali

e siglati in sede locale distrettuale e di area metropolitana, come dai punti 4.2 e 4.5 del presente capitolato.

4.5. RUOLO E COMPETENZE DI ENTE LOCALE E UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM) O EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM (o ETI)

Come indicato nella Delibera della Giunta dell'Emilia-Romagna n. 1554/2015 (Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute), per quanto di loro competenza, in relazione alla normativa vigente, i Comuni e le Unioni dei Comuni sono coinvolti nell'applicazione del modello del Budget di salute partecipando, tramite i Servizi Sociali, al percorso valutativo e progettuale descritto nel presente Capitolato. Negli ambiti delle specifiche competenze ed autonomie, i Comuni e le Unioni dei Comuni possono proporre strumenti e risorse che facilitino l'integrazione e l'inclusione sociale di persone adulte affette da disturbi mentali e dipendenze patologiche e di minori con gravi disturbi psicopatologici in età 16-17 anni.

Inoltre, i diversi Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati, definiti dal DSM DP insieme all'Ente Locale, vedranno l'utilizzo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) o dell'Equipe con funzione integrata o Equipe Territoriale integrata (di seguito ETI). In questi casi, l'UVM o l'ETI definisce il progetto individualizzato e le risorse che compongono il Budget di Salute in un'ottica di appropriatezza, di congruità e di integrazione sociosanitaria.

L'UVM o ETI ha il compito di valutare la proposta di progetto individualizzato con Budget di Salute, di verificarne l'appropriatezza e la fattibilità progettuale in termini di coinvolgimento e condivisione di tutti i partners interessati e di costruire sinergie.

L'UVM o ETI pensata per la realizzazione del Budget di Salute deve rispondere a due livelli di esigenze: da un lato, deve costituire il punto dinamico della valutazione multiprofessionale e multidimensionale; dall'altro deve poter favorire una migliore integrazione istituzionale per superare i processi di frammentazione nella valutazione e nella risposta ai cittadini. Solo così può essere garante di una reale integrazione sociosanitaria in una relazione che veda realmente al centro la persona.

Pur mantenendo la distinzione tra i due ambiti, progettazione e valutazione, si propone di facilitare il più possibile l'attività attraverso un modello UVM intesa come processo che potrà essere svolto dall'Equipe integrata con funzioni di UVM in un'unica sessione o dall'Equipe Integrata e dall'UVM in due sessioni. In tal modo i due ambiti con le loro funzioni non sono espressione di livelli gerarchici ma sono da leggersi in modo unitario e dinamico (Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute, 2018).

La valutazione multiprofessionale e multidimensionale viene garantita dall'Equipe sociosanitaria costituita da una componente sociale e da una componente sanitaria. La componente Sanitaria è rappresentata dagli operatori sanitari che hanno in carico la persona. La componente Sociale è rappresentata dall'assistente sociale dell'Ente Locale eventualmente coadiuvata da altri operatori educativi o sociali. Qualora i componenti non abbiano potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, si rende necessaria la convalida secondo il modello dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale. La valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse aree: area clinica, del funzionamento psicosociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento. Tutta la fase valutativa deve prevedere la partecipazione della persona e, su sua richiesta, dei soggetti significativi. L'équipe sociosanitaria con potere decisionale o l'Unità di Valutazione Multiprofessionale è il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurare all'persona la risposta più idonea. In questa valutazione deve essere considerata la capacità di rispondere in termini di appropriatezza degli interventi, di qualità dell'accoglienza, dell'offerta, dell'adeguatezza delle caratteristiche strutturali / logistiche nonché sotto il profilo dell'impiego delle risorse economiche in relazione alle diverse modalità organizzative locali (Linee Programmatiche: progettare il budget di salute con la persona, 2022)

In sintesi, rispetto a quanto finora scritto, le attività di progettazione e di valutazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con BdS del presente Capitolato, saranno impostate e adattate metodologicamente e proceduralmente alla normativa, agli indirizzi, alle linee guida, agli accordi, ai protocolli d'intesa, ecc. regionali e siglati in sede locale distrettuale e di area metropolitana.

Proprio per contrastare l'isolamento ed evitare il confinamento alle consuete compromesse aree di socializzazione, la persona avrà l'opportunità, attraverso la mediazione del personale del Partner aggiudicatario, di sperimentarsi in contesti di comunità e con modalità relazionali alle quali non è più abituata.

A tal proposito, si auspica il coinvolgimento dei Servizi Sociali, maggiormente a conoscenza delle risorse del territorio ed eventualmente in grado di promuovere azioni di sensibilizzazione, per creare canali preferenziali e facilitati di accesso e per l'inserimento in attività ricreative, culturali e socializzanti (quali teatri, cinema, mostre d'arte, piscine o palestre, corsi, centri sociali).

4.6. GLI ASSI DELL'INTERVENTO

Il Budget di Salute rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali ed umane necessarie per innescare un processo volto a migliorare il funzionamento e l'inclusione sociale di una persona con patologie psichiatriche o con problemi di dipendenza. L'approccio del Budget di Salute, strettamente collegato al progetto di cura e riabilitazione e alla coproduzione del suo progetto a cui partecipano la persona, la sua famiglia e la sua comunità, è coordinato con un progetto di vita complessivo e condiviso.

A tal proposito assume un ruolo fondamentale il nesso tra determinanti sociali, le condizioni di salute della persona e i risultati delle azioni sociosanitarie volte a migliorare lo stato di salute fisica e mentale dell'individuo e più estesamente della comunità.

I determinanti includono fattori non modificabili, come l'età, il patrimonio genetico, altri come il livello di istruzione, il reddito, l'occupazione, l'ambiente di lavoro, l'ambiente abitativo e i luoghi di vita e di relazione che sono modificabili e che hanno una grande rilevanza per la salute mentale della persona.

Il processo riabilitativo individualizzato con Budget di Salute è un approccio olistico per la persona che si sviluppa concretamente ed operativamente sui tre assi principali che costituiscono i fattori determinanti sociali della salute e indispensabili per essere un soggetto dotato di potere contrattuale e che lo rendono un cittadino a pieno titolo: l'abitare, la socialità e il lavoro.

Più specificatamente gli assi/obiettivi specifici sono:

- Casa/Habitat sociale: conseguimento ed eventuale possesso della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza). L'abitare con BdS potrà avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e fornite di un sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari e progetti per l'abitare.
- Affettività/Socialità: concrete risposte ai bisogni delle persone nell'area delle relazioni, attraverso attività finalizzate alla costruzione di reti amicali/sociali utili alla restituzione di una identità sociale alla persona e alla sua inclusione nella comunità. Attività con supporto individuale e/o di gruppo per la promozione della partecipazione attiva e per il recupero personale.
- Formazione/Lavoro: percorso socio-riabilitativo per la riacquisizione di abilità e competenze e per la partecipazione attiva alla vita di comunità attraverso il tirocinio inclusivo; percorso di formazione professionale e di pratica lavorativa attraverso lo strumento del tirocinio; supporto individualizzato alla ricerca del lavoro nel libero mercato (IPS) e alla costruzione di forme reddituali attive, tipiche delle persone in età lavorativa e con finalità emancipative.

In relazione ai bisogni, alla storia ed al percorso di vita di ciascun cittadino si verranno a configurare modalità di risposta maggiormente orientate alla casa, al lavoro o alla socialità. Le tre variabili vengono comunque considerate non separabili perché strettamente interdipendenti e il progetto individualizzato dovrà sempre tenerle tutte in considerazione. Per soddisfare la complessità dei diversi bisogni/problemi dell'utenza, il Partner aggiudicatario dovrà saper operare coerentemente su tutti e tre gli assi, integrando e mettendo in rete le necessarie e diverse conoscenze, esperienze e risorse.

Il progetto individualizzato con BdS per ogni asse include le variabili che sostengono la persona per il raggiungimento degli obiettivi al fine di una soddisfacente e dignitosa esistenza e del suo benessere e le risorse necessarie che possono mettere in campo i diversi soggetti pubblici e privati compreso la persona stessa e la sua famiglia.

Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato deve essere prioritariamente indirizzato a:

- persone a rischio di istituzionalizzazione o già inserite in modo prolungato e/o inadeguato nell'ambito della residenzialità protetta;
- persone inserite in situazioni di convivenza temporanee, favorendo la sperimentazione di percorsi innovativi nell'area dell'abitare, maggiormente partecipati, più rispondenti al bisogno soggettivo e con il minor supporto possibile;
- persone che necessitano di un intervento territoriale anche attraverso un rafforzamento del supporto alla domiciliarità al fine di prevenire eventuali richieste di accoglienza in strutture residenziali e, in alcuni casi, di ricorso a ospitalità prolungate presso strutture ospedaliere;
- persone giovani per i quali l'intervento del BdS è preventivo ed inteso come abilitazione all'inizio e non al termine di un percorso di cura e riabilitazione (o inabilitante), nell'ottica della guarigione e della recovery e prima della perdita di relazioni, diritti e abilità;
- persone da sostenere per un accesso al mondo del lavoro vero e per un reddito dignitoso, prevedendo una progettualità collaborativa tra DSM DP e Partner aggiudicatari individuati, facilitando anche l'inserimento di persone con disagio psichico marcato e/o in stato di dipendenza;
- persone da supportare (in forma individualizzata e di gruppo) nella loro partecipazione e nel loro contributo ad attività di carattere formativo e aggregativo-socializzante promosse e coprodotte da persone, familiari, operatori del partner aggiudicatario, operatori del DSM DP, cittadini e soggetti ed enti attivi nel territorio.

4.7. IL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE

Nel 2025, tramite avviso, si è avviata e tenuta una procedura di evidenza pubblica di co-programmazione per l'individuazione di soluzioni innovative e reti di collaborazione alla gestione del Budget di Salute promosso dal DSM DP dell'AUSL di Bologna ai sensi dell'art.55 del D.lgs. n. 117/2017, del DM n.72/2021 e della legge regionale n. 3/2023.

"*Al fine di sostenere i percorsi individuati con Budget di Salute, le Aziende sanitarie e gli Enti locali condividono una co-programmazione, ai sensi dell'art.55 del Dlgs 117/2017, coinvolgendo gli Enti del Terzo Settore, finalizzata all'identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili"* (Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti, adottate dalla Conferenza Unificata il 6 luglio 2022 (Rep. Atti n. 104/CU)).

Scopo di questa procedura è stata l'attivazione di tavoli di co-programmazione finalizzati a:

- innovare il processo di gestione del Budget di Salute tra enti pubblici ed enti partecipanti alla costruzione dei piani individuali [Enti del Terzo Settore (ETS)];
- costruire processi di ingaggio e collaborazione territoriale anche con il contributo degli ETS per efficientare le risorse a disposizione degli utenti;

- confrontarsi sulle strategie opportune di gestione relativamente alle forme di co-progettazione nei territori distrettuali da attivare successivamente alla fase di co-programmazione, per garantire una continuità dell'attivazione dell'innovazione del BdS;
- comprendere le esigenze, le questioni e le opportunità dei territori distrettuali rispetto alle stesse risorse materiali e immateriali nonché di relazione tra gli attori locali.

Il percorso di co-programmazione del Budget di Salute, promosso dal DSM-DP dell'AUSL di Bologna, ha voluto inquadrarsi in una fase di consolidamento e ottimizzazione dello strumento Budget di Salute già solido a livello normativo e operativo e valutato positivamente. L'intento di questo percorso di co-programmazione, dunque, non era quello di mettere in discussione tecnicamente e metodologicamente un modello affermato quanto quello di un confronto e un'analisi per una sua possibile innovazione ed implementazione rispetto ai bisogni, alle risorse e alle strategie adottabili.

ART. 5 – LOTTI

Tipologia d'intervento

La tipologia dei Progetti che si intende cogestire secondo le modalità e le attività previste, è strutturata per lotti. I Lotti 1 e 2 e ogni attività ad essi corrispondenti, si strutturano secondo le tre aree vitali delle persone: abitare/supporto alla domiciliarità, socialità/affettività, formazione/lavoro.

5.1. LOTTO 1. ATTIVITÀ PER PROGETTI INDIVIDUALIZZATI RIABILITATIVI (CSM, NPIA)

Relativamente ai Servizi CSM e NPIA del Lotto 1, il Partner aggiudicatario dovrà garantire l'espletamento di interventi ed attività per i Progetti Individualizzati con BdS, in favore di circa 750 persone.

5.1.1. AREA ABITARE/SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ

L'obiettivo primario degli interventi educativi a supporto della domiciliarità persegue il continuo miglioramento nell'abitare e nella gestione del quotidiano, individuando possibili nuove sistemazioni individuali e/o di gruppo, operando per favorire spostamenti strutturali e di contesto. Gli interventi educativi in questa area hanno l'obiettivo di promuovere la cura della persona, del proprio ambiente e dei propri spazi di vita, nonché lo sviluppo di competenze e abilità nell'abitare. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento ed in relazione alle diverse situazioni delle persone coinvolte, deve essere favorita la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi educativi si svolgono all'esterno di strutture residenziali, a domicilio della persona e sono finalizzati allo sviluppo di abilità nella vita quotidiana e a un miglioramento delle autonomie nella prospettiva di una vita indipendente dalla supervisione dei familiari o altri caregiver; l'obiettivo è supportare la persona perché sia in grado di provvedere alle proprie necessità quotidiane, nel gestire autonomamente il denaro, la terapia farmacologica, gli appuntamenti, gli acquisti, la preparazione dei pasti, le attività domestiche e la cura della persona.
A tal fine si dovranno mettere in campo tutte le strategie necessarie affinché le persone in cura possano vivere in luoghi meno supportati anche sperimentando gruppi di convivenza con le altre persone o forme di gestione mista.
All'interno di quest'area sono anche compresi gli interventi individuali di supporto effettuati con Esperti nel Supporto tra Pari (ESP). Nell'ottica dell'orientamento dei Servizi di Salute Mentale alla Recovery, il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Bologna sta implementando un modello di collaborazione con persone, familiari e cittadini che - per la loro esperienza di vita in rapporto alla malattia mentale - possono fornire un contributo attivo fondato sulla sensibilità, sulla capacità di ascolto e comprensione, sulla visione delle cose, sulla fiducia nella possibilità di miglioramento che l'esperienza ha consentito loro di maturare.

La figura dell'ESP inserita nei progetti individualizzati con BdS, può fornire un supporto nell'ambito della domiciliarità e nello svolgimento delle attività quotidiane per la cura di sé e del proprio spazio abitativo individuale o in convivenza con altri.
L'attività e gli interventi dell'Area Abitare/Supporto alla domiciliarità si svolgeranno esclusivamente attraverso il sotto menzionato "servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo budget di salute".

5.1.1.2. IL SERVIZIO DI SUPPORTO ACCOMPAGNAMENTO INDIVIDUALE E DI MEDIAZIONE SOCIALE PER L'ABITARE AUTONOMO BUDGET DI SALUTE

Premessa

L'eccesso di residenzialità psichiatrica è un fenomeno riconosciuto in Italia che vede un numero elevato di persone con disturbi psichici inseriti in strutture residenziali per lunghi periodi o in modo definitivo e che assorbe una parte consistente delle risorse della salute mentale, togliendone ad altri interventi. Spesso il quotidiano e le attività delle strutture residenziali sono focalizzati più sull'assistenza che sulla riabilitazione e la "restituzione" della persona alla comunità (recovery).
In controtendenza da diversi anni, il Budget di Salute è un modello innovativo che promuove e sostiene la cura al domicilio, nel proprio luogo di vita, in alternativa ai processi di istituzionalizzazione residenziale e/o ospedaliera e che favorisce percorsi di inclusione e di integrazione nella propria comunità. Partendo da modelli come il Chronic Care Model - di cui riprende alcuni punti - ne rilancia e ne amplia lo spettro di azione e di intervento orientato alla "recovery", adotta il progetto individualizzato pensato e costruito da un'equipe insieme alla persona, includendo quegli aspetti sociali (determinanti) che condizionano fortemente il raggiungimento degli obiettivi di salute, tra cui l'abitare dignitoso.
Per Martin Heidegger, l'abitare non è semplicemente risiedere in un luogo, ma rappresenta l'essenza stessa dell'essere umano nel mondo, definita come "aver cura", "coltivare".
Per gli utenti in carico ai Servizi di salute mentale come per tutte le persone, l'abitazione diventa abitare, trasformandosi da semplice necessità di sopravvivenza in uno strumento di espressione del sé.
L'abitare attraversa l'intera Piramide di Maslow e il concetto di "casa" si evolve lungo i cinque livelli:

Bisogni Fisiologici (Base): la casa è intesa come rifugio fisico. Rappresenta il guscio che garantisce un tetto, calore e protezione dagli agenti atmosferici, permettendo il riposo necessario alla vita.

Bisogni di Sicurezza: l'abitare diventa stabilità e protezione. Non basta un tetto; servono serrature funzionanti e un contesto di vicinato che trasmetta tranquillità e controllo sul proprio spazio.

Bisogni di Appartenenza: la casa si trasforma in habitat sociale. È il luogo dove si coltivano gli affetti, si accolgono gli amici e si costruiscono legami familiari, diventando il centro della propria rete di supporto comunitario.

Bisogni di Stima: l'abitazione riflette lo status e l'identità. Il modo in cui arrediamo o scegliamo la nostra casa comunica agli altri chi siamo, offrendo un senso di prestigio e competenza personale.

Autorealizzazione (Vertice): l'abitare raggiunge la sua massima espressione come spazio creativo. La casa ideale è quella che permette di svolgere le proprie passioni e attività, diventando lo specchio perfetto delle proprie aspirazioni e del proprio potenziale.

In questa ottica, la linea di sviluppo possibile sull'abitare attraverso il Budget di Salute deve sostenere:

- un intervento non settoriale e non specialistico bensì interno al progetto di vita e al programma di cura e connesso con tutti gli altri aspetti sociali (lavoro, socialità);
- la partecipazione attiva e coinvolgimento consapevole, competente e responsabile della persona nel costruire il progetto abitativo in base ai propri bisogni, alle proprie preferenze e alle proprie possibilità, da soli o in convivenza, in interazione e verifica con le risorse proprie, pubbliche e private del territorio e della comunità;
- un progetto abitativo che - nella consapevolezza che supportare l'abitare non è solamente procacciare opportunità abitative - abbia un raggio d'azione ampio e fuori dalle mura della casa, aiutando la persona ad interagire con l'ambiente circostante, con la rete familiare, con il vicinato e con la sua comunità;
- una migliore diversificazione dell'offerta nell'area dell'abitare che si traduca in soluzioni in grado di perseguire l'inclusione sociale nella fase attiva del progetto, e non come esito di una fase successiva di restituzione alla comunità da realizzarsi altrove (Esito del Gruppo di lavoro per l'innovazione del Sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di Salute, Regione Emilia-Romagna, 2020);
- la ricerca attiva di opportunità abitative anche attraverso collaborazioni con i soggetti pubblici e privati che territorialmente sono attivi sul tema dell'abitare.

Indicazioni della coprogrammazione

Nel corso del confronto dei tavoli di coprogrammazione sul tema dell'Abitare, tra i Servizi di salute mentale, i Servizi sociali e gli Enti del Terzo settore, per l'utenza della salute mentale, si sono rilevati diversi aspetti che possono condizionare, in un senso o nell'altro, l'avvio e lo sviluppo di un percorso di autonomia abitativa:

- ✓ possesso di abitazione privata, casa in affitto, capacità di gestione del patrimonio, posizione lavorativa come fonte di reddito, esperienze negative di convivenza, eccessiva permanenza in strutture residenziali sviluppando dipendenza e cronicità versus autonomia ed empowerment, supposta estrema fragilità degli utenti e atteggiamento iperprotettivo dei Servizi, oggettiva condizione di fragilità e complessità dei bisogni/problemi, reale e grado di motivazione della persona all'autonomia abitativa, competenze dell'abitare come capacità di vivere e gestire l'abitazione e le relazioni sociali e di comunità, posizione geografica dell'abitazione, trasporti e collegamenti con i Servizi e con il territorio.
- ✓ Il problema del rapporto tra emergenza e autonomia abitativa: i servizi lavorano spesso sull'emergenza a cui rispondono con soluzioni di residenzialità protetta. Benedetto Saraceno diceva che in fondo la storia della psichiatria è una storia di strutture e di mura. Questo implica una difficoltà nel condurre una persona verso l'autonomia con programmi di recovery.
- ✓ Il problema della fattibilità dell'uscita dal nucleo familiare o da una struttura residenziale e la sostenibilità e il mantenimento delle condizioni di autonomia abitativa.
- ✓ Il problema dello stigma: questo rende difficile l'inserimento in contesti condominiali o di vicinato. Il rischio da evitare è la ghettizzazione ma l'inserimento abitativo autonomo può generare una serie di problematiche condominiali o di convivenza nella stessa abitazione, da gestire. La coabitazione è un importante fattore di supporto per chi non è autonomo ma al contempo una difficoltà nella convivenza e perciò richiede accompagnamento e supporto esterno.

- ✓ Il bisogno di vicinanza ai contesti di vita: un fattore derimente è di non sradicare la persona dal contesto amicale e relazionale esistente, quindi mantenere, possibilmente, una residenza nel contesto di vita.
- ✓ Il bisogno di riportare il sanitario, la salute mentale "dentro" il territorio: negli ultimi anni, l'organizzazione del lavoro e dei servizi ha progressivamente spostato gli operatori verso l'ambulatorio e verso le procedure burocratizzate, riducendo la presenza nei contesti di vita delle persone. Questa distanza ha indebolito la capacità di prevenire le situazioni critiche, aumentato l'intolleranza del sistema verso i casi complessi e prodotto un'eccessiva delega alle cooperative sociali rispetto al lavoro di prossimità.
- ✓ Il bisogno di non attivare le equipe dei Servizi soprattutto "a valle" - quando il problema è già esploso – ma a "monte" con un'azione costante e preventiva nei paesi, nei quartieri, nelle strade. Ritornare a una presenza sanitaria e sociale diffusa con team di operatori che attraversano i territori, incontrano le persone, intercettano segnali precoci, lavorano fianco a fianco con le cooperative sociali, può essere una condizione essenziale per prevenire la cronicizzazione e l'istituzionalizzazione.

Il tema dell'abitare si configura come una delle principali criticità per la combinazione di carenza strutturale di risorse abitative – sia nell'ambito dell'edilizia residenziale pubblica sia nel mercato privato – e per la difficoltà di attivare soluzioni capaci di rispondere a bisogni diversi e complessi. Sarebbe necessario disporre di un ventaglio di soluzioni abitative in grado di prevenire la cronicizzazione dei bisogni e l'istituzionalizzazione degli utenti. Questo potrebbe essere tema di una COPROGETTAZIONE con gli ETS.

Però l'abitare non riguarda solo l'accesso a uno spazio fisico, ma chiama in causa l'opportunità di sperimentare forme abitative innovative, come la coabitazione solidale, l'abitare supportato o le soluzioni miste e soprattutto l'attivazione di servizi connessi di mediazione sociale e di accompagnamento all'abitare.

Gli operatori dei Centri Salute Mentale, dei Servizi sociali territoriali e gli ETS hanno evidenziato la necessità di costruire una vera e propria "filiera dell'abitare", cioè un sistema strutturato e continuo che accompagni la persona nei passaggi tra diversi contesti abitativi e la supporti nella scelta del vivere e dell'abitare autonomamente. Questo significa non solo offrire soluzioni multiple di risorse (dalla residenzialità più supportata alla domiciliarità leggera) ma promuovere e garantire la continuità nei passaggi, e gli opportuni e necessari supporti per aumentare le competenze e favorire le relazioni. L'obiettivo è evitare rotture traumatiche, regressioni o ritorni in istituzionalizzazione, rendendo più fluidi i cambi di contesto e più sostenibili i percorsi nel lungo periodo.

Nell'ambito del Budget di Salute sussiste il bisogno di sperimentare ed utilizzare forme nuove di interventi a supporto della domiciliarità e dell'abitare autonomo.

I dati delle pregresse e delle attuali esperienze della progettazione individualizzata con Budget di Salute (Procedura aperta per la conclusione di un accordo quadro con operatore economico per lotto per la progettazione condivisa e partecipata e la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) con Budget di Salute (BdS), Progetti di convivenza sull'abitare di transizione e di Progetti di Attività di Comunità (PACo) per il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Bologna - Lotto 1. Progetti individualizzati abilitativi educativi e/o socioriabilitativi con Budget di Salute – CSM NPIA), ci dicono che interventi educativi prestazionali a supporto della domiciliarità e dell'abitare autonomo "commissionati" ad un

“fornitore” esterno hanno visto uno scarso utilizzo di risorse pur disponibili (nel 2025 il 5,37 % delle risorse BdS totali, vedi Tabella 1).

Tabella 1

Prestazioni Area Lavoro erogate	55.721,56	Spesa area Lavoro	1.607.208,91 €
Prestazioni Area Socialità erogate	59.800,93	Spesa area Socialità	1.724.871,52 €
Prestazioni Area Abitare erogate	6.526,40	Spesa area Abitare	188.245,32 €
Compartecipazione			- 15.359,61 €
Totale prestazioni PTRI con BdS 2025	122.048,89	Spesa totale	3.504.966,14 €

Proposte della coprogrammazione

Dalle indicazioni emerse dal confronto dei tavoli anche per l’ambito specifico dell’Abitare del percorso di co-programmazione sono scaturite delle proposte innovative:

- nuove figure professionali (per progetti individualizzati e per azioni di comunità) per affrontare bisogni/problemi e per situazioni complesse e non sempre individuali (mediatore sociale e dell’abitare, link worker). Le figure professionali di raccordo sono state considerate indispensabili per agevolare, facilitare sia i progetti e gli interventi sia i processi e il lavoro di rete.
- Figure di mediazione sociale e dell’accompagnamento e supporto per l’abitare: sviluppare un supporto continuativo (figure specifiche, comunità, ESP) per la riuscita dell’inserimento abitativo e/o del mantenimento dell’abitazione, con competenze di supporto individuale per la gestione dell’immobile e di lavoro di mediazione e collaborazione con condomini, proprietari, enti pubblici e privati, agenzie, la rete dei Servizi territoriali, ecc.

Specifiche del Servizio

Il servizio oggetto del presente capitolato comprende la progettazione, la realizzazione, la valutazione ed il coordinamento dei percorsi di supporto accompagnamento individuale e mediazione sociale per l’abitare che devono essere definiti, inseriti ed integrati, nel quadro più ampio di obiettivi, di azioni e di risposte che è prima il programma di cura e riabilitazione del Servizio CSM e poi il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute, condivisi con l’utente e con l’equipe delle diverse UU.OO. CSM del DSM DP.

La gestione del servizio per la realizzazione dei percorsi di supporto accompagnamento individuale e mediazione sociale per l’abitare deve delinearsi attraverso l’attività di progettazione/esecuzione/valutazione nonché attraverso l’attività di supervisione metodologica/progettuale e di formazione, che il soggetto aggiudicatario deve essere in grado di garantire e di eseguire con le modalità ed alle condizioni sottoelencate.

Inoltre, il soggetto aggiudicatario deve essere in grado di fornire il servizio in oggetto, attraverso professionisti che hanno un background (formazione e cultura professionale, esperienza) sul supporto accompagnamento individuale e mediazione sociale per l’abitare, deducibile dal curriculum vitae, garantendone entro 30 giorni, la sostituzione per assenze lunghe o cessazioni dal Servizio.

Il soggetto aggiudicatario fornirà i curricula dei professionisti impiegati dopo l'aggiudicazione della gara e prima della firma del contratto.

L'assenza o l'insufficienza di tali condizioni e competenze comporta la mancata sottoscrizione del contratto e l'incameramento da parte dell'Azienda USL della garanzia provvisoria.

Il soggetto aggiudicatario, dopo l'aggiudicazione della gara, deve assicurare, ai propri professionisti, una formazione costantemente aggiornata sulle novità del supporto accompagnamento individuale e mediazione sociale per l'abitare.

I punti seguenti riguardano principalmente il soggetto aggiudicatario ma anche le connessioni con il ruolo e le competenze dei soggetti istituzionali coinvolti.

Progettazione ed operatività

Il Servizio di supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo Budget di Salute è impostato secondo alcuni concetti ed elementi che indirizzano la metodologia di lavoro e lo stile operativo nell'ambito dell'Abitare dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con Budget di Salute che fin dall'inizio coinvolgono in modo integrato, l'equipe del Centro Salute Mentale del DSM DP, l'utente, i familiari ed altri soggetti pubblici e privati della comunità. Questi concetti ed elementi danno fondamento al programma e sono cruciali al fine di assicurare la disponibilità del servizio a tutti gli utenti che ne hanno necessità, il rispetto delle scelte degli utenti e l'efficacia dell'intervento nel raggiungimento e nel sostegno dell'obiettivo dell'abitare autonomo. Pertanto, il soggetto aggiudicatario, secondo i concetti e gli elementi di metodo del supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo Budget di Salute, dovrà indicare gli indirizzi della propria progettazione, le fasi operative, e con quali strumenti progettuali e metodologia di lavoro verranno perseguiti e di quali strumenti valutativi ci si doterà per verificare il reale rispetto e l'ottemperanza degli obiettivi e della metodologia.

I percorsi di supporto accompagnamento individuale e mediazione sociale per l'abitare che il soggetto aggiudicatario dovrà realizzare, potranno svilupparsi secondo possibilità e step di attività che si ispirano alla metafora dei cerchi concentrici, spesso utilizzata per descrivere come un individuo sia inserito in sistemi sociali via via più ampi, passando dalla dimensione personale a quella comunitaria e sociale.

Il supporto e l'accompagnamento individuale per l'abitare

L'obiettivo primario degli interventi di supporto individuale alla domiciliarità è il continuo miglioramento nell'abitare e nella gestione del quotidiano, anche individuando possibili nuove sistemazioni individuali o con altre persone, e operando per favorire spostamenti fuori dai contesti della residenzialità protetta. Gli interventi di supporto individuale hanno l'obiettivo di promuovere la cura della persona, del proprio ambiente e dei propri spazi di vita, nonché lo sviluppo di competenze e abilità nell'abitare.
L'intervento del servizio di supporto accompagnamento individuale per l'abitare è finalizzato a supportare la persona nelle attività di vita quotidiana (cura di sé, cura del proprio ambiente e dei propri spazi di vita) nonché nello sviluppo di competenze e abilità nell'abitare e nel mantenimento delle abilità acquisite per permetterle di condurre una vita dignitosa e autonoma.

Nella progettazione e nella realizzazione delle attività deve essere anche favorita la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali (lavoro, socialità). Gli interventi di supporto si svolgono a domicilio delle persone in carico ai CSM che già vivono autonomamente o che si accingono a farlo o in uscita da strutture residenziali o ospedaliere, nella prospettiva di una vita indipendente dalla supervisione dei familiari o altri caregiver; il servizio di supporto accompagnamento individuale all'abitare deve "curare" l'inserimento dell'utente presso l'abitazione autonoma, da solo o in convivenza, occupandosi di supportare la persona in tutte le operazioni e le pratiche necessarie (trasloco, allacci utenze, pratiche condominiali e presso gli uffici pubblici, allestimento arredi e elettrodomestici, manutenzioni, ecc.).

L'obiettivo è supportare la persona perché sia in grado di provvedere alle proprie necessità quotidiane, nel gestire autonomamente il denaro (spese condominiali, acquisti, bollette, ecc.), la terapia farmacologica, gli appuntamenti, la preparazione dei pasti, le attività domestiche e la cura della persona e della casa (pulizie e manutenzioni).

A tal fine si dovranno mettere in campo tutte le strategie necessarie affinché le persone in cura possano vivere in luoghi meno supportati possibile anche sperimentando gruppi di convivenza con gli altri utenti o forme di gestione mista di abitare autonomo.

L'intensità del sostegno viene definita in sede progettuale e concordata con l'interessato e l'equipe di progetto.

Ispirandosi all'Individual Placement and Support (IPS) del campo lavorativo, alcuni concetti che indirizzano e guidano il percorso di supporto accompagnamento individuale per l'abitare sono di seguito elencati e descritti:

- **Obiettivo: abitare autonomo.** Gli specialisti del supporto e accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare aiutano gli utenti nei percorsi di transizione e inserimento abitativo autonomo.
- **Sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale.** I servizi supporto e accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare sono strettamente integrati con le attività dei servizi di salute mentale.
- **Zero exclusion.** L'ingresso in un programma di supporto e accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare è una libera scelta del cliente.
- **Partire dalle preferenze del cliente[1].** Le attività di accompagnamento e supporto per l'abitare e della mediazione sociale nei Servizi si basano sulle preferenze e le scelte dei clienti, non solo sulle valutazioni e sui giudizi dei professionisti.
- **Consulenza sui benefit per l'alloggio.** Gli specialisti del supporto e accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare aiutano gli utenti ad essere informati, ad accedere e a mantenere i benefici sociali ed economici collegati alle opportunità abitative pubbliche e private.

[1] La definizione di "cliente" non è nell'accezione commerciale di acquirente di servizi privati se non di persona che non da solo il proprio consenso al progetto individualizzato costruito dall'equipe dei professionisti socio-sanitari ma indica le sue preferenze e partecipa attivamente alla sua definizione e alla sua realizzazione. *Il "cliente" non è un ricevente passivo di cure, ma l'esperto della propria vita, che lavora per riacquisire identità e significato, supportato da servizi che valorizzano la sua esperienza* (*Mike Slade, 2009*). Il termine "utente" rimanda ad un ruolo più passivo della persona che da solo il suo consenso ad un progetto proposto da un'equipe di professionisti, "paziente" è solo colui che patisce la malattia e rimane in una posizione passiva e subordinata all'equipe curante.

- **Sostegno a tempo illimitato.** La durata del sostegno è valutata individualmente insieme all'equipe del Servizio DSM DP, è basata sulle richieste del cliente ed è modulata sulle necessità del percorso.
- **Lavoro sistematico di sviluppo professionale.** Gli specialisti del supporto e accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare aiutano nei tempi del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute, gli utenti sia sulla gestione dello spazio abitativo, delle relazioni con il vicinato e la comunità sia nel reperimento e nell'utilizzo delle opportunità abitative, in alternativa agli inserimenti residenziali protetti. Per tale obiettivo sviluppano e curano le relazioni e le collaborazioni con i soggetti pubblici e privati del territorio in cui operano, al fine di ottenere, sostenere e far mantenere l'inserimento abitativo autonomo alla persona.

Nello specifico l'accompagnamento all'abitare è un'azione che sostiene l'utente ad intraprendere un nuovo percorso abitativo autonomo all'interno di contesti abitativi pubblici o privati già disponibili, che richiedono i necessari supporti sopradescritti a cui aggiungere un'efficace comunicazione che renda la persona consapevole delle regole della casa, del buon vicinato e dello stare in comunità oppure può essere un'attività di supporto alla persona nella ricerca e nella scelta di un alloggio privato autonomo o di opportunità abitative condivise (co-housing, nuclei di convivenza, transizione abitativa, abitare supportato) oppure nell'accesso alle domande di edilizia popolare pubblica .
Spesso gli utenti in uscita da strutture residenziali protette o dal nucleo familiare, che non hanno ancora acquisito l'abitudine o la consuetudine ad attivarsi in prima persona e a pensare da se sul da farsi in casa ma hanno avuto sempre l'input ad organizzarsi e ad agire da qualcun altro, se lasciati soli possono sviluppare ansie, angosce e altri stati emotivi che li destabilizzano e li portano ad una condizione di crisi, talvolta compromettendo l'inserimento abitativo autonomo. Su questi aspetti è fondamentale l'azione del servizio di supporto accompagnamento individuale all'abitare, monitorando il percorso e raccordandosi con l'equipe CSM e con tutti i soggetti coinvolti (per es. vicini, familiari, operatori Servizi sociali, ACER, ASP, ecc.) che ruotano intorno alla persona, per gestire i problemi psicologici ed emotivi e fare in modo che non si interrompa bruscamente e malamente il filo del "discorso" abitativo.

La mediazione sociale per l'abitare

L'azione sul piano individuale svolta dal servizio di supporto accompagnamento per l'abitare deve integrare necessariamente un contemporaneo lavoro di mediazione sociale perché non può essere intesa come un singolo intervento avulso dal contesto. Per questo si considera che l'intero lavoro svolto sia inserito, sempre e comunque, all'interno di una specifica comunità (coinquilini, condomini, vicini, abitanti del quartiere, del borgo, del paese, della città). Per comunità possiamo intendere una molteplicità di luoghi e persone tra loro connessi da legami affettivi, simbolici e caratteristici: un alloggio popolare per esempio rappresenta, nei suoi equilibri e nelle sue criticità una micro-comunità, così come un quartiere e via dicendo. Essere e sentirsi parte di una comunità significa condividere senso e significati 1.
Il servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare interviene anche su un contesto comunitario sia per creare ex novo sia per ricreare ex post, le condizioni perché gli stessi soggetti con cui opera individualmente possano sentirsi parte di essa e dar vita a circuiti positivi.

La mediazione interviene, quindi, laddove la comunicazione deve essere costruita o dove si è interrotta, favorendo dialogo, interazioni positive e responsabilità che si traducono con azioni relazionali e sociali precise:

- saper affrontare in maniera positiva elementi di criticità;
- saper riconoscere e far emergere le componenti positive e le risorse delle persone, promuovendo la concezione del vicinato come solidarietà attiva e stimolando un nuovo protagonismo per una migliore convivenza;
- saper orientare la persona accompagnandola a delle assunzioni di impegno e responsabilità, costruendo nel tempo un rapporto di fiducia reciproca;
- saper leggere e fare una analisi sociale delle situazioni coinvolgendo attivamente gli attori di una specifica comunità.

Il servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale non prende decisioni al posto dell'utente e non si sostituisce alle parti ma facilita la comunicazione tra esse promuovendo riflessioni, ipotizzando percorsi e proponendo possibili soluzioni insieme agli utenti interessati, all'equipe del Servizio, agli abitanti, alle istituzioni, agli enti, alle agenzie e ai soggetti pubblici e privati coinvolti nel percorso abitativo della persona 2.

Il mediatore deve essere autorevolmente propositivo nonché garante della legittimità delle scelte e delle azioni che l'utenza e l'equipe di progetto (BdS) assumono soprattutto in ambiti collettivi 2.

Deve poter agire con competenza in tale condizione utilizzando azioni e strumenti specifici tra cui:

Incontri a casa e nei contesti sociali comunitari. Nelle varie fasi di progetto il servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale incontra l'utente oltre che presso il Servizio soprattutto a casa e nella sua comunità di vita, ottenendo elementi e informazioni approfondite e complesse sui casi ed entrando direttamente negli ambienti di vita degli utenti e comprendendo così la loro situazione globale.

Gli incontri a casa e nel contesto comunitario consentono di osservare e di monitorare direttamente le condizioni abitative della persona e del contesto sociale circostante, di strutturare la progettazione e di svolgere gli interventi di supporto accompagnamento per l'abitare in modo completo e complessivo.

Per questo lavoro di mediazione sono importanti la definizione di momenti di incontro (anche di nucleo o condominiali o assembleari se necessari), la partecipazione diretta, la raccolta e il passaggio di informazioni, la definizione di bisogni/problemi e di obiettivi comuni e condivisi, tra tutti gli attori coinvolti in una dimensione abitativa.

Gestione dei conflitti. Il servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale promuove pratiche di prevenzione e gestione del conflitto attraverso le varie attività di ascolto, confronto e monitoraggio con visite domiciliari e tramite incontri con gli utenti, i familiari, i residenti coinvolti e facenti parte del contesto abitativo degli utenti.
I conflitti rappresentano una costante delle relazioni sociali, indipendentemente dalle condizioni cliniche delle persone coinvolte, e la mediazione è uno strumento di coesione fondamentale per poter affrontare in maniera strutturata e concreta il conflitto e le sue possibili conseguenze. Quando il conflitto è ormai esploso, la capacità del servizio deve essere di saper governare e far fronte ai conflitti, poiché un conflitto non riconosciuto o non affrontato può degenerare in episodi negativi e fortemente critici, nel misconoscimento reciproco e senso di insicurezza nel vivere gli

spazi comuni e della comunità. In tal senso la pratica di mediazione dei conflitti deve favorire la riattivazione del dialogo laddove si è interrotto promuovendo relazioni di ascolto e conoscenza[2] [3].

Lavoro di rete e collaborazioni. Ribadendo il concetto che il servizio del supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare non è uno specialista isolato, oltre all'integrazione con l'equipe del Servizio e di progetto individualizzato con Budget di Salute, si richiedono da parte sua, forme e modi più ampi di collaborazione e di cooperazione per il reperimento di opportunità abitative e/o per il sostegno e la partecipazione a progetti pubblici e privati che rendono disponibili spazi abitativi per l'utenza del DSM DP.
Premesso che non è un procacciatore di alloggi per gli utenti in carico, è operativo:

- nel cercare e nel trovare casa insieme, visionando annunci, contattando agenzie, mappando le offerte immobiliari del territorio, ecc.;
- nel segnalare il bisogno delle persone seguite e nel partecipare attivamente alla realizzazione di progettazioni o di coprogettazioni che riguardano la sistemazione abitativa collettiva di gruppi di utenti e che vedono il coinvolgimento a livelli differenti del DSM DP AUSL, di fondazioni, di enti del terzo settore, di agenzie e di altri soggetti pubblici e privati del territorio;
- nel tenere contatti e collaborazioni con Servizi e operatori di ACER, dei Servizi sociali dei Comuni, ASC, ASP, Fondazioni, Agenzie, Enti del terzo settore (Cooperative sociali, imprese sociali, associazioni, organismi di volontariato) che possano favorire l'inserimento e il mantenimento in un alloggio pubblico o privato e/o in forme di coabitazione, di transizione abitativa e di abitare accompagnato Budget di Salute. Tali collaborazioni sono utili anche per la prevenzione di atteggiamenti stigmatizzanti e la gestione dei conflitti nelle comunità abitative in cui sono presenti gli utenti del DSM DP seguiti dal servizio di supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare (SAIMSA);
- nel partecipare ad incontri e ad equipe di progetto con Budget di Salute in ETI o in UVM, sempre in compresenza degli operatori sanitari CSM referenti per il caso;
- nel tenere contatti e collaborazioni con i familiari e le figure affettivamente significative per la persona se essa lo richiede e acconsente, in quanto possono risultare collaborativi e condizionanti positivamente e possono contribuire anche compartecipando a livello patrimoniale ed economico al progetto abitativo oppure sono da gestire se risultano svalutativi e resistenti al percorso emancipativo della persona stessa.

Il lavoro di mediazione verso la comunità si inserisce quindi in un processo di complessità nel quale gli individui diventano soggetti attivi. Lavorare con la comunità significa introdurre una serie di interventi elaborati e complessi ma impossibili da standardizzare.
Si chiede al soggetto aggiudicatario di definire e proporre delle possibili modalità e strategie di intervento rivolte alla persona e ai contesti comunitari sulla base delle indicazioni del presente Capitolato e anche della propria esperienza.

Le fasi di attività

Le principali fasi di attività sono importanti per organizzare, scandire e tradurre operativamente il lavoro di supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare. Il soggetto

[2] Il servizio di Mediazione Sociale e all'Abitare di ASP Cesena Valle Savio – modelli operativi e buone pratiche, 2020
[3] LINEE GUIDA MEDIAZIONE SOCIALE Nell'Edilizia Residenziale Sociale, MediAttivi Coordinamento Mediazione ACER, 2017

aggiudicatario dovrà dare descrizione in dettaglio delle varie fasi operative del supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare (SAIMSA), dei contenuti psico - educativi, della metodologia di lavoro e degli strumenti utilizzati. Si elencano le fasi principali minime previste per la realizzazione progettuale del percorso di supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale e si descrivono brevemente i contenuti.

A. La presa in carico

Dopo l'invio dell'equipe CSM, vi è la presa in carico SAIMSA, fase fondamentale per creare una relazione con l'utente e momento in cui inizia l'eventuale coinvolgimento delle persone (familiari, coinquilini) che fanno parte della vita dell'utente se ritenuto condiviso e opportuno.

B. La valutazione iniziale

La valutazione iniziale condivisa insieme all'utente (Recovery Star) permette l'individuazione dei suoi bisogni abitativi e sociali, delle criticità, la definizione di obiettivi ed interventi diretti e correlati di un progetto di coabitazione o di transizione abitativa o di abitare accompagnato Budget di Salute o di abitare autonomo.

C. La progettazione

Possono essere individuate delle sottofasi per ciascuna delle fasi o possono essere proposte delle fasi aggiuntive a quelle elencate, però soggette a valutazione per loro utilità e sostenibilità.
L'aggiudicatario per l'intero processo operativo e per ogni fase deve proporre la descrizione del percorso, della metodologia di lavoro, degli obiettivi, dei supporti psico - socioeducativi individuali, della metodologia e delle azioni di mediazione personale, sociale e comunitaria, delle potenziali relazioni e risorse di rete, degli strumenti e delle potenziali figure coinvolte.
Si ribadisce che questa progettazione del percorso abitativo si inscrive all'interno della cornice complessiva del Progetto individualizzato con Budget di Salute (Area Abitare).

D. Monitoraggio e valutazione

Il processo di monitoraggio e di valutazione corrisponde a tutto quel complesso di verifiche, incontri e report, programmati o straordinari, che si svolgono all'inizio e in corso d'opera e che mirano fondamentalmente alla realizzazione del progetto abitativo, al conseguimento dei suoi obiettivi e al risultato finale di tenuta e di permanenza al domicilio dell'utente. Una valutazione condivisa tra servizio, utente, equipe di progetto e del Centro di Salute Mentale, deve necessariamente osservare e analizzare tutte le aree di interesse della persona (Recovery Star), in modo da valutare anche l'impatto che la collocazione abitativa ha prodotto in termini di cambiamento di stato, di benessere personale e di inclusione sociale e nella comunità.

Ma il processo di monitoraggio e di valutazione che attraversa tutto lo sviluppo progettuale del singolo percorso può prevedere incontri collettivi e riunioni assembleari con coinquilini, vicini, abitanti e altri soggetti presenti nel contesto abitativo più o meno largo e anche incontri tecnici specifici con soggetti pubblici e privati che a vario titolo condividono con il DSM DP e con il servizio SAIMSA risorse, opportunità ed una progettazione sull'abitare più ampia.

Il CSM indicherà un proprio referente progettuale, come per tutti i Progetti individualizzati con Budget di Salute, al fine di agevolare la comunicazione e la collaborazione tra l'opera del soggetto aggiudicatario e l'equipe curante del CSM e di promuovere nell'Unità Operativa l'informazione su tutte le attività e gli eventi inerenti il percorso di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare.

Il servizio SAIMSA del soggetto aggiudicatario terrà costantemente aggiornata ed informata l'equipe di progetto del CSM sugli esiti del percorso sull'abitare e sui dati della valutazione, sia con report scritti sia partecipando alle riunioni sul caso e a quelle allargate dell'equipe del CSM.

L'aggiudicatario per l'intero processo di monitoraggio e valutazione dovrà proporre la descrizione del percorso, degli obiettivi, dei supporti, degli strumenti e delle figure coinvolte.

Competenze e capacità richieste all'operatore del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare

A. Conoscenze specifiche

- Conoscenza dei determinanti sociali della salute (condizioni economiche, abitative, lavorative) e del loro impatto sul benessere psicologico e fisico.
- Conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei servizi socio-sanitari a livello distrettuale e territoriale.
- Familiarità con i modelli di recovery e con i principi della salute mentale di comunità.
- Conoscenza dell'approccio asset-based e delle metodologie di lavoro con piccoli gruppi e comunità.
- Conoscenza dei temi della povertà, dell'esclusione sociale e delle disuguaglianze di salute.
- Conoscenza del territorio e familiarità con i servizi e le risorse comunitarie del territorio di riferimento
- Buona padronanza degli strumenti informatici (Office, database, piattaforme per la gestione dei casi).
- Conoscenza delle normative in materia di privacy (GDPR), tutela dei soggetti vulnerabili e salute e sicurezza sul lavoro.

B. Competenze trasversali e relazionali

- Ascolto attivo, empatia e capacità di costruire relazioni di fiducia con persone di background diversi, in modo non giudicante.
- Capacità di motivare e supportare le persone nel percorso verso il proprio benessere, valorizzando le loro potenzialità (approccio strengths-based).
- Comunicazione efficace, verbale e scritta, con diversi interlocutori (utenti, famiglie, professionisti, partner istituzionali).
- Capacità di pianificazione, organizzazione e gestione autonoma del proprio lavoro, anche in condizioni di pressione.
- Capacità di valutazione del rischio e di individuazione dei limiti del proprio mandato professionale.
- Flessibilità, adattabilità e apertura a lavorare in contesti in evoluzione e con approcci innovativi.
- Capacità di lavoro sia autonomo che in contesti multiprofessionali e multi-stakeholder.

Titolo di studio ed esperienza

L'Operatore di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare può possedere diversi background professionali.

Sono richiesti obbligatoriamente:

- Titolo di studio: Laurea triennale o magistrale in ambito sociale, psicologico, educativo, sanitario o equivalente (per esempio come educatore professionale e sociale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, psicologo, assistente sociale).
- Esperienza professionale: Almeno un anno di esperienza documentata con CV in ambito sociale, sanitario, comunitario o del Terzo Settore.
- Possesso di patente di guida e disponibilità agli spostamenti sul territorio.

Non sono obbligatori ma sono requisiti che attribuiscono ulteriore punteggio:

- Esperienza di lavoro diretto con persone in condizione di vulnerabilità (individuale, in gruppo o in contesti comunitari).
- Esperienza di lavoro in rete e collaborazione con organizzazioni diverse (servizi pubblici, terzo settore, associazionismo).

Coordinamento dipartimentale

Il soggetto aggiudicatario garantisce la gestione progettuale ed operativa del servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare e il coordinamento delle proprie attività.
Il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche ha diretta responsabilità e l'Azienda USL di Bologna individua il proprio Responsabile Unico di Progetto (RUP) e il proprio Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) con funzione di raccordo con il soggetto aggiudicatario e di coordinamento, relativamente al controllo e alla verifica degli invii e delle prese in carico, dell'andamento, della quantità e della qualità dei percorsi svolti, del raggiungimento degli esiti, degli aspetti organizzativi e gestionali, dell'effettivo svolgimento dei percorsi di monitoraggio e di valutazione.

A queste due figure (RUP e DEC) si affiancherà un Tavolo tecnico di lavoro dipartimentale con funzione di indirizzo e coordinamento della progettualità del servizio di supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare e i cui componenti verranno individuati dal RUP e dal Responsabile progetti del soggetto aggiudicatario Lotto 1, ognuno per il proprio ambito di competenza [vedi punto 4.3.6. RUP / DEC Lotti 1, 2, 3 e 4 – Tavoli Tecnici (Lotti 1, 2 e 3), Nuclei Operativi (Lotto 4) tra DSM DP e soggetto aggiudicatario].

A livello locale, è fondamentale e necessario il rapporto di collaborazione, di condivisione e di coproduzione tra l'operatore del servizio di supporto e accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare, l'equipe e il Servizio CSM che rispetto alla propria utenza in carico, promuove, organizza, gestisce e coordina le progettazioni sul tema dell'abitare, nel proprio territorio di competenza.

Supervisione

La supervisione garantisce il supporto nella gestione e nella verifica dei percorsi di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare. Inoltre, con essa si verifica la qualità metodologica, progettuale e del lavoro di rete ed il raggiungimento degli esiti.
Il soggetto aggiudicatario dovrà garantire la supervisione degli operatori di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare che verrà effettuata da professionisti esperti sul tema dell'abitare.

I supervisori (soggetto aggiudicatario) dovranno avere un'esperienza di almeno 3 anni nella progettazione e nell'implementazione di progetti, sistemi e relazioni di rete nell'ambito del supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare.
La documentazione probatoria dovrà essere inserita nella documentazione tecnica di cui al punto 16. del disciplinare di gara. Il DEC, individuato dal RUP del Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche, potrà partecipare agli incontri di supervisione sia per la verifica progettuale e metodologica dei percorsi sull'abitare sia per specifici temi e bisogni gestionali, organizzativi e formativi, ed in raccordo e collaborazione con il soggetto aggiudicatario. La supervisione metodologica e progettuale verrà effettuata almeno con incontri a cadenza mensile. Per la funzione di supervisione deve proporsi la descrizione delle modalità e delle tecniche.

Fabbisogno del DSM DP

Il numero di prestazioni annuali massime complessive previste per i percorsi di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare del DSM DP dell'AUSL di Bologna in un anno è calcolato su una media di 46 settimane lavorative annuali. Inoltre, il sostegno fornito all'utente è di tipo individualizzato, flessibile, intensivo e continuativo per cui non è possibile definire una media standard di prestazioni mensili o annuali per utente. Il valore della singola prestazione è dato dal Canone Unitario Minimo di Attività e per la sua definizione vedere il punto 5.8. Il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL di Bologna ha la titolarità di definire e indicare il bisogno prestazionale settimanale, mensile e annuale per ogni Unità Operativa e a gara aggiudicata si riserva di indicare e/o modificare l'entità delle prestazioni di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare assegnate ad ogni unità Operativa CSM / NPIA.
Il RUP comunicherà per iscritto al soggetto aggiudicatario, l'avvio e un piano di graduale implementazione dell'attività di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare nei CSM e nelle UU.OO. NPIA. L'avvio e lo svolgimento dell'attività di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare richiedono le contemporanee revisione e riconversione di parte dei Progetti individualizzati con Budget di Salute già in essere.
È previsto un massimo di 11 prestazioni mensili di attività di supervisione, per un massimo di 132 prestazioni annuali con Canone Unitario Minimo di Supervisione di € 38,00 IVA esclusa.

L'importo del Canone Unitario Minimo di Supervisione non sarà oggetto di parametrazione.

Tabella 2

Descrizione	Unità di misura	Canone Unitario Minimo di Attività (IVA esclusa)
Servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare	**1 prestazione di intervento = 1 ora di intervento**	**29,15 €**
Servizio di supervisione del supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare	**1 prestazione di intervento = 1 ora di intervento**	**38,00 €**

In Tabella 2 sono stabiliti il numero massimo di prestazioni annuali e il costo massimo annuale previsti per il servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare in favore dell'utenza del DSM DP dell'AUSL di Bologna.

Tabella 2

PRESTAZIONI E COSTI ANNUALI MASSIMI DEL SERVIZIO DI SUPPORTO ACCOMPAGNAMENTO INDIVIDUALE E DELLA MEDIAZIONE SOCIALE PER L'ABITARE – DSM DP AUSL DI BOLOGNA					
Prestazioni massime annuali di Servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare	**Importo massimo costo annuale Servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare**	**Prestazioni massime annuali di Supervisione**	**Importo massimo costo annuale di Supervisione**	**Costo totale massimo annuale del Servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare**	**Costo totale massimo annuale del Servizio di supporto accompagnamento individuale e della mediazione sociale per l'abitare + IVA 5%**
15.640	**455.906,00 €**	**132**	**5.016 €**	**460.922,00 €**	**483.968,10 €**

5.1.2. AREA SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ

5.1.2.1. Gli interventi educativi individuali e di gruppo

Gli interventi educativi individuali e di gruppo, in questa area hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva e la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive specificamente organizzate e/o già esistenti per tutti i cittadini, svolte nei contesti e nei luoghi di vita delle persone e/o in altri servizi e progetti comunitari. Si favorisce l'empowerment basato sulla partecipazione attiva e sul raggiungimento di un senso di padronanza e di controllo sul proprio sé e sull'ambiente. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, degli Enti del Terzo settore, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.
Tutte le azioni devono essere volte alla costruzione/riattivazione di rapporti e di relazioni in termini di affettività e di socialità/aggregazione, con particolare attenzione alla qualità del clima relazionale dei contesti proposti.
Anche all'interno di quest'area sono compresi gli interventi individuali di supporto effettuati con Esperti nel Supporto tra Pari (ESP). La filosofia e le prospettive attuali e future del contributo fornito dagli ESP sono stati già descritte al punto precedente *Area abitare/supporto alla domiciliarità.*
Aggiungiamo che gli ESP effettuano degli interventi con cui si pongono a fianco di altre persone e familiari e degli operatori, per mettere a disposizione l'energia, le motivazioni, la sensibilità e il sapere che vengono dal loro percorso personale.
In particolare, gli ESP forniscono un supporto nell'ambito delle attività terapeutiche e riabilitative socio-relazionali: vicinanza a persone in crisi, primo contatto nell'accoglienza di chi si rivolge al CSM, sostegno ed aiuto pratico a persone che faticano ad affrontare difficoltà della vita quotidiana, confronto con gli operatori di fronte a situazioni difficili, contributo ad orientare alla recovery i progetti di cura.

Sono previsti all'interno di questa Area, interventi individuali e attività di gruppo, ed in particolare si segnala la necessità di accompagnare e supportare le persone all'interno delle attività del Recovery College e di utilizzare forme innovative di sostegno come il Social Prescribing.
Quest'ultimo è uno strumento che prevede che le equipe dei CSM e eventualmente in raccordo con essi, i medici di medicina generale e/o gli assistenti sociali dei Servizi Sociali possano prescrivere alle persone, oltre a farmaci e interventi specialistici, anche attività sociali presenti sul territorio, riconoscendo il loro ruolo nel promuovere il benessere. Un operatore specializzato (link-worker) fa da raccordo tra i servizi sociosanitari e le opportunità del territorio, facilitando il coinvolgimento in attività sociali di persone con diversi problemi di salute - che spesso si intersecano con difficoltà sociali e di scarso accesso ai servizi - ma che sono in contatto con i medici di medicina generale, i servizi sociali o altre agenzie del territorio e promuovono interventi a supporto della salute mentale.
Si includono in quest'area, gli interventi individualizzati di supporto assistenziale, effettuati con operatori sociosanitari e in subordine con educatori, all'interno di strutture ospedaliere e di strutture residenziali dell'AUSL DSM DP, per persone con gravi disabilità psichiche, con problematiche organiche, gravosi nella loro gestione quotidiana e notturna, al fine di favorire la loro dimissione e il loro rientro al domicilio. Il ricorso a tali interventi a termine (massimo 2 mesi) anche con prestazioni sopra soglia è fortemente limitato ed è ritenuto eccezionale e straordinario. Pertanto, ne deve essere fatta richiesta con relazione scritta al RUP e al DEC e da questi deve essere autorizzata. Il soggetto aggiudicatario è tenuto a rispondere in tempi rapidi ad una richiesta di questo tipo di intervento ed un suo rifiuto è passibile di penalità e di altri provvedimenti previsti dalle clausole del presente Capitolato.

INTERVENTO	Interventi educativi/riabilitativi individuali e di gruppo, di sostegno alla socialità, attraverso l'affiancamento delle persone. Le buone relazioni permettono una migliore qualità della vita sociale, pertanto, l'intervento ha l'obiettivo di creare una rete amicale/affettiva, di ridare un'identità sociale alla persona e permettergli di pensarsi come "individuo nel mondo". Il supporto in quest'area è inteso fino ad un massimo di 500 prestazioni all'anno. Gli operatori, gli ESP monitorano e verificano il percorso con il CSM/UO NPIA, al massimo ogni sei mesi. Per le prestazioni dei link worker non considerare questa indicazione ma vedere i punti successivi.

5.1.2.2. IL SERVIZIO DI PRESCRIZIONE SOCIALE IN SALUTE MENTALE

Indicazioni della coprogrammazione

Nel corso del confronto e del dibattito del tavolo sulla socialità della citata Coprogrammazione, più che nelle altre aree, si sono evidenziati bisogni molto differenziati in base all'età, alle condizioni di vita e all'afferenza al Servizio di presa in carico della persona (Salute Mentale, Dipendenze, Adolescenti/Giovani).
Alcuni elementi però caratterizzano in modo trasversale tutti i profili:

a. Un bisogno raramente espresso

Il bisogno di socialità è spesso poco esplicitato e tende a modificarsi nel corso del tempo. Per questo le persone vanno aiutate a riconoscerlo e a coltivarlo attraverso attività mirate, diversificate in base alle caratteristiche e ai tempi di ciascuno. I percorsi non sono lineari: evolvono, si trasformano e richiedono di adattare di volta in volta le soluzioni proposte.

Gli utenti dichiarano più facilmente bisogni legati ad abitare e lavoro; la socialità rimane invece un bisogno implicito che va:

- suggerito
- fatto emergere attraverso sperimentazioni graduali
- riconosciuto e costruito insieme.

b. La socialità come fattore abilitante

La capacità di avere relazioni incide direttamente su abitare e lavoro (routine condivise, relazione con colleghi, vicinato) e allo stesso tempo, viene da essi generata. È quindi un asse trasversale, che abilita gli altri percorsi. Questo rende delicata la distinzione tra i diversi interventi, che tuttavia va operata con attenzione, evitando di formulare richieste inappropriate o non sostenibili — ad esempio attribuendo a un inserimento lavorativo domande che appartengono invece alla sfera della socialità o viceversa attribuire alla socialità bisogni legati alla domiciliarità/abitare.

c. I temi della socialità

- **Tempo libero e svago**
  Attività leggere, più o meno strutturate, contesti normalizzanti.
- **Identità e cittadinanza**
  Sentirsi parte della comunità più ampia, non solo di gruppi protetti.
- **Recupero di una dimensione sociale "comune"**
  Si tratta di un'esigenza molto sentita e le persone chiedono opportunità di relazione "normale" non connotate dal disagio grazie alle quali sentirsi parte della comunità più ampia.
- **Bisogno e rischio di protezione**
  L'idea che le persone con disagio psichico necessitano di contesti più protetti in cui sentirsi sicure produce un'eccessiva protezione che limita l'accesso a contesti più aperti.
- **Ritiro sociale e solitudine**
  Contrastare il ritiro sociale che si manifesta nella perdita progressiva del desiderio di relazione.
- **Bisogni affettivi e sessualità**
  Si tratta di un tema poco trattato ma ricorrente, che richiede spazi di confronto sicuri e non giudicanti. È un bisogno reale, spesso sommerso.
- **Stigma**
  Superare lo stigma è presente nei contesti sociali esterni, nelle famiglie, nelle persone stesse (auto-stigma).

d. Criticità e strategie emergenti sul tema degli interventi per la socialità

- **Carenza di presidi/luoghi dedicati alle opportunità**

  La dimensione della socialità è spesso affidata all'attivazione spontanea dell'utente o alla disponibilità dei contesti territoriali in cui viene inserito. Pur esistendo interventi specifici e forme di accompagnamento educativo, le opportunità concrete dipendono in larga misura dalla capacità di costruire e mantenere relazioni con associazioni, realtà di comunità ed enti locali.

La carenza di presidi/luoghi dedicati alle opportunità rende la socialità un ambito meno definito rispetto agli altri elementi del progetto: rimane esposta alla variabilità dei territori, alla fragilità della rete informale e alla discontinuità delle occasioni disponibili.

- **Casi complessi e flessibilità degli strumenti**
  Per rispondere in modo adeguato ai bisogni di socialità emersi, diventa necessario aumentare la flessibilità degli interventi, sia sul piano amministrativo sia sul piano delle risorse. L'attuale sistema, fondato prevalentemente sulla logica prestazionale, risulta efficace nei casi più semplici, caratterizzati da bisogni chiari, circoscritti e da patologie leggere e identificabili.
  Nei casi complessi, invece, tale modello mostra limiti significativi: la frammentazione in prestazioni non consente di ricomporre in modo dinamico e personalizzato l'insieme di azioni richieste, soprattutto quando gli obiettivi includono dimensioni come la socialità, l'appartenenza, il contrasto al ritiro e il rafforzamento dell'identità di cittadinanza.

- **Scarsità di spazi raggiungibili e accessibili**
  Si rileva anche un problema di raggiungibilità (trasporti per utenti residenti in aree periferiche e poco collegate con mezzi pubblici) e di accessibilità ai luoghi della socialità. Le occasioni di relazione si concentrano quasi esclusivamente nei contesti lavorativi, mentre il tempo libero rimane prevalentemente solitario, senza alternative reali per costruire relazioni e vivere momenti di comunità.

- **Assenza di rete**
  Le attività di socialità sono oggi realizzate principalmente dagli ETS disponibili con specificità legate ai diversi territori ma non sono collegate e integrate tra loro attraverso una rete diffusa e strutturata.

- **Risorse presenti ma non sempre utilizzabili**
  In molti territori le risorse per la socialità esistono, ma mancano figure (per es. Link Worker) che accompagnino gli utenti a utilizzarle, oppure manca la preparazione dei contesti stessi ad accogliere persone con fragilità. Il risultato è una disponibilità potenziale che non diventa opportunità reale.

Proposte della coprogrammazione

Dalle indicazioni emerse dal confronto dei tavoli anche per l'ambito specifico della Socialità del percorso di co-programmazione sono scaturite delle proposte innovative, alcune più generali altre più specifiche relativamente all'oggetto di questa parte del Capitolato di gara:

- Promuovere la città, i paesi e il territorio come spazio di relazione, sostenendo pratiche di cittadinanza attiva e sostegno reciproco.
- Attivare contesti territoriali accoglienti, flessibili e preparati all'inclusione e alla costruzione comune di opportunità di socialità ordinaria e non protetta.
- Sostenere l'importanza degli spazi informali o ibridi, intesi come luoghi destrutturati e non connotati nei quali l'utente può sentirsi meno vincolato e meno "preso in carico". Questi spazi svolgono un ruolo specifico nel promuovere socialità, autonomia e senso di appartenenza.
- Lavorare sul linguaggio e sulle rappresentazioni della salute mentale per ridurre lo stigma, per agire sul cambiamento dei contesti sociali, sensibilizzando luoghi e comunità.

- Coprodurre una progressione di soluzioni differenziate e promuovere le reti di attività orientate alla recovery che possono includere interventi di prossimità e spazi non connotati dal disagio che favoriscono una socialità spontanea.
- Promuovere una mappatura dinamica, con una conoscenza aggiornata e condivisa con la persona, delle risorse territoriali per poter comporre opportunità sostenibili e coerenti con i bisogni degli utenti.
- Introdurre figure professionali dedicate (Operatore di collegamento della Prescrizione Sociale – Social Prescribing Link Worker) che accompagnino gli utenti nell'accesso reale alle opportunità del territorio. La socialità non si esaurisce in un singolo intervento: si costruisce attraverso situazioni, incontri e contesti molteplici, capaci nel tempo di riattivare il desiderio di relazione dell'utente e capaci di raccordare utenti, servizi e territorio. Di conseguenza, richiede una logica più ampia e dalla flessibilità necessaria e orientata alla generazione di opportunità diffuse e continuative, piuttosto che all'erogazione puntuale di prestazioni.

Definizione e origini della Prescrizione Sociale

La prescrizione sociale (in inglese social prescribing) è un approccio salutogenico e biopsicosociale che consente ai professionisti sanitari e sociali di "prescrivere" servizi, attività e risorse presenti nella comunità locale, in affiancamento – e non in sostituzione – ai trattamenti clinici tradizionali. Sviluppata prevalentemente nel contesto anglofono e in particolare in Inghilterra, dove è oggi parte integrante del National Health Service (NHS), essa si va diffondendo in oltre 30 Paesi nel mondo, con crescente attenzione anche in Italia.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel suo documento guida "A toolkit on how to implement social prescribing" (2022) – tradotto in italiano grazie a una rete intersettoriale coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dal DoRS Regione Piemonte e dal CCW – Cultural Welfare Center – riconosce la prescrizione sociale come strumento chiave per ridurre le disuguaglianze sanitarie e per promuovere il benessere attraverso la valorizzazione delle risorse locali, culturali, sociali e comunitarie.

La prescrizione sociale è un mezzo che consente agli operatori sanitari di mettere in contatto i pazienti con una serie di servizi non clinici nella comunità per migliorare la salute e il benessere. La prescrizione sociale può contribuire ad affrontare le cause profonde dei problemi di salute e benessere dei pazienti, anziché limitarsi a trattare i sintomi. Pertanto, la prescrizione sociale rappresenta un approccio più olistico all'assistenza sanitaria, che promuove un'assistenza integrata basata sulla comunità e contribuisce a demedicalizzare l'erogazione dei servizi sanitari. La prescrizione può essere utilizzata per indirizzare i destinatari a una molteplicità di attività e servizi. Ogni comunità e contesto assistenziale esprime le proprie specifiche "prescrizioni sociali" ma in genere consistono in servizi di supporto alla salute mentale e all'l'inclusione sociale, consulenza finanziaria e abitativa nonché attività che promuovono l'attività fisica e l'espressione creativa di sé. (…)
La prescrizione sociale non è un intervento a sé stante, ma piuttosto un percorso che aiuta a rispondere ai bisogni del destinatario. (…)
La prescrizione sociale si basa sull'evidenza che occuparsi dei determinanti sociali della salute, come lo stato socioeconomico, la rete sociale, l'abitazione e l'istruzione, è la chiave per migliorare i risultati di salute. La prescrizione sociale consente di fornire un'assistenza più olistica e incentrata sulla persona. Inoltre, mette i destinatari in condizione di prendersi cura della propria salute e del proprio ben-essere. (…)

Tuttavia, è importante ricordare che la prescrizione sociale non un valore in quanto intervento in sé: il suo successo dipende dal buon funzionamento dei servizi a cui il destinatario viene indirizzato. (…)[4]

La prescrizione sociale in Italia

In Italia la prescrizione sociale è ancora in fase di sviluppo, con esperienze pilota avviate in diverse regioni. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha previsto l'attivazione di gruppi di cammino e attività fisica. Le Case della Comunità, istituite dal D.M. n.77/2022, rappresentano il contesto più idoneo per ospitare modelli di prescrizione sociale integrata. Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030 include esplicitamente la prescrizione sociale tra gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria, prevedendo la formalizzazione della figura del link worker.

Tra i progetti italiani già riconosciuti a livello europeo si segnalano: la rete Musei Toscani per l'Alzheimer, il programma Dance Well per persone con Parkinson, il progetto Nati per Leggere e la rete "Archivi e salute" per anziani con demenza. L'esperienza trentina nell'ambito del progetto europeo COPE per giovani NEET rappresenta un ulteriore esempio di applicazione in salute mentale.

Prescrizione sociale, salute mentale e destinatari

Sebbene la prescrizione sociale possa giovare a chiunque, le persone che presentano alcuni specifici determinanti sociali della salute potrebbero trarne maggiori benefici. Tra queste, vi sono le persone che vivono in condizioni di povertà, che hanno vissuto situazioni stressanti nei primi anni di vita, che vivono la disoccupazione o l'esclusione sociale e che hanno maggiori probabilità di risultati negativi per la salute, come una peggiore salute mentale e malattie croniche. Queste persone presentano la più forte disuguaglianza e la maggiore vulnerabilità a risultati di salute peggiori.
Le evidenze dimostrano che le persone più svantaggiate in partenza, o che hanno determinanti sociali della salute che danno luogo a risultati sanitari comparativamente peggiori, tendono a beneficiare maggiormente della prescrizione sociale. La prescrizione sociale è quindi una pratica che può contribuire ad aumentare l'equità nella salute, riducendo le disuguaglianze di salute all'interno di una comunità locale.[1]

In ambito di salute mentale la prescrizione sociale assume un ruolo particolarmente rilevante, poiché consente di affrontare i determinanti sociali della salute – isolamento, povertà, mancanza di lavoro, disagio abitativo – che influenzano direttamente il benessere psicologico.
Premesso che i destinatari dell'attività di prescrizione sociale della gara a procedura aperta in oggetto sono gli utenti con disturbi psichici in carico alle UU.OO. CSM / NPIA del DSM DP dell'AUSL di Bologna, questo strumento e metodo, in generale si è rivelato efficace per:

- persone con disturbi mentali comuni (ansia, depressione, stress cronico);
- persone sole o socialmente isolate, inclusi anziani e giovani NEET;
- persone con patologie croniche che presentano comorbilità psicologiche;
- utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale in percorsi di recovery e riabilitazione psicosociale;
- persone vulnerabili per condizione socio - economica, età o background migratorio.

[4] A toolkit on how to implement social prescribing, World Health Organization (OMS) Regional Office for the Western Pacific, 2022
Traduzione italiana in Un kit di strumenti per la prescrizione sociale, CCW-Cultural Welfare Center

Le evidenze scientifiche disponibili documentano miglioramenti in termini di salute mentale, riduzione del senso di solitudine, incremento del senso di connessione sociale e un miglioramento della propria salute mentale e fisica. L'integrazione strutturata di attività artistiche, musicali, teatrali, di danza e legate al patrimonio culturale nei percorsi di prescrizione sociale apporta benefici comprovati sul piano del benessere psicologico e della coesione sociale.

Specifiche del Servizio

Il servizio oggetto del presente capitolato comprende la progettazione, la realizzazione, la valutazione ed il coordinamento dei percorsi di prescrizione sociale che devono essere definiti, inseriti ed integrati, nel quadro più ampio di obiettivi, di azioni e di risposte che è prima il programma di cura e riabilitazione del Servizio CSM/NPIA e poi il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute, condivisi con l'utente e con l'equipe delle diverse UU.OO. CSM/NPIA del DSM DP.
La gestione del servizio per la realizzazione dei percorsi di prescrizione sociale deve delinearsi attraverso l'attività di progettazione/esecuzione/valutazione nonché attraverso l'attività di supervisione metodologica/progettuale e di formazione, che il soggetto aggiudicatario deve essere in grado di garantire e di eseguire con le modalità ed alle condizioni sottoelencate.
Inoltre, il soggetto aggiudicatario deve essere in grado di fornire il servizio in oggetto, attraverso professionisti che hanno un background (formazione e cultura professionale, esperienza) sulla prescrizione sociale, deducibile dal curriculum vitae, garantendone entro 30 giorni, la sostituzione per assenze lunghe o cessazioni dal Servizio.
Il soggetto aggiudicatario fornirà i curricula dei professionisti impiegati dopo l'aggiudicazione della gara e prima della firma del contratto.

L'assenza o l'insufficienza di tali condizioni e competenze comporta la mancata sottoscrizione del contratto e l'incameramento da parte dell'Azienda USL della garanzia provvisoria.
Il soggetto aggiudicatario, dopo l'aggiudicazione della gara, deve assicurare, ai propri professionisti, una formazione costantemente aggiornata sulle novità della prescrizione sociale.
I punti seguenti riguardano principalmente il soggetto aggiudicatario ma anche le connessioni con il ruolo e le competenze dei soggetti istituzionali coinvolti.

Il modello operativo

Il Servizio di prescrizione sociale Budget di Salute è impostato secondo alcuni concetti ed elementi che indirizzano la metodologia di lavoro e lo stile operativo nell'ambito dell'Area socialità dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con Budget di Salute che fin dall'inizio coinvolgono in modo integrato, l'equipe del Centro Salute Mentale del DSM DP, l'utente, i familiari ed altri soggetti pubblici e privati della comunità. Questi concetti ed elementi danno fondamento al programma e sono cruciali al fine di assicurare la disponibilità del servizio a tutti gli utenti che ne hanno necessità, il rispetto delle scelte degli utenti e l'efficacia dell'intervento nel raggiungimento e nel sostegno degli obiettivi socioriabilitativi e sociali. Pertanto, il soggetto aggiudicatario, secondo i concetti e gli elementi di metodo prescrizione sociale Budget di Salute, dovrà indicare gli indirizzi della propria progettazione, le fasi operative, e con quali strumenti progettuali e metodologia di lavoro verranno perseguiti e di quali strumenti valutativi ci si doterà per verificare il reale rispetto e l'ottemperanza degli obiettivi e della metodologia.
Un percorso classico di prescrizione sociale prevede tre componenti fondamentali: il riferimento da parte di un professionista sanitario o sociale (medico di medicina generale, infermiere, assistente sociale, psichiatra, ecc.); la presa in carico da parte di un operatore di collegamento, il Link

Worker; il raccordo con attività, gruppi e servizi presenti nella comunità territoriale. Il modello si fonda su un approccio centrato sulla persona e sulle sue risorse, allontanandosi da una visione esclusivamente "riparativa" della malattia per valorizzare le potenzialità individuali e sociali.
Le attività comunemente prescritte comprendono: esercizio fisico e gruppi di cammino, laboratori artistici e culturali, orti urbani, gruppi di supporto tra pari, volontariato, attività occupazionali, sostegno per l'esercizio di diritti sociali (accesso al credito, all'alloggio, ecc.).

Le fasi della prescrizione sociale

Per gestire l'attuazione del progetto come processo ricorsivo, si può adottare un modello specifico, come il ciclo di Progettazione-Sperimentazione-Studio-Attuazione (PSSA) (Plan-Do-Study-Act PSDA cycle). Il ciclo di PSSA consente miglioramenti graduali nel tempo. Ogni fase è ben distinta, ma non è necessariamente solo unidirezionale.[1]

a. Analizzare la situazione

È importante condurre un'analisi della situazione per comprendere il contesto in cui la prescrizione sociale deve essere implementata. Un'analisi della situazione faciliterà la comprensione del contesto socioculturale locale e aiuterà a esaminare le lacune tra i bisogni della persona e l'offerta di servizi e attività.
Questo potrà aiutare a valutare la fattibilità dell'attuazione del programma e definire i risultati attesi del progetto. E' importante condurre una breve analisi della situazione all'inizio del percorso di prescrizione sociale, condividendo le informazioni con l'equipe di progetto individualizzato con Budget di Salute.

L'analisi della situazione dovrebbe consistere anche in una consultazione con le principali parti interessate: operatori CSM / NPIA, utenti, assistenti e partner della comunità, compresi i rappresentanti di altri servizi sanitari, sociali e del volontariato.

b. Costituire l'equipe di progetto del PTRI con BdS per l'attuazione

L'equipe di progetto del PTRI con BdS pianificherà e supervisionerà, insieme all'utente, l'attuazione del programma di prescrizione sociale. La composizione del gruppo può variare a seconda della persona in carico. L'équipe è guidata dal servizio sanitario territoriale locale (CSM/NPIA) e avrà un operatore di riferimento (case manager) dello stesso Servizio.

c. Sviluppare un piano di lavoro per l'attuazione

Una volta individuati e riuniti i membri dell'equipe di progetto del PTRI con BdS, il gruppo dovrà incontrarsi per concordare gli obiettivi e le prestazioni, per formulare un piano di lavoro e per delineare le aree di cui occuparsi. Si noti che queste aree non devono essere affrontate tutte in una volta, e che alcune di esse potrebbero continuare a essere riviste durante la fase di attuazione. Nello sviluppo del piano di lavoro, può essere utile prendere in considerazione anche alcuni dei punti menzionati nella fase sull'analisi della situazione.

a. Mappare le risorse della comunità locale

Le risorse della comunità a cui i destinatari possono essere inviati sono molteplici. In genere, si tratta di servizi e attività già esistenti nella comunità locale, nelle aree dei servizi, della socialità e della formazione-istruzione e altro.

Nel corso dell'attuazione della prescrizione sociale, potrebbero essere individuati alcuni servizi/attività altamente richiesti, ma attualmente non disponibili a livello locale. In alcuni casi, potrebbe essere possibile coinvolgere organizzazioni di volontariato locali e associazioni della comunità locale per assolvere questo compito. Per raccogliere queste informazioni è necessario fin dall'inizio predisporre un solido sistema di mappatura delle opportunità oppure avvalersi di attività

di mappatura esistenti (per es. Mappatura dinamica), sempre e in entrambi i casi con il coinvolgimento della persona.

b. Coinvolgere tutti

Una volta formulato il progetto, il passo successivo consiste nel mobilitare gli attori chiave del percorso di prescrizione sociale, tra cui l'utente stesso.

c. Formare l'Operatore di Collegamento (Link Worker)

Le conoscenze e le competenze dell'operatore di collegamento della prescrizione sociale (Social Prescribing Link Worker – SPLW) dovranno essere acquisite attraverso specifici percorsi formativi, garantiti dal soggetto aggiudicatario, quali:

- Formazione introduttiva al modello di prescrizione sociale e al contesto normativo di riferimento;
- Formazione sulle tecniche di colloquio motivazionale e di supporto alla persona;
- Aggiornamento periodico sulla rete dei servizi e delle risorse comunitarie locali;
- Formazione specifica sulla salute mentale e sulle fragilità psicosociali;
- Formazione sui temi della disuguaglianza in salute e dell'inclusione sociale;
- Partecipazione regolare a sessioni di supervisione individuale e di gruppo.

Con il servizio di prescrizione sociale attivo ed operante, si raccomanda l'adozione di un approccio *whole practice*, con sessioni formative condivise tra tutti i professionisti coinvolti nei servizi CSM / NPIA, partner e stokeholder coinvolti.

d. Monitorare e Valutare

Il monitoraggio e la valutazione dovrebbero essere integrati nel piano di lavoro di un programma di prescrizione sociale.
Monitoraggio: Valutazione di processo dell'intervento, che aiuta a accertare se gli obiettivi sono stati raggiunti nei tempi e nei limiti previsti dal Progetto individualizzato con Budget di Salute. Un monitoraggio tempestivo può aiutare a individuare i fattori che facilitano o creano ostacoli al successo dell'attuazione della prescrizione sociale. Ciò può fornire informazioni preziose che consentono di ridefinire l'intervento per migliorarne l'impatto. Il monitoraggio prevede la raccolta di dati quantitativi e qualitativi e deve essere effettuato durante tutta la durata della realizzazione. Pertanto, è importante che il monitoraggio sia parte integrante del progetto di attuazione.
Valutazione: in itinere e a fine percorso per determinare se gli obiettivi sono stati raggiunti in modo efficiente ed efficace. La valutazione genera le prove per dimostrare se la prescrizione sociale è efficace ed economicamente vantaggiosa nel contesto dato. La valutazione può essere utilizzata per valutare l'impatto dell'intervento, ad esempio i cambiamenti percepiti nella salute e nel benessere e nell'impegno delle reti sociali e della comunità nei confronti della persona.

Seguendo i punti sopradescritti, si chiede al soggetto aggiudicatario di definire e proporre con maggiore dettaglio, anche sulla base della propria esperienza, le possibili modalità e strategie di intervento rivolte alla persona e ai contesti comunitari.

Il Profilo professionale dell'Operatore di collegamento per la Prescrizione Sociale (Social Prescribing Link Worker - SPLW)

Il Link Worker è la figura centrale del modello di prescrizione sociale. Agisce come punto di raccordo tra il sistema sanitario-sociale e le risorse della comunità, con l'obiettivo di esortare le persone a prendersi cura della propria salute e del proprio benessere attraverso un approccio olistico, personalizzato e basato sulle risorse (asset-based approach). Lavora in vera collaborazione con le persone nel tempo, valutando bisogni e preoccupazioni e sviluppando un

piano di benessere centrato sulla persona. In ambito di salute mentale, il Link Worker opera a supporto dei percorsi di recovery, riduzione dell'isolamento sociale e prevenzione del disagio psichico.

Principali aree di responsabilità

La presente job description è stata elaborata sulla base del Job Description irlandese per il Social Prescribing Link Worker (Trim Family Resource Centre, 2023), adattato al contesto italiano con riferimento ai modelli e alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2022), del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale 2025-2030 (Ministero della Salute), del D.M. 77/2022 (Case della Comunità) e della letteratura scientifica nazionale e internazionale sul ruolo del Link Worker.
La job description non costituisce un elenco esaustivo di tutte le mansioni e potrà essere aggiornata in funzione dell'evoluzione del programma e delle normative di riferimento.

Di seguito i puniti principali:

A. Presa in carico individuale e pianificazione del benessere.

- ✓ Ricevere e gestire le segnalazioni provenienti dai servizi del DSM DP (CSM, UO NPIA)
- ✓ Condurre colloqui di valutazione dei bisogni in modo non giudicante, con approccio empatico e centrato sulla persona, raccogliendo il consenso informato.
- ✓ Co-produrre con la persona un piano di benessere personalizzato, identificando attività, gruppi e servizi comunitari più adeguati ai bisogni e alle preferenze, attraverso lo strumento del PTRI con Budget di Salute.
- ✓ Accompagnare, ove necessario, la persona nell'accesso ai gruppi e servizi individuati (compresi Cure Primarie, Servizi Sociali territoriali, ASP, ASC, altri Servizi socio-sanitari) garantendo un supporto di raccordo continuo lungo tutto il percorso.
- ✓ Gestire il proprio carico di lavoro (caseload), insieme all'equipe CSM / NPIA e mantenendo contatti periodici di follow-up con ogni persona presa in carico.
- ✓ Riconoscere i limiti del proprio ruolo e, quando necessario, rinviare la persona a professionisti qualificati (psicologi, psichiatri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, infermieri) dei CSM / UU.OO. NPIA per bisogni che esulano dalla prescrizione sociale.

B. Approccio olistico alla salute

- ✓ Valutare il beneficiario nella sua globalità, considerando dimensioni fisiche, psicologiche, sociali, economiche e ambientali;
- ✓ Identificare i determinanti sociali della salute che influenzano il benessere della persona;
- ✓ Supportare l'accesso a risorse per il benessere mentale, il sostegno finanziario, l'alloggio e l'inclusione sociale;
- ✓ Adottare un approccio basato sulle risorse (asset-based), valorizzando le capacità e le potenzialità della persona.

C. Lavoro di rete e collaborazione interistituzionale

- ✓ Costruire e mantenere relazioni collaborative con i professionisti sanitari del DSM DP dell'AUSL di Bologna, i medici di medicina generale, gli assistenti sociali e altri operatori sociali e sanitari. I servizi di prescrizione sociale e i link worker sono strettamente integrati con le attività dei servizi CSM / UO NPIA.

- ✓ Sviluppare e aggiornare una mappa completa delle risorse comunitarie locali: associazioni di volontariato, cooperative sociali, enti culturali, gruppi di auto-mutuo aiuto, servizi sportivi e ricreativi.
- ✓ Accompagnare l'utente in attività orientate alla recovery (per es. Mappatura dinamica, Recovery college)
- ✓ Partecipare attivamente alle riunioni di équipe multiprofessionali di servizio CSM / UO NPIA, di supervisione e ad eventuali tavoli di territoriali distrettuali e aziendali su richiesta e su mandato del DSM DP.
- ✓ Promuovere la consapevolezza sulla prescrizione sociale presso gli operatori sanitari di CSM / UO NPIA, sensibilizzando sulle modalità di invio appropriate, secondo la metodologia del Budget di Salute.
- ✓ Collaborare con i partner comunitari per identificare bisogni non soddisfatti e sostenere lo sviluppo di nuove opportunità locali anche all'interno dei percorsi di co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore.

D. Monitoraggio, valutazione e documentazione

- ✓ Somministrare strumenti di valutazione standardizzati (Recovery Star) per rilevare l'impatto della prescrizione sociale su salute, benessere e qualità di vita delle persone.
- ✓ Documentare i colloqui e le attività svolte nel rispetto della normativa sulla privacy (GDPR) e delle procedure dell'AUSL di Bologna.
- ✓ Aggiornare il database programma CURE sulle prestazioni di prescrizione sociale.
- ✓ Produrre report periodici sull'andamento del servizio, da condividere con i referenti aziendali (RUP, DEC e con le equipe di Servizio CSM / UO NPIA invianti.
- ✓ Contribuire alla costruzione di un'evidenza scientifica del servizio, collaborando con eventuali partner di ricerca accademica.

E. Sviluppo professionale

- ✓ Partecipare regolarmente alla supervisione individuale e/o di gruppo con il Supervisore e con il Referente Tecnico Dipartimentale e/o Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) del programma.
- ✓ Intraprendere percorsi di formazione continua su temi di salute mentale di comunità, approcci salutogenici, tecniche di colloquio motivazionale e tutela dei soggetti vulnerabili.
- ✓ Contribuire ai processi di miglioramento delle attività del Servizio di riferimento CSM / NPIA.

Competenze e capacità richieste

B. Conoscenze specifiche

- ➢ Conoscenza dei determinanti sociali della salute (condizioni economiche, abitative, lavorative) e del loro impatto sul benessere psicologico e fisico.
- ➢ Conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei servizi socio-sanitari a livello distrettuale e territoriale.
- ➢ Familiarità con i modelli di recovery e con i principi della salute mentale di comunità.
- ➢ Conoscenza dell'approccio asset-based e delle metodologie di lavoro con piccoli gruppi e comunità.
- ➢ Conoscenza dei temi della povertà, dell'esclusione sociale e delle disuguaglianze di salute.

- Conoscenza del territorio e familiarità con i servizi e le risorse comunitarie del territorio di riferimento
- Buona padronanza degli strumenti informatici (Office, database, piattaforme per la gestione dei casi).
- Conoscenza delle normative in materia di privacy (GDPR), tutela dei soggetti vulnerabili e salute e sicurezza sul lavoro.

C. Competenze trasversali e relazionali

- Ascolto attivo, empatia e capacità di costruire relazioni di fiducia con persone di background diversi, in modo non giudicante.
- Capacità di motivare e supportare le persone nel percorso verso il proprio benessere, valorizzando le loro potenzialità (approccio strengths-based).
- Comunicazione efficace, verbale e scritta, con diversi interlocutori (utenti, famiglie, professionisti, partner istituzionali).
- Capacità di pianificazione, organizzazione e gestione autonoma del proprio lavoro, anche in condizioni di pressione.
- Capacità di valutazione del rischio e di individuazione dei limiti del proprio mandato professionale.
- Flessibilità, adattabilità e apertura a lavorare in contesti in evoluzione e con approcci innovativi.
- Capacità di lavoro sia autonomo che in contesti multiprofessionali e multi-stakeholder.

Titolo di studio ed esperienza

L'Operatore di collegamento per la Prescrizione Sociale (Link Worker) può possedere diversi background professionali.

Sono richiesti obbligatoriamente:

- Titolo di studio: Laurea triennale o magistrale in ambito sociale, psicologico, educativo, riabilitativo o equivalente
- Formazione specifica sulla prescrizione sociale
- Esperienza professionale: Almeno 1 anno di esperienza documentata con CV in ambito sociale, sanitario, comunitario o del Terzo Settore
- Possesso di patente di guida e disponibilità agli spostamenti sul territorio

Non sono obbligatori ma sono requisiti che attribuiscono ulteriore punteggio:

- Esperienza di lavoro diretto con persone in condizione di vulnerabilità (individuale, in gruppo o in contesti comunitari)
- Esperienza di lavoro in rete e collaborazione con organizzazioni diverse (servizi pubblici, terzo settore, associazionismo)

Coordinamento dipartimentale

Il soggetto aggiudicatario garantisce la gestione progettuale ed operativa del servizio di prescrizione sociale e il coordinamento delle proprie attività.
Il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche ha diretta responsabilità e l'Azienda USL di Bologna individua il proprio Responsabile Unico di Progetto (RUP) e il proprio Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) con funzione di raccordo con il soggetto aggiudicatario e di coordinamento, relativamente al controllo e alla verifica degli invii e delle prese in carico,

dell'andamento, della quantità e della qualità dei percorsi svolti, del raggiungimento degli esiti, degli aspetti organizzativi e gestionali, dell'effettivo svolgimento dei percorsi di monitoraggio e di valutazione [vedi punto 4.3.6. RUP / DEC Lotti 1, 2, 3 e 4 – Tavoli Tecnici (Lotti 1, 2 e 3), Nuclei Operativi (Lotto 4) tra DSM DP e soggetto aggiudicatario].

Supervisione

La supervisione garantisce il supporto nella gestione e nella verifica dei percorsi di prescrizione sociale. Inoltre, con essa si verifica la qualità metodologica, progettuale e del lavoro di rete ed il raggiungimento degli esiti. Il soggetto aggiudicatario dovrà garantire la supervisione degli operatori di prescrizione sociale che verrà effettuata da professionisti esperti sul tema.
I supervisori (soggetto aggiudicatario) dovranno avere un'esperienza di almeno 3 anni nella progettazione e nell'implementazione di progetti, sistemi e relazioni di rete nell'ambito della prescrizione sociale.
La documentazione probatoria dovrà essere inserita nella documentazione tecnica di cui al punto 16 del disciplinare d gara.
Il DEC, individuato dal RUP del Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche, potrà partecipare agli incontri di supervisione sia per la verifica progettuale e metodologica dei percorsi di prescrizione sociale sia per specifici temi e bisogni gestionali, organizzativi e formativi, ed in raccordo e collaborazione con il soggetto aggiudicatario.
La supervisione metodologica e progettuale verrà effettuata almeno con incontri a cadenza mensile.

Per la funzione di supervisione deve proporsi la descrizione delle modalità e delle tecniche.

Fabbisogno del DSM DP

Il numero di prestazioni annuali complessive previste per i percorsi di prescrizione sociale del DSM DP dell'AUSL di Bologna in un anno è calcolato su una media di 46 settimane lavorative annuali. Inoltre, il sostegno fornito all'utente è di tipo individualizzato, flessibile, intensivo e continuativo per cui non è possibile definire una media standard di prestazioni mensili o annuali per utente.
Il valore della singola prestazione è dato dal Canone Unitario Minimo di Attività e per la sua definizione vedere il punto 5.8.
Il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL di Bologna ha la titolarità di definire e indicare il bisogno prestazionale settimanale, mensile e annuale per ogni Unità Operativa e a gara aggiudicata si riserva di indicare e/o modificare l'entità delle prestazioni di servizio di prescrizione sociale assegnate ad ogni unità Operativa CSM / NPIA.
Il RUP comunicherà per iscritto al soggetto aggiudicatario, l'avvio e un piano di graduale implementazione dell'attività di prescrizione sociale nei CSM e nelle UU.OO. NPIA. L'avvio e lo svolgimento dell'attività di prescrizione sociale richiedono le contemporanee revisione e riconversione di parte dei Progetti individualizzati con Budget di Salute già in essere.

È previsto un massimo di 11 prestazioni mensili di attività di supervisione, per un massimo di 132 prestazioni annuali con Canone Unitario Minimo di Supervisione di € 38,00 IVA esclusa.

L'importo del Canone Unitario Minimo di Supervisione non sarà oggetto di parametrazione.

Tabella 3

Descrizione	Unità di misura	Prezzo orario € (IVA escluso)
Servizio di prescrizione sociale	**1 prestazione di intervento = 1 ora di intervento**	**29,15 €**
Servizio di supervisione per Link Worker	**1 prestazione di intervento = 1 ora di intervento**	**38,00 €**

In Tabella 4 sono stabiliti il numero massimo di prestazioni annuali e il costo massimo annuale previsti per il servizio di prescrizione sociale in favore dell'utenza del DSM DP dell'AUSL di Bologna.

Tabella 4

PRESTAZIONI E COSTI ANNUALI DEL SERVIZIO DI PRESCRIZIONE SOCIALE – DSM DP AUSL DI BOLOGNA					
Prestazioni massime annuali di Servizio di prescrizione sociale	**Importo massimo costo annuale Link Worker della Prescrizione Sociale**	**Prestazioni massime annuali di Supervisione**	**Importo massimo costo annuale di Supervisione**	**Costo totale massimo annuale del servizio di Prescrizione Sociale**	**Costo totale massimo annuale del servizio di Prescrizione Sociale + IVA 5%**
18.400	**536.360,00 €**	**132**	**5.016 €**	**541.376,00 €**	**568.444,800 €**

5.1.3 AREA FORMAZIONE/LAVORO

Sul piano dei valori, il lavoro ha in sé una forte valenza relazionale e sociale, ma anche e soprattutto di autonomia, di diritto di reddito e di cittadinanza. È un tassello importante nel quadro esistenziale della persona e nell'ambito del progetto terapeutico riabilitativo complessivo.
Si è sempre pensato che "per la persona in cura la possibilità di raggiungere una posizione lavorativa significativa è spesso il segno più tangibile di inclusione sociale, con effetti importanti sull'autostima, sul benessere relazionale, sulla autonomia personale e, secondo alcuni studi, anche sulla stabilizzazione sintomatologica." (Gruppo di Lavoro Regionale - Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011, Regione Emilia-Romagna, 2010, elaborato finale "Sviluppo organizzativo e professionale nell'area salute mentale. Gli inserimenti lavorativi").
Perché questo sia possibile è necessario che, nel merito del progetto individualizzato, insieme ai generali aspetti assistenziali e riabilitativi, si tengano in forte considerazione anche i bisogni di autonomia della persona, inclusi gli aspetti di inserimento lavorativo. Il progetto deve stimolare e sostenere la persona a scegliere e a riacquisire le abilità e le competenze lavorative per potersi affermare come individuo, a formarsi e a lavorare, ad essere economicamente autonomo e socialmente funzionante per ritornare ad abitare e a vivere nella comunità.
Più specificatamente, per molte persone che hanno condizioni marcate di sintomatologia, di disabilità primaria o di disfunzionalità relazionale – sociale, risultano necessari interventi sociali riabilitativi attivi e percorsi di riabilitazione prolungata. Sono un'opportunità importante per persone che non chiedono e non sono in grado di reggere un lavoro e per i quali la dimensione terapeutico – riabilitativa è centrale nel progetto individualizzato.

Il progetto individualizzato attraverso i percorsi di tirocinio per la transizione al lavoro e/o di accompagnamento al lavoro può anche offrire un ciclo di formazione al lavoro, con la mediazione tra le abilità della persona e le necessità produttive, con la promozione di azioni facilitanti ed incentivanti, con la negoziazione su conflitti e pregiudizi tra persona e impresa, con la sensibilizzazione verso atteggiamenti eticamente e socialmente responsabili del mondo delle imprese e dell'intera comunità. Include attività rivolte soprattutto a persone il cui funzionamento personale e sociale necessita di essere rinforzato in alcune aree o colmato in alcune lacune, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica. Si interviene soprattutto per l'apprendimento di un mestiere o di una professione specifica e per l'acquisizione di una qualifica, cercando di controllare e di operare sui fattori negativi quali problemi comportamentali, relazionali ed emotivi che possono rendere la persona poco attraente ed interessante per i datori di lavoro (la sua occupabilità).
Infine, il progetto individualizzato e l'equipe di progetto possono indirizzarsi su un modello place and train (IPS) che prevede l'assistenza alle persone nella ricerca di una occupazione in tempi relativamente brevi, per poi fornire il training individualizzato e un sostegno adatto alla tipologia di lavoro trovata e alle caratteristiche della persona. A differenza del metodo tradizionale della mediazione al lavoro, l'operatore non si sostituisce alla persona nella ricerca del lavoro o nei contatti/rapporti con i contesti ma lo «sostiene» nel processo di ricerca attiva e nel mantenimento dell'occupazione oppure può eventualmente affiancarlo se esplicitamente richiesto.
I percorsi e le attività in ambito lavorativo possono essere di tipo riabilitativo o formativo o lavorativo e come si spera con fasi evolutive, passanti da uno stadio ad uno successivo.
In questo schema articolato di attività formative lavorative non c'è cosa è meglio o cosa è peggio, non ci sono attività ed operatori migliori rispetto agli altri, ma vi sono le attività ed i percorsi che in quel dato momento ed in quel particolare contesto sono adeguate ed opportune per quell'individuo. Una condizione reversibile, che nel tempo può portare la persona a cambiare tipologia di percorso sia in un senso che nell'altro; ciò rende attuali e necessari tutti i tipi di intervento e dovrebbe far convergere gli operatori IPS, gli operatori degli inserimenti lavorativi e della salute mentale verso un reciproco accordo e una costante collaborazione.
E alla fine devono essere legittimamente le persone a poter porre delle richieste di lavoro che talvolta vanno nella direzione del libero mercato e talvolta verso situazioni di maggiore protezione. Tali indicazioni devono essere intese sempre come vere, come scelte e non come semplici pareri, meritando entrambe di essere sempre prese seriamente in considerazione.

Gli interventi di quest'area si realizzano attraverso il supporto allo svolgimento del Tirocinio di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione (tirocini inclusivi), del Tirocinio (di orientamento e formazione), con l'accompagnamento al lavoro e con il supporto individuale all'impiego (IPS) young.

5.1.3.1. Percorsi socio-riabilitativi per persone che per complessità e disabilità richiedono contesti protetti e con affiancamento di operatori, singolarmente o in gruppo (attività e progetti a forte valenza riabilitativa, occupazionale e socializzante). Attività riabilitative formalizzate con *Tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione***,** proposti, supervisionati e verificati dal DSM DP, in qualità di soggetto promotore; i soggetti ospitanti aggiudicatari, attuano e coordinano i Tirocini inclusivi su cui sono coinvolti, con reperimento e disponibilità di contesti d'inserimento, con tutoraggio e con supporto diretto al percorso della persona. Il Dipartimento attiva le coperture assicurative necessarie ed eroga le risorse previste e definite, secondo le proprie procedure.

5.1.3.2. Percorsi di formazione al lavoro per persone che, pur avendo parziali limiti di autonomia e difficoltà in alcune aree di funzionamento personale, relazionale, sociale e lavorativo, possono svolgere compiti e mansioni senza il supporto continuativo degli operatori. Tali percorsi si svolgono con Tirocini inclusivi o con tirocini – è possibile per entrambi la formalizzazione e la certificazione delle competenze (Scheda capacità conoscenze). I Tirocini inclusivi o i tirocini sono proposti, supervisionati e verificati dal DSM-DP, in qualità

di soggetto promotore; i soggetti ospitanti aggiudicatari attuano e coordinano i Tirocini inclusivi o i tirocini su cui sono coinvolti, con reperimento e disponibilità dei contesti d'inserimento, con tutoraggio e con supporto diretto al percorso della persona. Il Dipartimento in qualità di soggetto promotore, attiva le coperture assicurative necessarie ed eroga le risorse previste e definite per i Tirocini inclusivi o i tirocini secondo le leggi, i regolamenti e le proprie procedure e definite dal progetto formativo.

5.1.3.3. Percorsi di accompagnamento al lavoro per persone che avendo superato una condizione iniziale con limiti di autonomia e difficoltà, possono svolgere un percorso per poter conseguire un'assunzione lavorativa. Il servizio di accompagnamento al lavoro persegue gli obiettivi di sostenere la realizzazione di un'esperienza lavorativa, di garantire un supporto nella ricerca attiva del lavoro e nella definizione di un progetto professionale, di offrire un supporto nella fase di ingresso nel mercato del lavoro e di costruire sul territorio una rete di relazioni con attori pubblici e privati per reperire le opportunità lavorative. L'accompagnamento al lavoro è un servizio che normalmente consta di tre fasi di attività:

- Scouting delle opportunità occupazionali: l'operatore individua le imprese e le opportunità occupazionali più adatte al profilo della persona, nelle quali potrebbe essere inserita in relazione alle sue caratteristiche;
- Matching - incrocio domanda/offerta: l'operatore individua l'impresa presso la quale la persona viene inserita, identifica la tipologia contrattuale più funzionale - tempo indeterminato, determinato, somministrazione, apprendistato - gestisce i rapporti con l'impresa coinvolta, presidia la procedura di avvio del rapporto;
- Sostegno nella fase di inserimento: l'operatore supporta la persona nel momento di avvio - accompagnamento nel luogo di lavoro, supervisione dell'avvio, prime verifiche attraverso contatti telefonici o diretti, ecc.

Eventuali attività formative e di inserimento al lavoro, che vedono i coinvolti i Partner aggiudicatari e finanziate da altri Enti o Istituzioni (per es. Programma GOL o operazioni Fondo Regionale Disabili) possono essere rese disponibili e rientrano tra le attività di inserimento lavorativo previste nel contratto e nel finanziamento del presente Capitolato.
È possibile garantire un'azione di tutoraggio e di supporto attraverso un Progetto individualizzato con BdS per i percorsi formativi e lavorativi, di tirocinio, promossi e finanziati da soggetti pubblici o privati che non prevedano in modo diretto o indiretto, alcun emolumento o contributo economico in favore del partner aggiudicatario.
Non è possibile per il Partner aggiudicatario percepire due finanziamenti diversi da Soggetti o Enti diversi per il tutoraggio di uno stesso tirocinio o per il supporto alla stessa attività lavorativa.

5.1.3.4. Supporto Individuale all'Impiego per i giovani - Individual Placement and Support (IPS) Young

Una quarta tipologia di attività lavorativa è orientata esplicitamente al supporto all'impiego nel libero mercato competitivo e impostata secondo il modello "place and train". Lo sviluppo delle competenze socioprofessionali si basa sul contemporaneo collocamento e formazione, capovolgendo la pratica di fornire lunghe preparazioni prelavorative prima di trovare un lavoro. Il modello place and train prevede l'assistenza alle persone nella ricerca di una occupazione in tempi relativamente brevi, per poi fornire il training individualizzato e un sostegno adatto alla tipologia di lavoro trovata ed alle caratteristiche della persona. Dal modello place and train, dal supporto all'impiego trae origine il modello IPS, creato e sviluppato negli Stati Uniti all'inizio degli anni Novanta. Nel corso degli anni, il modello IPS e le sue tecniche sono stati ampiamente testati, i risultati hanno fornito la prova empirica dell'efficacia del programma ed attualmente è manualizzato sulla base di otto principi. É di rilievo il fatto che le persone del metodo IPS sono sempre concettualizzate e definite come

clienti, proprio a sottolineare la particolare contrattualità che hanno nel rapporto con gli operatori ed il fatto che sono loro e le loro preferenze a guidare il processo.

I primi destinatari del metodo IPS sono state le persone adulte con disturbi psichici ma successivamente la metodologia è stata estesa ad altri sottogruppi della popolazione - giovani in età di transizione, persone senza fissa dimora, persone con dipendenza da sostanze, persone con diagnosi di autismo o disabilità dello sviluppo. (Swanson et al., 2017).
L'IPS-Y è un'implementazione del metodo IPS che si rivolge alla popolazione giovane (16-25 anni). Le riflessioni su questa fascia di età hanno portato alla pubblicazione di un manuale dedicato interamente ai giovani che introduce a fianco del supporto al lavoro - *Supported Employment*, anche il supporto allo studio - *Supported Education* (Swanson et al., 2017).

Applicazione del metodo IPS Young all'interno del DSM DP dell'Azienda USL di Bologna[5]

"Criteri di accesso

Possono accedere al programma IPS Young tutti i giovani in carico alla (… alle UU.OO. NPIA e ai CSM - N.d.R.) motivati a riprendere o proseguire gli studi, trovare un lavoro, fare entrambe le cose oppure indecisi nella scelta. In accordo con i principi del metodo nessuno è escluso dalla possibilità di entrare nel percorso, nemmeno i casi più gravi.

Tipo di intervento

L'intervento IPS-Y è un intervento centrato sulla persona (individual support) attraverso il quale i giovani ricevono sostegno nella definizione dei propri obiettivi (scolastici e professionali) e lungo il percorso per raggiungerli.
Data la giovanissima età degli utenti, l'intervento si concentra prevalentemente sull'area della scuola, con uno sguardo rivolto al progetto di vita e alle prospettive future.
Gli interventi più frequenti riguardano la tenuta scolastica, la ripresa degli studi dopo un'interruzione, il riorientamento scolastico/formativo.
L'intervento IPS -Y non può prescindere dal lavoro di èquipe. L'operatore deve integrarsi nel gruppo di lavoro e collaborare con tutti gli altri operatori coinvolti a vario titolo nella vita del giovane.

Coinvolgimento della famiglia

I genitori vengono sempre coinvolti in una certa misura nel percorso. Il grado di coinvolgimento può variare in relazione alla situazione e agli obiettivi dell'intervento.

Durata del percorso

> *Il percorso IPS-Y non ha una durata prestabilita. Da un punto di teorico può continuare finché la persona ne sente il bisogno.* (…) I motivi di chiusura possono essere la scarsa adesione al progetto (del giovane o della famiglia) e la mancanza di motivazione."

La progettazione individualizzata BdS con IPS Young è estesa a tutte le UU.OO. NPIA e ai CSM del DSM DP di Bologna e in caso di passaggio dall'UO NPIA al CSM, se le equipe lo ritengono opportuno, il percorso può proseguire con lo stesso operatore del soggetto aggiudicatario.

Lo specialista IPS Young. Con una formazione di base in ambito psicologico e educativo (Laurea triennale o magistrale in ambito sociale, psicologico, educativo, sanitario o equivalente (per esempio come educatore professionale e sociale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, psicologo, assistente sociale), la formazione specifica è molto

[5] *(Trattamento psicosociale di adolescenti con psicopatologa grave: studio di efficacia dell'Individual Placement Young, Stefano Costa, Valentina Roncaglia, 2025)*

semplice, consiste in un training teorico breve, seguito da una supervisione almeno mensile e per un tempo indeterminato. Il lavoro dello specialista IPS-Y si basa su una risposta individualizzata ai bisogni di istruzione, formazione e socialità della persona e si potrà effettuare anche all'interno delle sedi del Partner aggiudicatario, mantenendo uno stretto collegamento e una continua condivisione con l'equipe dell'UO NPIA e/o del Centro Salute Mentale.

La supervisione garantisce il supporto nella gestione e nella verifica dei percorsi IPS-Y. Inoltre, con essa si verifica la qualità metodologica, progettuale e del lavoro di rete ed il raggiungimento degli esiti sulla base di standard minimi di attività. La supervisione metodologica e progettuale verrà effettuata almeno con incontri a cadenza mensile.

Il supervisore è 1 e collabora anche ad uno specifico monitoraggio che ha la funzione di valutare la fedeltà al metodo IPS Young attraverso l'applicazione dello strumento denominato "Supported Employment Fidelity Scale". Il soggetto aggiudicatario garantisce l'attivazione di un proprio tecnico dell'attività di fidelity che dovrà avere un background di esperienza dell'attività di fidelity nell'ambito del supporto all'impiego IPS (Individual Placement and Support).

Il supervisore (soggetto aggiudicatario) dei professionisti IPS Young dovrà avere un'esperienza di almeno 3 anni nella progettazione e nell'implementazione di progetti, sistemi e dispositivi nell'ambito generale del supporto all'impiego IPS (Individual Placement and Support).

La documentazione probatoria dovrà essere inserita nella documentazione tecnica d cui al punto 16 del disciplinare. Il DEC può partecipare agli incontri di supervisione sia per la verifica progettuale e metodologica dei percorsi IPS-Y sia per specifici temi e bisogni gestionali, organizzativi e formativi, ed in raccordo e collaborazione con il soggetto aggiudicatario.

INTERVENTO	Gli interventi educativi di supporto e di mediazione al lavoro (tirocini inclusivi, tirocini, accompagnamento al lavoro) per l'inserimento o il reinserimento lavorativo in diversi contesti a seconda dei bisogni, delle preferenze e delle competenze personali e lavorative dell'utenza (dai contesti protetti o di laboratorio a quelli aziendali), con affiancamento di operatori del Partner aggiudicatario, singolarmente o in gruppo, hanno un massimo di 500 prestazioni all'anno. Gli operatori suddetti monitorano e verificano il percorso di durata massima annuale.
	Gli interventi di supporto individuale IPS Young hanno un massimo di 65 prestazioni a persona all'anno. Gli operatori IPS-Y monitorano e verificano il percorso di durata massima annuale. Si prevedono per l'attività di supervisione IPS-Y, un massimo di 120 prestazioni complessive annue, liquidabili in un'unica soluzione e fuori dalla progettazione individualizzata con BdS. Si prevede un esame (1) di fidelity IPS Young, non più di una volta all'anno, complessivamente per 60 prestazioni all'anno, liquidabili in un'unica soluzione e fuori dalla progettazione individualizzata con BdS.

5.1.3.5. Agenzia di ricerca e reperimento di disponibilità aziendali

Infine per migliorare e potenziare le opportunità formative e lavorative di tutta l'utenza coinvolta nei Progetti Individualizzati previsti nella sezione Lavoro del presente Capitolato, costituisce fattore aggiuntivo del punteggio di qualità in sede di gara, la proposizione e la costituzione di **un'agenzia di ricerca e reperimento di disponibilità aziendali** che affianchi e renda fruibili per il Partner aggiudicatario, gli operatori CSM e gli operatori IPS, le informazioni sulle postazioni lavorative e sulle aziende del territorio, tracciate telematicamente e rese disponibili attraverso la creazione di una banca dati. Costituisce elemento di ulteriore valore, la presenza nel gruppo di lavoro, dell'agenzia suddetta, di persone con disagio psichico, assunti come operatori per lo svolgimento dell'attività.
Un intervento dell'attività di ricerca delle disponibilità aziendali è pari ad un massimo di 12 prestazioni.

5.2. LOTTO 2. ATTIVITÀ PER PROGETTI INDIVIDUALIZZATI RIABILITATIVI PER PERSONE CON PROBLEMI DI DIPENDENZA PATOLOGICA (SerDP)

Relativamente ai Servizi SerDP del Lotto 2, il Partner aggiudicatario dovrà garantire l'espletamento di interventi ed attività per i Progetti Individualizzati con BdS, in favore di circa 30 persone.

5.2.1. AREA ABITARE/SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ

L'obiettivo primario degli interventi educativi a supporto della domiciliarità persegue il continuo miglioramento nell'abitare e nella gestione del quotidiano, individuando possibili nuove sistemazioni individuali, operando per favorire spostamenti strutturali e di contesto.
Gli interventi educativi in quest'area hanno l'obiettivo di promuovere la cura della persona, del proprio ambiente e dei propri spazi di vita, nonché lo sviluppo di competenze e abilità nell'abitare. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento ed in relazione alle diverse situazioni delle persone coinvolte, deve essere favorita la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali.
Gli interventi educativi si svolgono all'interno e/o all'esterno di strutture residenziali (previa valutazione congiunta), a domicilio della persona, e sono finalizzati all'acquisizione di abilità nella vita quotidiana per un miglioramento delle autonomie e delle competenze. L'obiettivo è supportare la persona affinché sia in grado di provvedere alle proprie necessità quotidiane, nel gestire autonomamente il denaro, la terapia farmacologica, gli appuntamenti, gli acquisti, la preparazione dei pasti, le attività domestiche e la cura della persona. A tal fine si dovranno mettere in campo tutte le strategie necessarie affinché le persone possano vivere in luoghi curati, dignitosi e meno supportati nell'ottica di incentivare percorsi riabilitativi maggiormente personalizzati.

INTERVENTO	Interventi educativi/riabilitativi di sostegno alla domiciliarità; l'intensità del sostegno viene definita in sede progettuale e concordata con l'interessato. L'intervento dell'operatore è finalizzato a supportare la persona nelle attività di vita quotidiana (cura di sé, cura del proprio ambiente e dei propri spazi di vita) ed è finalizzato al mantenimento delle abilità acquisite nello svolgere le attività di vita quotidiana per permetterle di condurre una vita dignitosa e autonoma. Il sostegno educativo è inteso fino ad un massimo di 500 prestazioni all'anno. Gli operatori monitorano e verificano il percorso con il SerDP, al massimo ogni sei mesi.

5.2.2. AREA SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ

Gli interventi educativi in questa area si pongono come obiettivo la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva (diversa da quella imposta solitamente dall'uso/abuso di sostanze) e la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive specificamente organizzate e/o già esistenti per tutti i cittadini, svolte nei contesti e nei luoghi di vita delle persone.
Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento si favorisce il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio, ponendo particolare attenzione alla qualità del clima relazionale dei contesti proposti.

INTERVENTO	Interventi educativi/riabilitativi di sostegno alla socialità, attraverso l'affiancamento delle persone in attività ludico ricreative e di aggregazione con finalità risocializzanti. Le buone relazioni permettono una migliore qualità della vita sociale, pertanto, l'intervento ha l'obiettivo di creare una rete amicale/affettiva, di ridare una identità sociale alla persona e permettergli di pensarsi come "individuo nel mondo". Il supporto in quest'area è inteso fino ad un massimo di 500 prestazioni all'anno. Gli operatori monitorano e verificano il percorso con il SerDP, al massimo ogni sei mesi.

È importante che gli interventi educativi di supporto alla domiciliarità e alla socialità tengano conto di una parte di utenza con disturbo da uso di sostanze che nel tempo è invecchiata, si è cronicizzata e spesso ulteriormente compromessa, per la quale a volte è determinante mantenere una condizione di stabilità, già di per sé evolutiva in quanto non peggiorativa. Per tale motivo, sarà utile promuovere anche gruppi di socializzazione per persone in età media organizzati in attività di tempo libero condivise (es. gruppi di cammino, visite a mostre e musei, proiezioni film), partecipazione ad eventi culturali e/o a circoli tradizionali, attraverso la mediazione e la facilitazione di interventi educativi.
In presenza di qualche risorsa, economica e/o abitativa, da parte della persona, il progetto con Budget di Salute a lungo termine, effettuato con continuità, può rappresentare un valido supporto alla quotidianità, alternativo all'eventuale ingresso in struttura ed opportuno nel tentativo di evitare condizioni di eccessivo degrado. Gli accompagnamenti, interventi già più volte sperimentati con questa tipologia di utenza, si sono rivelati estremamente utili sia per svolgere attività altrimenti molto complesse da effettuare (per esempio partecipazione a situazioni di socialità o formazione di base soprattutto nelle fasi iniziali), che come momento durante il quale riuscire, nel tempo, a creare con gli operatori del soggetto aggiudicatario, una relazione proficua e di fiducia, imprescindibile per la riuscita dell'intero progetto. Nel caso di situazioni particolarmente complesse, è bene concordare con l'équipe di riferimento del SerDP di appartenenza, l'eventuale presenza di due operatori da parte del Partner aggiudicatario, in considerazione della specificità dell'intervento (per esempio presso il domicilio o negli accompagnamenti) e della persona (presenza anche di patologie psichiatriche).

5.2.3. AREA FORMAZIONE/LAVORO

Sul piano dei valori, il lavoro ha in sé una forte valenza relazionale e sociale, ma anche e soprattutto di autonomia, di diritto di reddito e di cittadinanza. È un tassello importante nel quadro esistenziale della persona e nell'ambito del progetto terapeutico riabilitativo complessivo dell'persona.
Si è sempre pensato che *"per la persona in cura la possibilità di raggiungere una posizione lavorativa significativa è spesso il segno più tangibile di inclusione sociale, con effetti importanti sull'autostima, sul benessere relazionale, sulla autonomia personale e, secondo alcuni studi, anche sulla stabilizzazione sintomatologica*. "Gruppo di Lavoro Regionale - Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011, Regione Emilia-Romagna, 2010, elaborato finale "Sviluppo organizzativo e professionale nell'area salute mentale. Gli inserimenti lavorativi".
Perché questo sia possibile è necessario che, nel merito del progetto individualizzato, insieme ai generali aspetti assistenziali e riabilitativi, si tengano in forte considerazione anche i bisogni di autonomia della persona, inclusi gli aspetti di inserimento lavorativo. Il progetto deve stimolare e sostenere la persona a scegliere e a riacquisire le abilità e le competenze lavorative per potersi affermare come individuo, a formarsi e a lavorare, ad essere economicamente autonomo e socialmente funzionante per ritornare ad abitare e a vivere nella comunità.
Più specificatamente, per molte persone che hanno condizioni marcate di disturbi correlati all'uso di sostanze, di disabilità primaria o di disfunzionalità relazionale – sociale, risultano necessari interventi sociali riabilitativi attivi e percorsi di riabilitazione prolungata. Sono un'opportunità importante per persone che non chiedono e non sono in grado di mantenere un lavoro e per i quali la dimensione terapeutico – riabilitativa è centrale nel progetto individualizzato.

E allo stesso tempo il progetto è fondamentale anche per quegli persone che si rivolgono ai servizi territoriali e che continuano ad usare sostanze e/o continuano a mettere in atto comportamenti di gioco d'azzardo ma che mantengono un buon livello di funzionamento intellettuale e operativo e che manifestano il bisogno di accedere a un impiego al termine dei programmi di formazione e transizione.
Il percorso riabilitativo – formativo - lavorativo quindi può essere uno strumento utile sia per l'persona con grave disfunzionalità sia per l'persona che si presenta in un buono stato personale, che è motivato e formato al lavoro.
Per individuare con precisione gli obiettivi, per orientarsi tra le scelte possibili, per reperire le risposte/attività più appropriate ed efficaci, per progettare gli inserimenti lavorativi è necessario poter connettere le fragilità e le risorse personali dell'persona con le aree e le attività d'inserimento lavorativo e con i relativi contesti. I percorsi e le attività in ambito lavorativo possono essere di tipo riabilitativo o formativo o lavorativo e finalizzati a fasi evolutive, passanti da uno stadio ad uno successivo.
Gli interventi di quest'area si realizzano attraverso il supporto allo svolgimento del Tirocinio di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione (tirocini inclusivi), del Tirocinio (di orientamento e formazione) e con l'accompagnamento al lavoro.

5.2.3.1. Percorsi socio-riabilitativi per persone che per complessità e disabilità richiedono contesti protetti e con affiancamento di operatori, singolarmente o in gruppo (attività e progetti a forte valenza riabilitativa, occupazionale e socializzante). Attività riabilitative formalizzate con *Tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione***,** proposti, supervisionati e verificati dal DSM DP, in qualità di soggetto promotore; i soggetti ospitanti aggiudicatari, attuano e coordinano i Tirocini inclusivi su cui sono coinvolti, con reperimento e disponibilità di contesti d'inserimento, con tutoraggio e con supporto diretto al percorso della persona. I Tirocini inclusivi in contesti protetti devono poter prevedere una graduale emancipazione dalla figura del tutor. Il Dipartimento attiva le coperture assicurative necessarie ed eroga le risorse previste e definite, secondo le proprie procedure.

5.2.3.2. Percorsi di formazione al lavoro per persone che, pur avendo parziali limiti di autonomia e difficoltà in alcune aree di funzionamento personale, relazionale, sociale e lavorativo, possono svolgere compiti e mansioni senza il supporto continuativo degli operatori. Tali percorsi si svolgono con Tirocini inclusivi o con tirocini – è possibile per entrambi la formalizzazione e la certificazione delle competenze (Scheda capacità conoscenze). I Tirocini inclusivi o i tirocini sono proposti, supervisionati e verificati dal DSM-DP, in qualità di soggetto promotore; i soggetti ospitanti aggiudicatari attuano e coordinano i Tirocini inclusivi o i tirocini su cui sono coinvolti, con reperimento e disponibilità dei contesti d'inserimento, con tutoraggio e con supporto diretto al percorso della persona. Il Dipartimento in qualità di soggetto promotore, attiva le coperture assicurative necessarie ed eroga le risorse previste e definite per i Tirocini inclusivi o i tirocini secondo le leggi, i regolamenti e le proprie procedure e definite dal progetto formativo.

5.2.3.3. Percorsi di accompagnamento al lavoro per persone che avendo superato una condizione iniziale con limiti di autonomia e difficoltà, possono svolgere un percorso per poter conseguire un'assunzione lavorativa. Il servizio di accompagnamento al lavoro persegue gli obiettivi di sostenere la realizzazione di un'esperienza lavorativa, di garantire un supporto nella ricerca attiva del lavoro e nella definizione di un progetto professionale, di offrire un supporto nella fase di ingresso nel mercato del lavoro e di costruire sul territorio una rete di relazioni con attori pubblici e privati per reperire le opportunità lavorative. L'accompagnamento al lavoro è un servizio che normalmente consta di tre fasi di attività:

- Scouting delle opportunità occupazionali (l'operatore individua le imprese e le opportunità occupazionali più adatte al profilo della persona, nei quali potrebbe essere inserita in relazione alle sue caratteristiche).
- Matching - incrocio domanda/offerta (l'operatore individua l'impresa presso la quale la persona viene inserita, identifica la tipologia contrattuale più funzionale - tempo indeterminato, determinato, somministrazione, apprendistato - gestisce i rapporti con l'impresa coinvolta, presidia la procedura di avvio del rapporto.
- Sostegno nella fase di inserimento (l'operatore supporta la persona nel momento di avvio - accompagnamento nel luogo di lavoro, supervisione dell'avvio, prime verifiche attraverso contatti telefonici o diretti, ecc).

Eventuali attività formative e di inserimento al lavoro, che vedono i coinvolti i Partner aggiudicatari e finanziate da altri Enti o Istituzioni (per es. Programma GOL o operazioni Fondo Regionale Disabili) possono essere rese disponibili e rientrano tra le attività di inserimento lavorativo previste nel contratto e nel finanziamento del presente Capitolato. È possibile garantire un'azione di tutoraggio e di supporto attraverso un Progetto individualizzato con BdS per i percorsi formativi e lavorativi, di tirocinio, promossi e finanziati da soggetti pubblici o privati che non prevedano in modo diretto o indiretto, alcun emolumento o contributo economico in favore del partner aggiudicatario. Non è possibile per il Partner aggiudicatario percepire due finanziamenti diversi da Soggetti o Enti diversi per il tutoraggio di uno stesso tirocinio o per il supporto alla stessa attività lavorativa.

INTERVENTO	Interventi educativi di supporto e di mediazione relazionale, per l'inserimento o il reinserimento lavorativo in diversi contesti a seconda dei bisogni, delle preferenze e delle competenze personali e lavorative dell'utenza (dai contesti protetti o di laboratorio a quelli aziendali), con affiancamento di operatori del Partner aggiudicatario, singolarmente o in gruppo, per un massimo 500 prestazioni all'anno. Gli operatori suddetti monitorano e verificano il percorso con il SerDP, di durata massima annuale.

5.2.3.4. Agenzia di ricerca e reperimento di disponibilità aziendali

Infine per migliorare e potenziare le opportunità formative e lavorative di tutta l'utenza coinvolta nei Progetti Individualizzati previsti nella sezione Lavoro del presente Capitolato, costituisce fattore aggiuntivo del punteggio di qualità in sede di gara, la proposizione e la costituzione di **un'agenzia di ricerca e reperimento di disponibilità aziendali** che affianchi e renda fruibili per il Partner aggiudicatario e per gli operatori SerDP, le informazioni sulle postazioni lavorative e sulle aziende del territorio, tracciate telematicamente e rese disponibili attraverso la creazione di una banca dati.
Un intervento dell'attività di ricerca delle disponibilità aziendali è pari ad un massimo di 12 prestazioni.

5.3. INTENSITÀ RIABILITATIVA DEI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INDIVIDUALIZZATI (PTRI) CON BUDGET DI SALUTE (Lotti 1 e 2)

L'Intensità Riabilitativa dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) con Budget di Salute è riferita al Lotto 1 e al Lotto 2.

L'intensità riabilitativa alta o media o bassa è espressione del numero di prestazioni complessive del PTRI con BdS, concordate nell'equipe integrata di progettazione, composta dagli operatori del CSM o dell'NPIA o del SerDP, degli Enti Locali e del Partner aggiudicatario, dalla persona e dai suoi familiari, dai volontari, dagli altri soggetti coinvolti del sistema di welfare e della comunità. Il progetto individualizzato con BdS può essere basato su 1 o su 2 o su 3 assi d'intervento, la cui

somma delle prestazioni determinerà l'intensità riabilitativa complessiva, sulla base dei valori compresi nei range della Tabella 5.

Tabella 5

1. PTRI AD ALTA INTENSITÀ RIABILITATIVA		2. PTRI A MEDIA INTENSITÀ RIABILITATIVA		3. PTRI A BASSA INTENSITÀ RIABILITATIVA	
1 ASSE: PRESTAZIONI ANNUALI E MENSILI D'INTERVENTO					
Abitare o Socialità o Lavoro **da 301 a 500 prestazioni/anno massimo**	**da 26 a 42 prestazioni massimo al mese**	**Abitare o Socialità o Lavoro** **da 101 a 300 prestazioni/anno**	**da 8,3 a 25 prestazioni massimo al mese**	**Abitare o Socialità o Lavoro** **da 24 a 100 prestazioni/anno**	**da 2 a 8,2 prestazioni massimo al mese**
2 o 3 ASSI: PRESTAZIONI ANNUALI E MENSILI D'INTERVENTO					
Abitare/Lavoro/ Socialità = **da 566 a 804 prestazioni/anno massimo**	**da 48 a 67 prestazioni massimo al mese**	**Abitare/Lavoro/ Socialità =** **da 201 a 565 prestazioni/anno**	**da 17 a 47 prestazioni massimo al mese**	**Abitare/Lavoro/ Socialità =** **da 100 a 200 prestazioni/anno**	**da 8,2 a 16 prestazioni massimo al mese**

I Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con Budget di Salute su 2 o 3 assi d'intervento (Abitare, Socialità, Lavoro) che incrociano e sommano valori di intensità di prestazioni diversi tra loro – Es. prestazioni di bassa intensità di un'area sommate a quelle di media intensità di un'altra area e/o a quelle di alta intensità di un'altra area di attività – ottenuto il valore complessivo finale, fanno riferimento ai valori compresi nei diversi range della Tabella 1, per definire l'intensità dell'intero progetto.

I valori massimi delle prestazioni di supporto educativo delle tre aree di attività, Abitare, Socialità, Lavoro, sono pari a 500 per un singolo asse e a 804 nel caso di PTRI con BdS su 2 o 3 assi ad alta intensità riabilitativa.

La possibilità di attribuire un'Alta Intensità riabilitativa ad un Progetto individualizzato con Budget di Salute è preceduta da una richiesta formale di autorizzazione da parte dell'operatore di riferimento dell'UO DSM DP, con apposita scheda in cui si riportano le motivazioni date dai bisogni e dagli obiettivi definiti dall'Equipe di Progetto o dall'ETI - al Direttore DSM DP (RUP) e al DEC.

Inoltre, è possibile, per casi eccezionali, superare la soglia massima delle prestazioni complessive stabilite in Tabella 1 per un singolo PTRI con BdS, richiedendo da parte dell'operatore di riferimento dell'UO DSM DP, sempre con apposita scheda e con le modalità sopradescritte, formale autorizzazione al Direttore DSM DP (RUP) e al DEC.

Sul piano qualitativo, le attività individuate e il numero delle prestazioni complessive mensili sono correlate agli obiettivi riabilitativi da raggiungere del PTRI.

Per comprendere se il progetto sta procedendo secondo gli obiettivi riabilitativi programmati, è necessario valutare il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi - interamente o parzialmente o nessuno – almeno ogni 6 mesi per i progetti di media-lunga durata e a fine progetto per i progetti più brevi.
In funzione del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, si attua una gestione e un monitoraggio dell'attività e degli interventi del PTRI con BdS che possono prevedere diverse tipologie di azioni:

- il progetto che ha esiti riabilitativi positivi, nel breve – medio periodo non richiede variazioni di attività e non sono previste modifiche del numero di prestazioni mensili d'intervento e del canone mensile di attività. Sul lungo periodo, i progetti individualizzati con attività riabilitative con BdS a media o ad alta intensità, certificati dal DSM DP come già esistenti da più di 2 anni, prima dell'aggiudicazione della presente gara, dopo verifica dell'Equipe di progetto, vedranno le prestazioni ridotte di almeno un terzo, coerentemente con gli esiti riabilitativi positivi raggiunti;
- Il progetto entra in gestione provvisoria quando, in presenza di una situazione critica del paziente (- 50% delle presenze in attività), si renda necessario un periodo di 3 mesi entro il quale valutare se proseguire o cambiare progetto. In quest'ultimo caso, considerando che l'attività è parzialmente o poco coerente, l'equipe integrata di progettazione rivede e modifica gli obiettivi, gli interventi e il canone di attività mensile e tutto ciò che è necessario rispetto a quanto previsto prima. Queste modifiche vengono riportate e controfirmate nel PTRI, con i necessari ed eventuali aggiustamenti economici;
- dopo la gestione provvisoria contenuta nei 3 mesi di tempo, se le condizioni della persona e la sua adesione al progetto permangono critiche (- 50% delle presenze in attività), è necessario che l'equipe integrata di progettazione prenda in considerazione anche la chiusura del Progetto Individualizzato. In caso il PTRI con BdS che era stato chiuso, si riproponga dopo alcuni mesi, deve essere ridiscusso nei bisogni/problemi, negli obiettivi, negli interventi/attività e nel budget di spesa e firmato da tutti i componenti l'equipe integrata di progettazione.

Sul piano quantitativo, devono essere rendicontate e vengono riconosciute solo le effettive presenze della persona in attività individuale e di gruppo e le prestazioni effettivamente erogate.
Si richiede al soggetto aggiudicatario che i dati delle presenze della persona in attività e delle prestazioni erogate rispetto a quelle programmate nel canone di attività mensile del progetto vengano inserite in un sistema informativo dedicato o le sue evoluzioni, reso disponibile dall'AUSL di Bologna.

Per le attività di gruppo dell'area socialità con 3 o più persone, la prestazione è calcolata e riconosciuta come frazione di un'intera prestazione, in base al rapporto operatori/persone presenti in attività. In sede di offerta tecnica il partner aggiudicatario dovrà elencare le diverse tipologie di attività gruppali e indicare il rapporto operatori/persone.

Esistono: "attività ordinarie" ovvero le possibili attività che non prevedono sovrastrutture e/o professionisti esterni; "attività complesse" ovvero le possibili attività che prevedono sovrastrutture e/o professionisti esterni; le "attività di accoglienza" ovvero quegli interventi volti ad accogliere gli utenti all'interno delle proprie strutture prima, durante o dopo le attività/individuali previste; "attività teatrali con un conteggio specifico; "attività occasionali" come interventi una tantum.

Per i Lotti 1 e 2, si prevedono i seguenti valori a presenza per le attività di gruppo:

- Attività ordinarie, valore 0,80 prestazioni a presenza;
- Attività complesse, valore 1,25 prestazioni a presenza;
- Attività di accoglienza, valore 0,375 prestazioni a presenza;

- Attività teatrali, valore 4,125 prestazioni a settimana, per una media di 16,50 prestazioni al mese;
- Attività mensile: valore 5 prestazioni all'anno, 0,42 al mese; valore 10 prestazioni all'anno, 0,83 al mese; valore 15 prestazioni all'anno, 1,25 al mese;
- Attività occasionale, valore 5 o 10 o 15 prestazioni a presenza, inserite nel mese in cui vengono effettuate con variazione di progetto da comunicare ad un sistema informativo dedicato o le sue evoluzioni, reso disponibile dall'AUSL di Bologna;
- Attività uscita mensile, valore 2,5 prestazioni a presenza mensile.

Per quanto riguarda le attività individuali e gruppali di tutte e tre le aree, si precisa che in caso di assenza da parte della persona, tenuto conto che nell'immediato l'operatore dell'attività viene comunque impegnato, verranno considerate erogate solo le prestazioni della prima settimana di assenza dell'persona. Sarà cura del soggetto aggiudicatario e dell'equipe del CSM/NPIA/SerDP verificare fin da subito come e se dare continuità al progetto con BdS.

Le attività individuali e di gruppo avvengono in presenza, salvo situazioni contingenti ed eccezionali di emergenza collettiva. Le prestazioni a distanza (telefonate, videochiamate, e-mail, messaggi telefonici) degli operatori del soggetto aggiudicatario devono essere preventivamente comunicate all'operatore di riferimento del Progetto con BdS, essere autorizzate dal Direttore DSM DP (RUP) e dal DEC e possono essere utilizzate per un periodo non superiore ad 1 mese (ripetibile sempre previa richiesta autorizzativa al RUP e al DEC).

In caso di ricovero ospedaliero o in clinica accreditata dell'persona, si riconoscono solo le prestazioni per interventi educativi individualizzati in presenza.

In caso di inserimento della persona in gruppo appartamento, in struttura residenziale o comunitaria protetta, in via eccezionale e limitata, si possono attivare progetti solo per attività dell'area lavoro e per attività gruppali dell'area socialità. Sono previsti interventi educativi individualizzati e attività dell'area domiciliarità/abitare solo 3 mesi prima e nella prospettiva dell'uscita dalla struttura residenziale con rientro al domicilio o in realtà dell'abitare BdS o supportato. Tali interventi, su richiesta da parte dell'operatore di riferimento dell'UO DSM DP, devono essere preventivamente autorizzati dal Direttore DSM DP e dal DEC, previa compilazione dell'apposita scheda con indicazione di motivazioni e obiettivi.

In seguito ad aggiudicazione, il DSM DP dell'AUSL di Bologna e il soggetto aggiudicatario concorderanno ed elaboreranno un Vademecum esplicativo delle attività individuali e di gruppo in applicazione metodologica ed operativa delle progettazioni individualizzate con Budget di Salute.

La violazione e l'inadempienza di quanto stabilito in questo paragrafo, da parte del Soggetto aggiudicatario, sono passibili di penalità e di altri provvedimenti previsti dalle clausole del presente capitolato.

5.4. LOTTO 3. PROGETTI DI CONVIVENZA SULL'ABITARE DI TRANSIZIONE (CSM)

Il DSM DP attraverso l'applicazione della metodologia del Budget di Salute attiva azioni di contrasto all'istituzionalizzazione nelle sue diverse accezioni, favorendo il permanere di persone adulte con disagio e disturbi psichici in diversi contesti abitativi quali appartamenti di servizio, Gruppi appartamento a gestione DSM DP AUSL, risorse abitative messe disposizione dagli Enti del Terzo settore (ETS), dal Partner aggiudicatario, appartamenti di proprietà o in affitto dell'utenza con la finalità di acquisire le competenze necessarie per potere permanere in luoghi di vita autonomi nella propria comunità.
A tal fine si dovranno mettere in campo tutte le strategie necessarie affinché le persone in cura attraverso la realizzazione di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati possano sperimentare convivenze con altri persone o forme di gestione mista con altri cittadini e prevedendo interventi di supporto e di auto mutuo aiuto avvalendosi anche della collaborazione di esperti nel supporto tra pari (ESP).

Destinatari

Persone adulte con disagio e disturbi psichici in carico ai Centri di Salute Mentale, clinicamente stabilizzati che presentino autonomie personali tali da potere attivare progettualità finalizzate alla autonomia abitativa e/o che presentano situazioni che potrebbero altrimenti essere destinate a percorsi residenziali non appropriati e istituzionalizzanti.
Per le persone individuate e segnalate nei progetti del Lotto 3, devono essere già state avviate le coprogettazioni nell'area dell'abitare autonomo, in condivisione con il Servizio Sociale Territoriale di riferimento, previo passaggio valutativo in ETI/UVM.
Nel PTRI deve essere individuata la risorsa abitativa da utilizzare al termine dell'inserimento presso l'Appartamento di transizione o avviato il percorso per l'assegnazione dell'alloggio (Acer o altre forme).

Obiettivi degli interventi abilitativi/riabilitativi e di sostegno:

- acquisire competenze relazionali nelle convivenze;
- sviluppare attività orientate all'acquisizione dei ruoli sociali connessi all'abitare autonomo;
- sviluppare interventi riabilitativi finalizzati ad acquisire la massima autonomia possibile nella cura della propria salute, fisica e psichica, dell'igiene personale, dello spazio di vita, nella gestione della terapia farmacologica e del denaro;
- sviluppare le capacità nello svolgere pratiche (documenti, rapporti con il fisco, scadenze amministrative, utenze ecc.);
- sostenere la mobilità e l'uso dei mezzi di trasporto;
- sviluppare la capacità/autonomia nella gestione di situazioni impreviste e/o di crisi.

5.4.1. Modalità e parametri di progettazione sull'abitare di transizione

Il CSM deve segnalare la situazione con apposita Scheda di progetto, al DEC e ai rappresentanti del Team Residenzialità e Abitare dell'AUSL di Bologna (Tavolo tecnico) che valuteranno l'appropriatezza dell'invio secondo i sopra definiti criteri di accesso e dettagliatamente descritti nella scheda stessa.
Il progetto sull'abitare di transizione può avere una durata di massimo 12 mesi, prorogabili al massimo per altri 12 mesi per permettere la conclusione del progetto o la sua riformulazione sulla base di una diversa collocazione abitativa.
Gli interventi di sostegno devono avere un orario flessibile secondo quanto definito nel PTRI e nel progetto di convivenza e deve essere assicurata la presenza degli operatori del Partner aggiudicatario nella fascia oraria diurna dalle ore 7.00 alle ore 19 anche nel fine settimana sabato, domenica e festivi compresi.

Il DSM DP per l'attivazione di convivenze potrà utilizzare sia i propri appartamenti di Servizio sia le risorse abitative del Partner aggiudicatario e in questo caso dovrà essere considerato l'aspetto dei costi di gestione.

La risorsa abitativa, indipendentemente dalla collocazione territoriale, potrà essere utilizzata per l'attivazione di progetti a favore di tutte le persone in carico ai CSM del DSM DP.

L'importo della prestazione (Canone Unitario Minimo) del sostegno educativo utilizzato in favore delle persone inserite nel progetto sull'abitare di transizione è massimo di **€ 29,15** IVA esclusa.

È previsto l'avvio di progetti individualizzati con BdS all'interno dei progetti di convivenza sull'abitare di transizione per un massimo di 14 persone contemporaneamente, su base annua, con almeno 4 postazioni abitative rese disponibili dal Partner aggiudicatario.

L'importo annuale massimo della base d'asta della gara d'appalto per il Lotto 3 è di € 215.000,00 IVA esclusa.

La rendicontazione delle spese per le postazioni abitative del partner aggiudicatario verrà indicata su apposito modulo (allegato *Foglio spese Lotto 3*) per un totale massimo mensile per ospite inserito non superiore a € 200,00 e per un importo complessivo annuo di € 9.600,00 della base d'asta; per le attività di supporto educativo per un massimo di 14 persone contemporaneamente sono previsti € 190.400,00 su base annua.

Ogni PTRI con BdS di una persona in un progetto di convivenza Lotto 3, dispone per i 12 mesi di durata massima, tenuto conto dei bisogni specifici espressi dal singolo progetto individualizzato con Budget di Salute, dell'importo massimo annuale di € 13.600,00 per attività di supporto educativo.

L'importo massimo mensile sarà di € 1.133,00 per attività di supporto educativo.

Le prestazioni possono essere distribuite giornalmente e settimanalmente in modo diseguale in base ai diversi bisogni delle persone in convivenza, fino ad un massimo di 42 prestazioni al mese.

Nel caso in cui il nucleo di convivenza Lotto 3 è formato da 2 o più persone in carico al CSM:

- si ha la disponibilità potenziale della somma tra loro degli importi massimi mensili sia per attività di supporto educativo sia per la copertura delle spese di gestione dell'abitazione.
- La disponibilità effettiva sarà data dalla somma tra loro degli importi reali mensili previsti sia per attività di supporto educativo sia per la copertura delle spese di gestione dell'abitazione dei singoli progetti individualizzati con Budget di Salute.

Nel caso dovesse essere determinato un residuo di risorse economiche e di prestazioni a causa di un loro minor utilizzo, queste possono essere utilizzate per nuovi progetti o per altri progetti esistenti.

L'impostazione verrà definita in base alle esigenze di progetto dall'equipe di progetto (CSM) insieme al DEC e al Team Residenzialità e Abitare.

Le verifiche sono quantificabili in 8 prestazioni in un anno per ogni progetto di convivenza.

Al fine di promuovere occasioni di contatto e di incontro tra persone / familiari / associazioni / operatori / ETS / Partner aggiudicatario, nell'ambito delle quali potere condividere esigenze abitative e/o risorse abitative e quindi favorire connessioni e collaborazioni per l'avvio di possibili convivenze, si ritiene necessario prevedere riunioni periodiche a cui partecipano gli operatori di supporto del Partner aggiudicatario, il DEC e gli altri operatori AUSL del Team Residenzialità e Abitare.

5.5. LOTTO 4. ATTIVITÀ DI COMUNITÀ (DSM DP)

Il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Bologna oltre ai Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con BdS, nell'ottica della promozione e della creazione di opportunità socializzanti, formative e riabilitative, promuove e gestisce direttamente o in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore (associazioni di promozione sociale, organismi di volontariato) progetti orientati alla recovery e all'inclusione sociale. Negli ultimi anni si sono sviluppati numerosi progetti e attività, quali per esempio:

- Collettivo Artisti Irregolari
- Attività sportive (volontariato e Progetti Prisma – Progettare Realizzare Insieme Salute Mentale Attivamente)
- Attività teatrali e radiofoniche (Arte e Salute)
- Siti web sulle tematiche della salute mentale
- Attività socializzanti ricreative e culturali
- Recovery college
- Supporto tra pari / Rete ESP.

Tali attività si prefiggono di supportare percorsi di consapevolezza e di inclusione delle persone in carico ai CSM e alle UU.OO. NPIA attraverso l'acquisizione e/o il mantenimento di ruoli sociali e l'affermazione di diritti di cittadinanza; si basano sui punti di forza delle persone, e insieme al supporto professionale del personale socio-educativo, promuovono l'aiuto reciproco tra pari, affinché le persone possano usufruire di opportunità lavorative, formative, educative e di sostegno sociale.

Inoltre, hanno una dimensione comunitaria finalizzata a massimizzare le opportunità e le interazioni sociali per aiutare i membri ad essere parte della società, valorizzandoli e invitandoli ad essere dei partecipanti attivi e a condividere idee, attività e relazioni con il resto del gruppo. Le attività possono essere molteplici e riguardano tutti gli ambiti di interesse della persona e del gruppo/comunità (abitare/domiciliarità, socialità/affettività, formazione/lavoro).

Il DSM DP coprogramma, coprogetta, organizza, cogestisce e condivide i progetti del Lotto 4 (le attività sopra descritte o altre nuove costruite secondo gli stessi principi e le stesse modalità) con i partner sociali - che di volta in volta sono rappresentati da persone, da familiari, da cittadini e dalle loro realtà associative – e con il partner aggiudicatario. Le attività di comunità, sia esistenti sia progettate ex novo, mantengono un'importante funzione partecipativa e di coproduzione, dove il ruolo del partner aggiudicatario insieme ai Servizi del DSM DP è di promuovere, facilitare, accompagnare e supportare le persone nella ideazione e nella costruzione delle stesse, secondo i seguenti indirizzi:

- nell'ambito delle attività di educazione e di promozione della salute si vogliono promuovere dei progetti di collaborazione fra le reti delle polisportive per l'inclusione sociale e delle associazioni di volontariato e di promozione sociale e culturale (che lavorano nell'ambito della salute mentale in un'ottica di sussidiarietà e che operano nel territorio di Bologna e provincia) e le istituzioni scolastiche e la comunità, per attivare, sostenere e documentare i percorsi di recovery e di promozione di stili di vita sani ed ecocompatibili.
- Le attività degli Esperti nel Supporto tra Pari e, più in generale, di tutto quanto può valorizzare l'esperienza vissuta secondo un approccio dialogico e di collaborazione, che fanno riferimento a questo Lotto sono diverse dagli interventi di supporto individualizzato già previsti nel punto 5.1.2.1. del Lotto 1. Si prevede infatti che possano essere formulati dei progetti specifici con attività di gruppo e/o all'interno del Centro Salute Mentale e della comunità.

Nello specifico delle attività con gli ESP potrebbero essere attivati dei progetti che prevedano:

- ✓ la partecipazione alla organizzazione, all'erogazione e alla valutazione delle attività dei servizi di salute mentale, attraverso la creazione di punti di ascolto nei CSM, la partecipazione a riunioni di Equipe;
- ✓ l'attivazione e la gestione di attività trasversali (Per es. Club-House, progetti dipartimentali);
- ✓ la pianificazione e attuazione di progetti in collaborazione con i servizi e gli Enti del Terzo Settore (ETS), secondo il modello della coproduzione del Recovery college;
- ✓ la partecipazione ad eventi dipartimentali ed extra-dipartimentali al fine di costruzione e produzione di attività in collaborazione con i servizi (incluse attività formative e divulgative).

- Recovery College: "Essere studenti del proprio benessere" è il motto che cattura il senso e la finalità di questa pratica innovativa coprodotta da persone, operatori e comunità locale per promuovere percorsi di consapevolezza e ripresa personale di chi vi partecipa, attraverso una proposta formativa che nasce dall'incontro del sapere esperienziale con quello professionale attorno ai temi della recovery. I corsi dei Recovery College consentono a chi si iscrive di acquisire informazioni e competenze utili per un percorso di recovery che è aperto a tutti: persone, familiari, operatori, cittadini interessati a vario titolo al tema del benessere e della salute mentale come bene comune. Nei Recovery College nessuno ha il ruolo di "paziente" ma ci sono studenti e facilitatori.
  Uno dei modelli del Recovery College si configura come un "hub and spokes" nel territorio secondo le seguenti azioni:
  1. Costituzione di un gruppo di lavoro misto (persone ed operatori) con funzioni di raccordo e coordinamento;
  2. Azioni di preparazione/allargamento del partenariato con incontri nei territori;
  3. Coproduzione dell'offerta formativa con moduli sulla progettazione individualizzata e su temi quali abilità per la vita, autostima e fiducia, relazioni, salute mentale e fisica attraverso incontri aperti a tutti coloro che intendono contribuirvi;
  4. Declinazione della proposta coprodotta su base locale/distrettuale attraverso un sito specifico online.

I progetti del Lotto 4 prevedono collaborazioni esterne con operatori esperti nella promozione della salute, con Esperti nel Supporto tra Pari, con tecnici sportivi, con guide escursionistiche, con tecnici foto-video per la documentazione e con consulenti giornalistici in grado di tradurre i materiali prodotti in documentari e news brevi. Potranno essere previste altre figure tecniche in base ai contenuti e alla modalità di svolgimento dei progetti di questo Lotto.

5.5.1. Impostazione dei progetti delle Attività di Comunità - Lotto 4

Queste attività non si sviluppano sulla base dei progetti individualizzati con Budget di Salute, ma sono dei progetti collettivi di diverse dimensioni (piccolo o grande gruppo).
L'area dei Progetti delle Attività di Comunità (PACo) prevede dei progetti con indicati:

- i nominativi obbligatori delle persone minori e adulte in carico ai CSM / UU.OO. NPIA partecipanti alle attività del Lotto 4;
- la tipologia di attività e di obiettivi sociali, riabilitativi e di prevenzione;
- il Soggetto promotore e la sede dell'attività;
- il numero di persone/partecipanti prevedibili per singoli progetti e attività;
- la durata, il periodo e altri aspetti tecnici;
- un monte complessivo di prestazioni di supporto educativo e/o tecnico (settimanale o mensile o annuale);
- i tecnici, i volontari e gli operatori DSM DP previsti e il loro numero;
- le spese per automezzi, trasporti pubblici e materiali di consumo;
- il budget complessivo di spesa dell'intero PACo.

È prevista la costituzione di Nuclei Operativi formati dal DEC e da eventuali altri operatori dell'AUSL, con funzione di garanzia, monitoraggio, autorizzazione e controllo in base a quanto previsto nel presente capitolato, e da operatori del soggetto aggiudicatario con funzione di coprogettazione e di coproduzione di attività con persone, familiari e cittadini attraverso la compilazione di una Scheda del Progetto di Attività di Comunità (PACo).
Il valore delle prestazioni di supporto dei facilitatori di attività definite nel Progetto dell'Attività di Comunità, deve essere poi moltiplicato per il Canone Unitario Minimo di Attività indicato in offerta, che non dovrà essere superiore a **€ 29,15** IVA esclusa.
Il numero di persone coinvolgibili in un gruppo non può essere inferiore a tre.
L'area delle attività di comunità dispone di un budget di spesa annuale di € 235.000,00 IVA esclusa.
Le ore/prestazioni per spostamento degli operatori per raggiungere l'abitazione dell'persona o un luogo di attività che non sia in capo al Partner aggiudicatario, sono riconosciute avendo come luogo di partenza la sede del Centro Salute Mentale o dell'UU.OO. NPIA - titolare del Progetto individualizzato con BdS - collocato in uno dei Distretti Pianura Ovest, Pianura Est, dell'Appennino Bolognese, Reno Lavino Samoggia e San Lazzaro. Le ore/prestazioni per lo spostamento degli operatori per raggiungere l'abitazione della persona o un luogo di attività che non sia in capo al Partner aggiudicatario, nell'area del Distretto di Bologna sono riconosciute solo per distanze superiori a 8 Km andata e ritorno, avendo come luogo di partenza la sede del Centro Salute Mentale o dell'UU.OO. NPIA, titolare del Progetto individualizzato con BdS.
Lo spostamento dell'operatore non può essere ostativo allo svolgimento dell'intervento previsto e il rifiuto da parte del Soggetto aggiudicatario è passibile di penalità e di altri provvedimenti previsti dalle clausole del presente capitolato.

Le prestazioni del supporto dei facilitatori di attività comprendono anche eventualmente quelle degli ESP che abbiano frequentato le attività di preparazione del Recovery College per almeno 6 mesi e che abbiano partecipato a 2 corsi di formazione del Recovery College. Dei € 235.000,00, € 70.000,00 verranno destinati alle attività gestite secondo la modalità del Recovery College.

Ogni PACo può disporre fino ad un massimo di € 10.000,00 per il supporto dei facilitatori di attività, le spese di organizzazione e di gestione per lo sviluppo e lo svolgimento delle attività del progetto stesso, quali la progettazione, la valutazione/verifica, il coordinamento e le spese di materiali di consumo.
Le attività di comunità non rientrano tra quelle previste nei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati. Non possono essere finanziati come PACo, dei progetti già finanziati per le stesse voci di spesa, dal DSM DP dell'AUSL di Bologna.

In caso di minori in carico alle UU.OO. NPIA, partecipanti alle attività dei progetti PACo, che necessitano della somministrazione di farmaci si prevede che assolvano tale compito il personale educativo/OSS coinvolto del soggetto aggiudicatario, competente e formato specificatamente. In tali casi, è necessario fornire da parte della famiglia, una prescrizione medica della terapia farmacologica e le autorizzazioni necessarie agli operatori del soggetto aggiudicatario.

5.6. CANONE UNITARIO MINIMO DI ATTIVITÀ DEI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INDIVIDUALIZZATI (PTRI) CON BUDGET DI SALUTE

Il Canone Unitario Minimo di Attività riferito alla singola prestazione del servizio di supporto educativo e tecnico per tutti i lotti, nel suo importo non superiore a € 29,15, comprende, il costo del personale, il costo delle spese varie di organizzazione e di gestione per lo sviluppo e per lo svolgimento delle attività del progetto stesso – tra cui la progettazione, il coordinamento - dei materiali di trasporto, dei materiali di consumo e di ospitalità per soggiorni/gite per gli operatori del soggetto aggiudicatario e qualunque altro costo sostenuto dal soggetto aggiudicatario.
La singola prestazione, per tutti i lotti, è pari ad un'ora.

Come già riportato precedentemente, se ogni Area (Socialità, Lavoro, Abitare) permette, per un singolo progetto, che possano essere erogate massimo 500 prestazioni di supporto educativo all'anno, si avrà che in caso di coinvolgimento di tutti e tre gli assi di intervento, il massimo di prestazioni di supporto educativo annuali complessive cumulabili corrisponde a 804 prestazioni.
Quindi dividendo il massimo di 804 prestazioni annuali, per i 12 mesi, si ottiene il massimo di 67 prestazioni mensili. Pertanto, i valori interi senza decimali del numero di prestazioni mensili saranno compresi nel range tra 1 (Prestazione mensile Minima) e 67 (Prestazioni mensili Massime).
In caso che il numero di prestazioni mensili ottenuto abbia un decimale, questo verrà arrotondato per difetto alla cifra intera precedente per valori decimali compresi tra 1 e 4 e per eccesso alla cifra successiva per valori compresi tra 5 e 9.
Il numero delle prestazioni mensili così ottenuto deve essere poi moltiplicato per il Canone Unitario Minimo di Attività del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute indicato in offerta, che non dovrà essere superiore a € 29,15 IVA esclusa. Il Canone di Attività mensile in euro di un PTRI con BdS è la spesa complessiva mensile determinata dal totale delle prestazioni mensili moltiplicate per il valore del Canone Minimo di Attività

La spesa complessiva mensile finale così originata, costituisce il Canone Mensile del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute.

Vengono calcolate come prestazioni aggiuntive solo quelle per le verifiche di progetto e per il rimborso dei buoni pasto in Area Lavoro.
Le prestazioni per le verifiche vengono riconosciute come prestazioni aggiuntive a quelle erogate mensilmente con il valore di 0,33 prestazioni mensili a progetto che equivalgono a 1,98 prestazioni ogni 6 mesi e a 3,96 prestazioni in un anno.
Il computo per il rimborso dei buoni pasto erogati agli utenti nel corso dell'attività di tirocinio inclusivo o formativo, viene effettuato da un sistema informativo dedicato o le sue evoluzioni, reso disponibile dall'AUSL di Bologna, sulla base di un valore in euro aggiornato secondo gli aumenti ISTAT e trasformando il numero dei buoni pasto erogati dal soggetto aggiudicatario in prestazioni.

Le ore/prestazioni per spostamento degli operatori per raggiungere l'abitazione dell'persona o un luogo di attività che non sia in capo al Partner aggiudicatario, sono riconosciute in aggiunta al tempo di intervento, avendo come luogo di partenza la sede del Centro Salute Mentale o UO NPIA o SerDP - titolari del Progetto individualizzato con BdS - collocato in uno dei Distretti Pianura Ovest, Pianura Est, dell'Appennino Bolognese, Reno Lavino Samoggia e San Lazzaro. Le ore/prestazioni per lo spostamento degli operatori per raggiungere l'abitazione dell'persona o un luogo di attività che non sia in capo al Partner aggiudicatario, nell'area del Distretto di Bologna, sono riconosciute in aggiunta al tempo di intervento solo per distanze superiori a 8 Km andata e ritorno, avendo come luogo di partenza la sede del Centro Salute Mentale o UO NPIA o SerDP, titolari del Progetto individualizzato con BdS. Per distanze inferiori a 8 km andata e ritorno, il tempo di spostamento non deve essere sottratto al tempo di intervento.
Si introduce il concetto di ¼ ½ ¾ e 1 prestazione come riconoscimento dello spostamento operatore, in base a indicazioni sul percorso rilevate dalle piattaforme online specializzate.

Lo spostamento dell'operatore non può essere ostativo allo svolgimento dell'intervento previsto e il rifiuto da parte del Soggetto aggiudicatario è passibile di penalità e di altri provvedimenti previsti dalle clausole del presente capitolato.

ART. 6 - VALORE DELL'APPALTO, FABBISOGNI E COSTI DEL SERVIZIO

L'importo massimo annuo a base di gara previsto per i quattro lotti è così suddiviso:

- Lotto 1. Progettazione individualizzata Budget di Salute con interventi individuali e di gruppo abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi, con il Servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo e con il Servizio di prescrizione sociale (CSM, NPIA) € 3.500.000,00 IVA esclusa;
- Lotto 2. Progetti individualizzati abilitativi educativi e/o socio-riabilitativi con Budget di Salute (SerDP) con interventi individuali e di gruppo € 215.000,00 IVA esclusa;
- Lotto 3. Progetti di convivenza sull'abitare di transizione (CSM) € 215.000,00 IVA esclusa;
- Lotto 4. Attività di comunità (DSM DP) € 235.000,00 IVA esclusa.

Per i Lotti 1, 2 e 3 il numero dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati è da ritenersi indicativo e potrà subire variazioni in aumento o in diminuzione, in relazione alle variabili dell'applicazione operativa della metodologia BdS e laddove il DSM DP dell'AUSL di Bologna ritenga di introdurre delle modifiche alla quota dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, dovuta a nuovi indirizzi terapeutici nonché a seguito di modifiche strutturali ed organizzative.
Sempre per i Lotti 1, 2 e 3 potranno essere previsti, per particolari ed eccezionali casi, progetti terapeutici riabilitativi individualizzati difformi da quelli indicativamente presentati e che, pur utilizzando la stessa metodologia, siano in grado di rispondere a specifici e speciali bisogni terapeutico – riabilitativi di persone in carico al DSM DP.
Tutte le progettazioni (Lotti 1, 2, 3 e 4) verranno attivate sulla base delle esigenze che si presenteranno durante il periodo di validità contrattuale, tenuto conto delle disponibilità finanziarie e degli impegni di budget annuali del DSM DP dell'AUSL di Bologna, senza che per questo il partner possa sollevare alcuna obiezione di sorta.

ART. 7 - VALUTAZIONE

La valutazione della proposta di progetto individualizzato con BdS in termini di fattibilità è effettuata dall'equipe di progetto CSM/SerDP/UO NPIA e con la collaborazione dei Servizi Sociali territoriali dei Comuni anche in ETI o in UVM.
La valutazione del bisogno riabilitativo e il successivo monitoraggio degli interventi e degli obiettivi dei progetti avviati saranno effettuati dall'equipe di progetto CSM/SerDP/UO NPIA insieme al Partner aggiudicatario, alla persona, eventualmente ai familiari se coinvolti e ad altri soggetti pubblici (Ente locale) e privati (Enti del Terzo Settore) eventualmente coinvolti.
Nella scheda di progetto vengono indicati i momenti periodici di verifica e di valutazione (almeno una volta all'anno) soprattutto in funzione dell'eventuale rinnovo o riprogettazione o conclusione del progetto stesso.
Nell'ambito delle attività di supervisione dei progetti avviati e di valutazione delle attività e degli interventi effettuati e dei risultati raggiunti relativamente alla domiciliarità, all'inserimento lavorativo ed al protagonismo sociale dell'utenza si richiede la massima collaborazione da parte del Partner aggiudicatario e al bisogno, a quest'ultimo, su richiesta del DEC o degli Assistenti al DEC e/o delle UU.OO. CSM / SerDP / NPIA, può essere richiesto di presentare specifiche relazioni scritte sul proprio operato.
Il DEC si avvale dei Responsabili UO e degli Assistenti al DEC e a loro volta degli operatori CSM / SerDP / UO NPIA delle equipe di progetto per controllare che vengano effettuati la valutazione e il monitoraggio definiti nei progetti individualizzati. Le annotazioni delle verifiche effettuate vengono

inserite in un sistema informativo dedicato o le sue evoluzioni, reso disponibile dall'AUSL di Bologna.
L'attuale conoscenza scientifica ed esperienziale ci dice che tutti gli approcci e le metodologie della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, orientate alla recovery, perseguono finalità e obiettivi tesi al miglioramento e/o al mantenimento della qualità di salute e di vita della persona ma che non sono in grado di produrre certezze assolute circa i loro esiti clinici e riabilitativi che possono essere condizionati, in senso positivo o negativo, da variabili personali e ambientali. Il processo riabilitativo orientato alla guarigione (recovery) non ambisce di portare la persona alla condizione di salute pre-morbosa o di evitare il verificarsi di situazioni di crisi anche durante il percorso. L'idea di recovery implica che la persona possa raggiungere obiettivi di inclusione sociale e di realizzazione di sé nonostante la persistenza dei sintomi e della disabilità. In questa prospettiva, il processo di recovery implica uno spostamento del focus dai deficit da rimediare alle risorse e ai punti di forza da potenziare, al fine di consentire all'individuo di recuperare un'identità ed un ruolo che non siano quelli di malato psichiatrico.
Pertanto, la valutazione si baserà inizialmente sui diversi elementi che caratterizzano la condizione della persona e successivamente sull'impostazione, sullo svolgimento e sullo sviluppo dell'attività abilitativa e riabilitativa e sul perseguimento degli obiettivi di progetto. Questi elementi sono contenuti e verificabili dalla scheda di progetto individualizzato con BdS e attraverso gli strumenti indicati al punto" 3.4 Altri aspetti specifici dell'utenza" (Recovery Star, My Mind Star, Work Star, HoNOS associata a CURE).
Nell'ambito della verifica e della valutazione delle attività svolte e degli obiettivi perseguiti all'interno del singolo progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con budget di salute è importante che:

- Il Partner aggiudicatario rendiconti le presenze dell'persona in attività e le prestazioni effettate, tramite il sistema informativo dedicato o le sue evoluzioni e relazioni nel corso delle verifiche su attività e obiettivi all'equipe di progetto;
- oltre la partecipazione degli operatori CSM / SerDP / UO NPIA e del Partner aggiudicatario, vi sia anche quella della persona e/o dei familiari e/o di altri soggetti interessati al processo progettuale e valutativo;
- si verifichino e si valutino gli esiti raggiunti nel processo di svolgimento del contratto riabilitativo, attraverso appositi strumenti valutativi, presenti nella Scheda di Progetto Individualizzato e come da punto 3.4;
- condividere ed integrare la valutazione attraverso momenti comuni di discussione in ETI o in UVM che vedono partecipi gli operatori dei CSM/SerDP/UU.OO. NPIA, del partner affidatario e dell'Ente Locale.

L'attivazione dei su indicati momenti di verifica e di valutazione risulta la condizione necessaria per il corretto svolgimento del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con Budget di Salute, del progetto di convivenza sull'abitare di transizione e del progetto delle attività di comunità, in quanto permette di stabilire l'adeguatezza e la consistenza delle attività operative svolte dal partner e, conseguentemente, di poter ricalibrare gli obiettivi, le azioni e le modalità operative predisposte. Si tratta quindi di privilegiare una visione dinamica del progetto che miri altresì a riconoscere la necessità di eventuali modifiche o cambiamenti, consoni ai bisogni dei soggetti. Questi sono anche i presupposti per immaginare e costruire dei percorsi innovativi in grado di perseguire realmente l'inclusione sociale della persona.

Inoltre, la valutazione, nell'ottica della progettazione condivisa e partecipata, tra il Partner aggiudicatario, il DSM DP e gli altri soggetti coinvolti consente di raggiungere:

- l'adeguatezza degli obiettivi e l'efficacia delle azioni individuate e degli interventi messi in atto nei Progetti Individualizzati con BdS, promuovendo eventualmente la ridefinizione parziale o totale degli stessi;
- la realizzazione da parte del partner aggiudicatario delle azioni previste dal contratto nonché l'adeguatezza e l'efficacia dell'operare da parte del personale predisposto per la realizzazione delle attività previste;
- l'adeguatezza in termini quantitativi e qualitativi delle risorse impegnate nella gestione dei progetti individualizzati.

E promuove:

- l'impegno da parte del Partner aggiudicatario di ripensare, di modificare e di innovare nel tempo, l'offerta di attività e di interventi richiesti per i Progetti Individualizzati con BdS sia in funzione dei mutevoli bisogni dell'utenza sia in relazione al cambiamento culturale e all'innovazione degli interventi riabilitativi e psicosociali.

A seguito di valutazione:

- il rifiuto da parte del Partner aggiudicatario di fornire informazioni e relazioni scritte su uno o più Progetti Individualizzati, con dettagli sulle attività svolte e sul numero delle prestazioni erogate per singola attività, è passibile di penalità;
- il rifiuto da parte del Partner aggiudicatario di partecipare all'utilizzo degli strumenti di cui al punto 3.4, è passibile di penalità;
- il rilevamento attraverso le verifiche di progetto di comportamenti operativi e metodologici del Partner aggiudicatario in palese contrasto con i criteri ispiratori del Budget di salute/Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e con quanto stabilito nel presente capitolato, potranno essere motivo di penalità e/o di risoluzione del contratto.

ART. 8 - PERSONALE DA IMPIEGARE NEL SERVIZIO

Per le diverse attività previste dai contratti il personale deve essere in possesso di un adeguato livello di professionalità, certificato, ove richiesto, dai titoli di studio e qualifiche professionali conformi alle normative vigenti.

L'aggiudicatario dovrà garantire la gestione del servizio attraverso personale di comprovata esperienza nell'organizzazione e gestione di servizi analoghi con le seguenti professionalità:

- Educatori Professionali
- Operatori Socio-Sanitari e Assistenti di Base
- Tutor e Tecnici di attività con esperienza almeno biennale in un settore specifico di attività (produzione di beni e servizi, laboratori, attività di comunità)
- Operatore del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare
- Operatore della Prescrizione Sociale (Link Worker)
- Operatore IPS (Individual Placement and Support) Young
- Esperti nel Supporto tra Pari (ESP).

Le figure professionali richieste, per l'espletamento del servizio, dovranno possedere i seguenti titoli:

<u>Educatore Professionale</u>

- educatore professionale socio-sanitario (ex D.M. 520/98 e titoli equipollenti)
- educatore professionale socio-pedagogico (ex Legge 205/2017 e Legge 145/2018);

Operatore socio-sanitario (O.S.S.)

- qualifica: operatore socio-sanitario
- titolo: attestato di operatore socio-sanitario

Assistente di Base (A.D.B.)

- qualifica: assistente di base
- titolo: attestato di assistente di base

Tutor e/o Tecnico di attività con esperienza almeno biennale in un settore specifico di attività

- curriculum con formazione ed esperienza specifica.

Operatore IPS (Individual Placement and Support) Young

- professionista con formazione specifica e competenze (con CV) sul metodo IPS (Individual Placement and Support) Young (vedi punto 5.1.3 Area Formazione/Lavoro, punto 5.1.3.4 Supporto Individuale all'Impiego per i giovani - Individual Placement and Support - IPS Young).

Operatore del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare

- professionista formato e specializzato (con CV) nella metodologia del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare (vedi punto 5.1.1. Area Abitare/Supporto alla Domiciliarità, Il Servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo Budget di Salute, Titolo di studio ed esperienza)

Operatore della Prescrizione Sociale (Link Worker)

- professionista con formazione specifica e competenze (con CV) nella metodologia del social prescribing (vedi punto 5.1.2.2. Il servizio di prescrizione sociale in salute mentale, Titolo di studio ed esperienza)

Esperto nel Supporto tra Pari (ESP) con esperienza di almeno 1 anno

- curriculum con esperienza specifica e/o con frequenza alle attività di preparazione del Recovery College per almeno 6 mesi e con partecipazione attiva almeno a 2 corsi di formazione del Recovery College.

A conferma di quanto dichiarato nell'offerta tecnica e per permettere al DEC di valutare l'idoneità allo svolgimento delle attività, il Partner aggiudicatario, dopo l'aggiudicazione della gara e prima della firma del contratto, deve fornire l'l'elenco del personale addetto all'attività prevista dal presente capitolato, con indicazione delle esatte generalità e i corrispondenti curriculum vitae, nonché segnalare in futuro tempestivamente le successive variazioni del personale impiegato e dei CV.

L'assenza o l'insufficienza di tali condizioni e competenze comporta la mancata sottoscrizione del contratto e l'incameramento da parte dell'Azienda USL della garanzia provvisoria.

L'addestramento iniziale dovrà essere senza oneri per l'Azienda USL. La formazione specifica per l'operatore del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare verrà costruita in collaborazione tra partner aggiudicatario e DSM DP AUSL di Bologna.

Poiché la scelta del personale e la qualità delle relazioni che si costruiscono è molto importante per la buona realizzazione dei progetti terapeutici abilitativi individualizzati con Budget di Salute, del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare, dei percorsi di prescrizione sociale, dei progetti di convivenza sull'abitare di transizione e delle attività di comunità oltre alle competenze tecniche, vanno richiesti al personale requisiti, motivazioni, capacità relazionali e disponibilità.

Data la complessità del lavoro e la necessità di conoscenza della storia individuale delle persone, il partner deve garantire il più possibile la continuità dell'intervento anche attraverso la stabilità delle equipe o del personale messo a disposizione.

È compito del Partner aggiudicatario, in caso di immissione di eventuali nuovi operatori, fornire agli stessi un'adeguata conoscenza delle storie individuali e dei programmi riabilitativi precedentemente svolti.

In termini di organizzazione interna, pertanto, deve essere specificamente prevista e garantita una funzionale presenza di personale qualificato.

Il Partner dovrà utilizzare personale, che osservi diligentemente le norme e le disposizioni dell'amministrazione, impegnandosi a sostituire il personale che, per fondati motivi, risultasse inadeguato ai compiti assegnati, su indicazione motivata del DSM DP.

Tutto il personale impiegato per la produzione dei progetti terapeutici abilitativi individualizzati con Budget di Salute, del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare, dei percorsi di prescrizione sociale, dei progetti di convivenza sull'abitare di transizione e delle attività di comunità dovrà essere inquadrato direttamente nella compagine co-gestrice.

ART. 9 - DURATA DELL'ACCORDO QUADRO

L'accordo quadro ha una durata di due anni, con decorrenza dalla data indicata nell'atto di stipula dell'accordo quadro stesso. Il contratto avrà termine a tutti gli effetti alla sua naturale scadenza, senza alcun obbligo di comunicazione.

Per durata dell'accordo quadro si intende il termine entro il quale potranno essere stipulati i singoli contratti applicativi denominati nel servizio in oggetto Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI).

L'Azienda USL si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per ulteriori due anni, anche singolarmente considerati o per periodi inferiori all'anno, previo interpello della ditta aggiudicataria a mezzo posta elettronica certificata (PEC). Durante il periodo di rinnovo, l'attività dovrà essere eseguita alle stesse condizioni e modalità previste in sede di gara, senza che per questo la ditta aggiudicataria possa sollevare eccezione alcuna.

L'Azienda USL si riserva inoltre la facoltà di modificare o risolvere il contratto qualora, dietro segnalazione del DSM-DP, vi siano variazioni connesse con fondata motivazione.

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente ai sensi dell'art. 120, comma 11 del Codice. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi - o più favorevoli - prezzi, patti e condizioni.

L'Operatore Economico s'impegna altresì ad assicurare l'eventuale graduale subentro di altro operatore al termine del contratto, o in caso di risoluzione o recesso, per salvaguardare la continuità assistenziale.

ART. 10 - DURATA DEI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INDIVIDUALIZZATI

LOTTI 1 e 2

I progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con Budget di Salute hanno una durata massima di 12 mesi, eventualmente rinnovabili per un massimo di ulteriori 12 mesi.

Allo scadere dell'anno di durata, taluni progetti possono essere rinnovati allo stesso livello d'intensità riabilitativa ma dopo un'approfondita, meticolosa e motivata descrizione di interventi e obiettivi. I progetti sono soggetti a revisione periodica prevedendo il passaggio da una tipologia di intervento ad un'altra di minore intensità, il che connota il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, lavorativi e di inclusione sociale.

I singoli Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati con BdS dovranno avere quale data massima di scadenza quella del contratto di gara.

I percorsi/progetti di prescrizione sociale hanno durata massima di 6 mesi.

Il DSM DP, o le sue articolazioni periferiche, provvederanno ad interpellare la ditta aggiudicataria per definire i singoli interventi attuativi, così come meglio definito nel presente capitolato.

In caso di ricoveri ospedalieri, fino al rientro dell'persona presso il proprio domicilio, si cercherà di garantire, tenuto conto delle condizioni cliniche della persona, la continuità degli interventi del Progetto Individualizzato con BdS con interventi educativi individualizzati in presenza e la cui definizione è stata condivisa nell'Equipe integrata di progetto tra persona, partner aggiudicatario e operatori CSM / SerDP / NPIA, inserita nella Scheda di progetto informatizzata e comunicata al RUP e al DEC al fine autorizzativo.

LOTTO 3

Il progetto sull'abitare di transizione può avere una durata massima di 12 mesi, eventualmente rinnovabile per un massimo di ulteriori 12 mesi, per permettere la conclusione del progetto o la sua riformulazione sulla base di una diversa collocazione abitativa.

I Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) del solo lotto 3) potranno avere una scadenza successiva a quella dell'Accordo Quadro, fino ad un massimo di 4 mesi, al fine di garantire continuità assistenziale agli ospiti da parte del medesimo operatore economico con esiti positivi sul loro percorso assistenziale, secondo quanto disposto dagli articoli 59 comma 1 e 128 del vigente Codice Appalti."

LOTTO 4

Il progetto delle Attività di Comunità può avere una durata massima di 12 mesi, eventualmente rinnovabile per un massimo di ulteriori 12 mesi, all'interno del periodo del contratto di gara.

Alla scadenza dell'accordo quadro e in caso di eventuale nuova gara, la ditta si impegna a collaborare nel mettere a disposizione del nuovo assegnatario il proprio personale, al fine di dare continuità agli interventi terapeutico – riabilitativi.

ART. 11 - NORME COMUNI AI CONTRATTI APPLICATIVI

L'affidamento dei progetti oggetto dell'Accordo Quadro ai singoli Operatori Economici aggiudicatari avviene mediante stipula di Contratti Applicativi, tenuto conto delle modalità di affidamento indicate nel presente capitolato.
In sede di affidamento dei Contratti Applicativi, le parti non possono apportare modifiche sostanziali all'Accordo Quadro. Tuttavia, se necessario, in occasione della stipula di ciascun

singolo Contratto Applicativo, la Stazione Appaltante può chiedere all'Operatore Economico precisazioni, nel rispetto delle condizioni fissate dal presente documento.

ART. 12 – PERIODO DI PROVA

L'impresa aggiudicataria è soggetta ad un periodo di prova di sei mesi a far data dall'inizio effettivo delle attività.

Trascorsi sei mesi dall'inizio del contratto, il periodo di prova s'intende superato se non sia intervenuta comunicazione da parte dell'Azienda USL.

Qualora durante tale periodo, l'esecuzione della prestazione non risponda alle norme previste dal presente capitolato e/o all'offerta tecnica proposta dall'Operatore Economico in fase di gara, l'Azienda USL comunicherà alla ditta le motivazioni che ostano al superamento del periodo di prova, con diffida a adempiere.

Persistendo i motivi che ostano al superamento positivo del periodo di prova, l'Azienda USL ha la facoltà di risolvere il contratto, tramite PEC, e di aggiudicare il servizio all'impresa che segue in classifica, senza che l'Impresa precedentemente aggiudicataria possa avanzare una richiesta di risarcimento (articolo 1456 del Codice civile Clausola risolutiva espressa).
In tal caso l'Operatore Economico che non abbia superato il periodo di prova:

- dovrà proseguire nel servizio fino alla data comunicata dall'Azienda USL;
- avrà diritto esclusivamente al pagamento delle prestazioni eseguite;
- si vedrà incamerare il deposito cauzionale definitivo, salvo eventuali maggiori oneri.

ART. 13 – PREZZI DEL SERVIZIO

Il corrispettivo spettante alla Ditta aggiudicataria è rappresentato, per tutti i lotti, dal valore del Canone Unitario Minimo di Attività indicato in offerta, che non dovrà essere superiore a € 29,15 IVA esclusa.

Gli importi del Canone Unitario Minimo di Attività dovranno intendersi omnicomprensivi di obblighi, rischi e oneri a carico della Ditta, dell'organizzazione dei piani di lavoro del personale e di tutto quanto previsto dal presente capitolato.

ART. 14 - CLAUSOLA DI REVISIONE PREZZI

La revisione dei prezzi sarà applicabile qualora nel corso di esecuzione del contratto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determina una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al 5 per cento dell'importo complessivo, e opera nella misura dell'80 per cento del valore eccedente la variazione del 5 per cento applicata alle prestazioni da eseguire, come previsto dall'articolo 60 del Codice degli Appalti.

Ai fini della determinazione della variazione dei costi e dei prezzi, ai sensi dell'articolo 11, comma 2 lettera b) dell'Allegato II.2 bis al Codice Appalti, rientrando il codice CPV nella tabella D.2 sarà utilizzato il codice con indice TIPOPC INDICE ISTAT [00ST] indice generale senza tabacchi.

L'appaltatore potrà presentare richiesta scritta di revisione dei prezzi alla stazione appaltante, corredata dalla documentazione che attesti la variazione degli indici di prezzo.

La stazione appaltante valuterà la richiesta entro 30 giorni dalla ricezione della stessa.

In caso di esito positivo, la revisione dei prezzi sarà formalizzata mediante comunicazione. La revisione dei prezzi non potrà, in nessun caso, alterare la natura generale del contratto né comportare una modifica sostanziale delle prestazioni previste.

Al verificarsi delle particolari condizioni di natura oggettiva indicate al primo capoverso, si applica la revisione dei prezzi anche ai contratti di subappalto e ai subcontratti comunicati alla stazione appaltante.

ART. 15 – MODIFICHE DEL CONTRATTO

Il contratto di appalto potrà essere modificato, senza una nuova procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 120, comma 1, lettera a) del D.lgs. 36/2023, al verificarsi delle seguenti condizioni:

- aumento delle attività del servizio;
- applicazione della clausola di revisione prezzi di cui all'articolo 14 del presente capitolato.

La modifica del contratto non supererà, per ogni lotto, l'importo di seguito indicato (30% dell'importo biennale del contratto, del rinnovo biennale e della proroga calcolata indicativamente in sei mesi):

- Lotto 1) € 4.725.000,00 IVA esclusa;
- Lotto 2) € 290.250,00 IVA esclusa;
- Lotto 3) € 290.250,00 IVA esclusa;
- Lotto 4) € 317.250,00 IVA esclusa.

Qualora in corso di esecuzione si rendesse necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, la stazione appaltante potrà imporre all'appaltatore, ai sensi dell'articolo 120, comma 9, del D.lgs. 36/2023, l'esecuzione delle stesse alle condizioni originariamente previste. In tal caso l'appaltatore non potrà far valere il diritto alla risoluzione del contratto.

ART. 16 - VERIFICA E CONTROLLO SULL'ESECUZIONE DEL SERVIZIO E RAPPRESENTANTE DELLA DITTA

Per procedere a forme di controllo qualitativo del servizio, l'Azienda USL di Bologna provvederà alla verifica della qualità e dell'appropriatezza degli interventi, nonché della corretta applicazione delle disposizioni contenute nel presente capitolato. L'Azienda USL procederà alla verifica analitica degli standard e si attiverà in ogni caso di motivata lamentela delle persone.

La responsabilità della verifica tecnica e il controllo qualitativo del servizio, la verifica dell'appropriatezza dei progetti psico-educativo-abilitativi e riabilitativi, compete al Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC).

La ditta aggiudicataria dovrà comunicare al Responsabile Unico di Progetto (RUP) o a un suo incaricato, il nominativo di un suo rappresentante o incaricato quale Responsabile/Coordinatore per tutti gli adempimenti previsti dal presente capitolato.

La ditta dovrà inoltre comunicare il recapito telefonico per immediata disponibilità dell'incaricato per ogni comunicazione urgente che dovesse rendersi necessaria al di fuori delle ore di servizio.

Il Rappresentante, o suo incaricato, dovrà controllare e far osservare al personale impiegato le funzioni e i compiti stabiliti per il regolare svolgimento delle attività; egli è tenuto a mantenere un contatto continuo con gli addetti segnalati dall'Azienda USL per verificare l'andamento del servizio.

In caso di assenza o impedimento dell'incaricato, la ditta dovrà comunicare il nominativo, il recapito telefonico e e-mail di un sostituto.

ART. 17 - RESPONSABILE UNICO DI PROGETTO (RUP), DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO (DEC) E ASSISTENTE AL DEC (ADEC)

In armonia con le esigenze aziendali di qualità e di buona gestione, al fine di consentire il corretto svolgimento del servizio, ai sensi del "*Nuovo regolamento (in sostituzione di quello precedentemente approvato nell'anno 2024) Aziende Sanitarie Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) disciplinante le modalità di nomina ed individuazione delle competenze del Responsabile Unico di Progetto (RUP), dei Responsabili di Fasi (RP), del Direttore dell'esecuzione dei contratti (DEC) e degli assistenti al DEC (ADEC) in materia di contratti pubblici relativi a servizi e forniture in attuazione del D.Lgs.n.36 del 31/03/2023 e s.m.i."* (Deliberazione del Direttore Generale AUSL di Bologna n.437 del 15/12/2025), il RUP designa per ogni Lotto, il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), a cui sono attribuiti i compiti previsti dal medesimo Regolamento.

Pertanto, per le modalità di nomina, per la definizione delle responsabilità e delle competenze del Responsabile Unico di Progetto (RUP), del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) e degli Assistenti al DEC (ADEC) di ogni Lotto si rimanda al citato Regolamento e s.m.i. e alla normativa vigente.

Il DEC monitora la spesa tenendo a riferimento l'importo di aggiudicazione, i dati relativi del presente capitolato che hanno determinato il valore dell'importo di aggiudicazione e l'indicazione della gestione di Budget del DSM DP data dal RUP (o dal Direttore del DSM DP se diverso dal RUP).

Il DEC avvalendosi della collaborazione degli Assistenti al DEC se nominati e di un sistema informativo dedicato o le sue evoluzioni, sovraintende e gestisce il controllo amministrativo contabile tramite la rendicontazione mensile delle prestazioni e della spesa dei progetti individualizzati con Budget di Salute, del supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale all'abitare, dei percorsi di prescrizione sociale, dei progetti di convivenza sull'abitare di transizione e delle attività di comunità.

Al momento della nomina il DEC descriverà in dettaglio i compiti dell'ADEC.

ART. 18 - COMPORTAMENTO DEL PERSONALE DELLA DITTA

I dipendenti della Ditta aggiudicataria che effettuano il servizio oggetto della presente gara, sono obbligati a tenere un comportamento improntato alla massima educazione e correttezza sia nei confronti degli assistiti e dei loro familiari sia degli operatori sanitari, e ad agire in ogni occasione con la diligenza professionale specificata dal presente capitolato e che il servizio richiede.

Inoltre, i dipendenti della Ditta aggiudicataria devono rispettare diligentemente le indicazioni progettuali, le prescrizioni organizzative e la pianificazione operativa del servizio erogato del DEC e degli ADEC.

L'Azienda USL può richiedere l'allontanamento di quel personale della ditta che non si sia comportato con correttezza ovvero che non sia di gradimento all'Azienda USL.
In particolare, la ditta deve curare che il proprio personale:

- vesta in maniera idonea e sia munito di apposita tessera di riconoscimento corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro come stabilito dall'art. 26, comma 8, del D.lgs. n.81/2008 e s.m.i.;
- abbia sempre con sé un documento di identità personale;

- consegni immediatamente le cose, qualunque ne sia il valore e stato, rinvenute nell'ambito dei settori, al proprio responsabile diretto che le dovrà consegnare al RUP e/o al DEC e/o a un suo incaricato;
- segnali subito al proprio responsabile diretto le anomalie rilevate durante lo svolgimento del servizio; allo stesso tempo dette segnalazioni dovranno essere comunicate anche al RUP e/o al DEC e/o a un suo incaricato;
- tenga sempre un contegno corretto;
- non prenda ordini da estranei per l'espletamento del servizio;
- rifiuti qualsiasi compenso e/o regalia.

La Ditta aggiudicataria è comunque responsabile del comportamento dei suoi dipendenti e delle inosservanze del presente capitolato. La ditta è inoltre direttamente responsabile dei danni derivanti a terzi, sia persone che dipendenti dell'Azienda USL, per comportamenti imputabili ai propri dipendenti.

ART. 19 - OBBLIGHI PREVIDENZIALI, FISCALI E ASSICURATIVI DELLA DITTA

La ditta aggiudicataria è tenuta al tassativo e integrale rispetto dell'applicazione per tutti i dipendenti delle condizioni retributive, previdenziali, assicurative e normative previste dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro di riferimento, compresi i diritti sindacali e la responsabilità civile verso terzi; le imprese cooperative sono tenute al rispetto di quanto sopra, per tutti i dipendenti, soci e non soci, anche in deroga ad eventuali difformi regolamenti interni ai sensi della Legge 142/2001.

A richiesta dell'Azienda USL, la ditta aggiudicataria dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a verificare il rispetto degli obblighi suddetti.

Resta comunque inteso che l'Azienda USL rimane del tutto estranea ai rapporti che andranno ad instaurarsi fra l'appaltatore e il personale da questo dipendente, esonerandola da qualsiasi responsabilità in merito.

ART. 20 – OBBLIGO DI RISERVATEZZA DEI DATI

Il Fornitore ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni, ivi comprese quelle che transitano per le apparecchiature di elaborazione dati, di cui venga in possesso e comunque a conoscenza, anche tramite l'esecuzione del contratto, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma, di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione del Contratto e di non farne oggetto di comunicazione o trasmissione senza l'espressa autorizzazione dell'Azienda.

L'obbligo di cui sopra sussiste, altresì, relativamente a tutto il materiale originario o predisposto in esecuzione del Contratto. Tali obblighi non concernono i dati che siano o divengano di pubblico dominio.

Il Fornitore è responsabile per l'esatta osservanza da parte dei propri dipendenti, consulenti e collaboratori, nonché di subappaltatori e dei dipendenti, consulenti e collaboratori di questi ultimi, degli obblighi di segretezza di cui sopra e risponde nei confronti dell'Azienda per eventuali violazioni dell'obbligo di riservatezza commesse dai suddetti soggetti.

In caso di inosservanza degli obblighi descritti l'Azienda ha facoltà di dichiarare risolto di diritto il Contratto, fermo restando che il Fornitore sarà tenuto a risarcire tutti i danni che ne dovessero derivare.

Il Fornitore può utilizzare servizi di cloud pubblici ove memorizzare i dati e le informazioni trattate nell'espletamento dell'incarico affidato, solo previa autorizzazione dell'Azienda.

Sarà possibile ogni operazione di auditing da parte dell'Azienda attinente alle procedure adottate dal Contraente in materia di riservatezza e degli altri obblighi assunti dal presente contratto.

Il Fornitore non potrà conservare copia di dati e programmi dell'Azienda, né alcuna documentazione inerente ad essi dopo la scadenza del Contratto e dovrà, su richiesta, ritrasmetterli all'Azienda.

Il Fornitore s'impegna, altresì, a rispettare quanto previsto dal regolamento UE 2016/679 e dal D.lgs. n.51/2018. Il fornitore, in relazione a quanto oggetto di prestazione e alle informazioni e documenti dei quali sia venuto in possesso, a qualsiasi titolo, nell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente appalto, si impegna, fatto salvo in ogni caso il diritto al risarcimento dei danni subiti dall'interessato, ad attuare nell'ambito della propria struttura e di quella degli eventuali collaboratori, sotto la propria responsabilità, ai sensi del regolamento UE 2016/679, tutte quelle misure e norme di sicurezza e di controllo atte ad evitare il rischio di alterazione, distruzione o perdita, anche parziale, nonché d'accesso non autorizzato, o di trattamento non consentito, o non conforme alle finalità del presente contratto.

Responsabile del trattamento dei dati

Con la stipula del contratto di appalto, la ditta, ai sensi dell'articolo 28 del regolamento, è nominata Responsabile del trattamento dei dati, per gli adempimenti previsti nel contratto di appalto e nei limiti e per la durata dello stesso. La nomina di Responsabile è valida per tutta la durata del contratto d'appalto e si considererà revocata a completamento dell'incarico.

Con riferimento all'attività di trattamento dei dati personali cui concorre la Ditta, la stessa assicura massima cooperazione e assistenza al fine di consentire la redazione da parte del Titolare della eventuale DPIA e, in ogni caso, garantisce l'applicazione delle azioni di mitigazione previste nella DPIA o comunque ritenute idonee dall'Azienda.

La Ditta dovrà garantire all'Azienda, tenuto conto dello stato della tecnica, dei costi, della natura, dell'ambito e della finalità del relativo trattamento, l'adozione, sia nella fase iniziale di determinazione dei mezzi di trattamento, che durante il trattamento stesso, di ogni misura tecnica ed organizzativa che riterrà opportuna per garantire ed attuare i principi previsti in materia di protezione dati e a tutelare i diritti degli interessati.

In linea con i principi di privacy by default, dovranno essere trattati, per impostazione predefinita, esclusivamente quei dati personali necessari per ogni specifica finalità del trattamento, e che in particolare non siano accessibili dati personali ad un numero indefinito di soggetti senza l'intervento di una persona fisica.

La Ditta assicura, altresì, la tenuta di apposito registro dei trattamenti che, su richiesta, viene messo a disposizione dell'Azienda e/o dell'Autorità di controllo.

Le Parti riconoscono e convengono che il rispetto delle istruzioni di cui all'atto di nomina, nonché alle prescrizioni della normativa applicabile, non producono l'insorgere di un diritto in capo al Responsabile del trattamento al rimborso delle eventuali spese che lo stesso potrebbe dover sostenere per conformarsi.

ART. 21 - OBBLIGHI IN MATERIA DI SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO

L'Azienda USL di Bologna, come previsto dall'articolo 26, comma 1, lettera b) del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., fornisce alle ditte partecipanti, in un fascicolo informativo, dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti negli ambienti in cui sono destinate ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività. Tale fascicolo è disponibile sul sito dell'Aziende USL di Bologna seguendo il seguente percorso:

www.ausl.bologna.it / Operatori economici/ Informazioni utili per gli operatori economici / Fascicolo informativo sui rischi specifici dell'Ausl di Bologna

oppure al link

https://www.ausl.bologna.it/operatori-economici/informazioni-op-economici/FASCICOLO%20INFORMATIVO%20RISCHI%20SPECIFICI%20AUSL%20BO%2012%202015.1.d..pdf/view

Restano immutati gli obblighi a carico delle imprese e dei lavoratori autonomi in merito alla salute e alla sicurezza sul lavoro.

L'Azienda USL di Bologna, allegato al contratto di appalto, invierà alla ditta aggiudicataria, il Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI).

ART. 22 - CLAUSOLA SOCIALE

Al fine di promuovere la stabilità occupazionale nel rispetto dei principi dell'Unione Europea, e ferma restando la necessaria armonizzazione con l'organizzazione dell'operatore economico subentrante e con le esigenze tecnico-organizzative e di manodopera previste nel nuovo contratto, l'aggiudicatario del contratto di appalto è tenuto ad assorbire prioritariamente nel proprio organico il personale già operante alle dipendenze dell'aggiudicatario uscente, come previsto dall'articolo 57 del Codice, garantendo l'applicazione dei CCNL di settore, di cui all'articolo 51 del D.lgs. 15 giugno 2015, n. 81.

ART. 23 - SCIOPERI

I servizi oggetto del presente accordo quadro rientrano nella categoria dei servizi pubblici essenziali.

In caso di sciopero del proprio personale, la Ditta aggiudicataria è conseguentemente tenuta a darne preventiva e tempestiva comunicazione al DEC del Lotto interessato ed è obbligata a garantire tutte le prestazioni essenziali con il contingente minimo previsto dalla normativa di riferimento concordandone, di volta in volta, le specifiche modalità con i DEC.

I servizi non effettuati a seguito degli scioperi dei professionisti della Ditta aggiudicataria saranno detratti dal computo.

ART. 24 – DANNI A PERSONE E COSE

L'Azienda USL è esonerata da ogni responsabilità per danni, infortuni o altro che dovessero accadere al personale della Ditta aggiudicataria nell'esecuzione del contratto, convenendosi a tale riguardo che qualsiasi eventuale onere è già compensato e compreso nel corrispettivo del contratto stesso.

La Ditta aggiudicataria risponde pienamente per danni a persone e/o cose che potessero derivare dall'espletamento delle prestazioni contrattuali e imputabili ad essa e ai suoi dipendenti e dei quali danni fosse chiamata a rispondere l'Azienda USL che, fin da ora, si intende sollevata e indenne da ogni pretesa o molestia.

La Ditta, in ogni caso, dovrà provvedere a proprie spese alla riparazione e sostituzione delle parti o oggetti danneggiati. L'accertamento dei danni sarà effettuato dai rappresentanti dell'Azienda USL, in contraddittorio con i rappresentanti della Ditta aggiudicataria. In caso di assenza dei rappresentanti della Ditta, si procederà agli accertamenti dei danni in presenza di due testimoni, anche dipendenti dell'Azienda USL, senza che la Ditta possa sollevare eccezione alcuna.

La ditta è altresì obbligata a stipulare una polizza assicurativa di responsabilità civile per tutti gli eventuali danni da essa recati all'Azienda USL, con un massimale di copertura di almeno € 1.500.000,00 – unico – salvo e impregiudicato il risarcimento di maggiori danni in caso di eventi dannosi, secondo le modalità indicate nel presente capitolato di gara.

Copia quietanzata della suddetta polizza dovrà essere trasmessa, successivamente all'aggiudicazione della gara, all'Ufficio Gare e Contratti del DSMDP e al Servizio Acquisti dell'Azienda USL di Bologna.

ART. 25 - SUBAPPALTO

È ammesso il subappalto nei limiti e con le modalità previste dall'articolo 119 del D.lgs. 36/2023.

Il contratto tra appaltatore e subappaltatore/subcontraente ai sensi della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i., dovrà contenere le seguenti clausole:

Art. XX - Obblighi del subappaltatore/subcontraente relativi *alla tracciabilità dei flussi finanziari*

1. *L'impresa (…), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (…) nell'ambito del contratto sottoscritto con l'Ente (…), identificato con il CIG n. (…) /CUP n. (…), assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.*
2. *L'impresa (…), in qualità di subappaltator% e/subcontraente dell'impresa (…), si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente (…) della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.*
3. *L'impresa (…), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (…), si impegna ad inviare copia del presente contratto all'Ente (…).*

ART. 26 - PENALITÀ

L'Azienda USL si riserva il diritto di attivare un sistema di rilevazione quali/quantitativa del servizio nel suo complesso o in alcune sue parti.

Fatto salvo quanto previsto dall'articolo fatturazione e pagamenti, il servizio derivante dal presente capitolato speciale sarà monitorato per tutta la sua durata. La Ditta Aggiudicataria sarà, pertanto, sottoposta ad un processo di valutazione che potrà portare, di volta in volta, all'applicazione di penali direttamente conseguenti da comportamenti difformi rispetto agli obblighi contrattuali.

Nel caso di inosservanza delle norme del presente capitolato, e per ciascuna carenza rilevata, potranno essere applicate le seguenti penalità, previa contestazione dell'addebito alla Ditta aggiudicataria e rigetto delle sue eventuali giustificazioni ritenute non sufficienti:

- in caso di rilevamento attraverso le verifiche di progetto di comportamenti operativi e metodologici del Partner aggiudicatario in palese contrasto con i criteri ispiratori del Budget di salute/Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, del Servizio di supporto accompagnamento individuale e di mediazione sociale per l'abitare autonomo, del Servizio

di prescrizione sociale, dei Progetti di Convivenza sull'Abitare Supportato e dei Progetti delle Attività di Comunità e con quanto stabilito nel presente capitolato, sarà applicata una penale da € 1.000,00 a € 2.000,00 per ogni fatto;

- in caso di sospensione, abbandono o mancata effettuazione del servizio, anche parziale, sarà applicata una penale pari a € 1.000,00 per ogni giorno di mancato servizio;
- in caso di impiego di personale inadeguato e/o di personale insufficiente a garantire il buono e completo svolgimento e la dovuta erogazione delle attività e del servizio come indicato dall'equipe CSM/SerDP/NPIA e stabilito nel progetto individualizzato, sarà applicata una penale di € 1.500,00, per ogni fatto;
- in caso di gravi azioni a danno della dignità personale degli assistiti da parte di operatori della ditta, sarà applicata una penale da € 1.000,00 a € 2.000,00 per ogni fatto;
- in caso di violazioni o modifiche delle procedure preventivamente concordate con i Servizi dell'Azienda USL, sarà applicata una penale pari a € 1.000,00, per ogni fatto;
- in caso di rifiuto o di mancata tempestività entro 30 giorni, nella risposta alla richiesta di progettazione, sarà applicata una penale di € 1.000,00 per ogni fatto;
- in caso che il Partner aggiudicatario e il suo responsabile generale dei progetti per ogni Lotto o per più Lotti:
  - non garantiscano un'adeguata presa in carico ed un supporto delle persone con effettivo svolgimento delle attività previste dai progetti;
  - non garantiscano una corretta erogazione delle prestazioni come previsto dal presente capitolato nello svolgimento di interventi ed attività dei Progetti con BdS;
  - rifiutino la registrazione telematica, secondo modalità concordate con il DSM-DP, delle prestazioni e delle presenze delle persone in attività;
  - rifiutino di fornire al DEC, l'elenco e gli aggiornamenti dei CV degli operatori in campo;
  - rifiutino di fornire al DEC tutte le informazioni anche con relazioni scritte, su uno o più Progetti, circa le attività individuali e di gruppo svolte e le strutture utilizzate per effettuarle;
  - rifiutino di fornire al DEC le informazioni e i chiarimenti circa le prestazioni erogate dagli operatori e le presenze effettive in attività da parte delle persone;
  - rifiutino di fornire al DEC tutte le informazioni sull'ottemperanza degli obblighi di legge in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro per gli operatori del soggetto aggiudicatario e sulla valutazione dei relativi rischi;
  - non garantiscano la salubrità e l'adeguatezza degli spazi e dei luoghi in cui si svolgono gli interventi e le attività in favore delle persone e della facile raggiungibilità da parte di quest'ultime;

  sarà applicata una penale di € 1.000,00 per ogni fatto;

- in caso di rifiuto di effettuare interventi individualizzati di supporto assistenziale, con operatori sociosanitari e in subordine con educatori, all'interno di strutture ospedaliere e di strutture residenziali dell'AUSL DSM DP, per persone con gravi disabilità fisiche e mentali e gravosi nella loro gestione quotidiana e notturna sarà applicata una penale di € 1.000,00 per ogni fatto;
- in caso di scorretta imputazione delle presenze e delle prestazioni dopo la prima settimana di assenza dell'persona che risulta ancora assente dalle attività individuali e gruppali di una qualsiasi area, sarà applicata una penale da € 1.000,00 a € 2.000,00 per ogni fatto;
- in caso di erogazione e di imputazione nel portale informatico delle prestazioni a distanza con mancata comunicazione all'equipe e all'operatore di riferimento CSM / SerDP / NPIA e di autorizzazione da parte del DEC, le prestazioni non saranno riconosciute e sarà applicata una penale di € 500,00 per ogni fatto;

- in caso di comportamento ostativo o di rifiuto da parte del partner aggiudicatario circa lo spostamento dell'operatore per svolgimento dell'intervento previsto sarà applicata una penale di € 1.000,00 per ogni fatto.

In caso di eventuali ritardi, inadempimenti, incongruenze rispetto alle condizioni di contratto, il DEC li segnala via e-mail tempestivamente al RUP esecuzione.

Il RUP esecuzione segnala al referente del Partner affidatario del contratto eventuali disfunzioni, impedimenti, ritardi nell'attuazione degli interventi, diffidandolo all'adempimento delle prescrizioni contrattuali; insieme concorderanno un confronto, con stesura di un apposito verbale. In caso di mancato confronto per cause direttamente o indirettamente imputabili alla Ditta, il RUP esecuzione darà immediato corso all'applicazione della penale. In tal caso la ditta non potrà sollevare alcuna obiezione.

Il confronto non è vincolante e rimane nella discrezionalità del RUP esecuzione anche l'applicazione diretta e senza confronto delle penali, di cui darà comunicazione alla ditta per mezzo dì posta elettronica certificata.

Delle penali applicate sarà data comunicazione alla ditta per mezzo di posta elettronica certificata.

La Ditta dovrà emettere nota di accredito per l'importo della penale applicata, che sarà contabilizzata in sede di liquidazione delle fatture in corso al momento del ricevimento della nota di accredito.

Ai sensi dell'articolo 126 del D. Lgs 36/2023, le penali dovute per il ritardato adempimento sono calcolate in misura giornaliera compresa tra lo 0,5 per mille e l'1,5 per mille dell'ammontare netto contrattuale, da determinare in relazione all'entità delle conseguenze legate al ritardo, e comunque non possono superare complessivamente il 10% di detto ammontare netto contrattuale.

La Ditta aggiudicataria prende atto che l'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'Azienda appaltante a richiedere il risarcimento degli eventuali maggiori danni.

Resta salva la facoltà dell'Azienda USL, in caso di disservizio e/o assenza ingiustificata, di ricorrere ad altre ditte per l'effettuazione del servizio. In tal caso, tutti gli oneri saranno a carico della Ditta aggiudicataria.

ART. 27 - DIVIETO DI CESSIONE DEL CONTRATTO E DEI CREDITI

È fatto assoluto divieto al Fornitore di cedere, a qualsiasi titolo, il contratto, a pena di nullità delle cessioni stesse, salvo quanto previsto dall'articolo 120 comma 1, lett. d) n. 2 del D.lgs. n. 36/2023.

Per la cessione dei crediti si applicano le seguenti disposizioni.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 6 dell'allegato II.14 del D.lgs. n. 36/2023, ai fini dell'opponibilità alla stazione appaltante (intendendosi per essa l'Amministrazione stipulante il contratto), la cessione dei crediti deve essere stipulata mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e deve essere notificata alla medesima stazione appaltante all'indirizzo PEC indicato contrattualmente o in mancanza quello reperibile sui pubblici registri.

Fatto salvo il rispetto degli obblighi di tracciabilità, la cessione dei crediti da corrispettivo d'appalto (del presente contratto) è efficace e opponibile alla stazione appaltante qualora questa non la rifiuti con comunicazione da trasmettere tramite PEC al cedente (all'indirizzo di posta elettronica certificata indicata nel contratto) e al cessionario (all'indirizzo di posta elettronica certificata da cui proviene la comunicazione e documentazione inerente la cessione), oppure per entrambi i casi agli indirizzi di posta certificata reperibili sui pubblici registri entro trenta giorni dalla notifica della cessione.

Il rifiuto è valido e rende la cessione dei crediti inopponibile alla stazione appaltante a prescindere dal fatto che il contratto (sottostante alle fatture cedute) sia o meno in corso di esecuzione al

momento della notifica della cessione. Conseguentemente, la cessionaria non potrà avanzare alcuna pretesa nei confronti della stazione appaltante.

In via generale non sono ammesse cessioni dei crediti riferite a fatture già pagate alla cedente, le cessioni dei crediti riferite a più amministrazioni e quelle prive di riferimento specifico circa il titolo e l'oggetto del credito ceduto.

La stazione appaltante cui è stata notificata la cessione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

ART. 28 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

L'Azienda Sanitaria avrà la facoltà di risolvere *ipso facto et jure* il contratto, mediante semplice dichiarazione stragiudiziale intimata via PEC, secondo quanto stabilito all'articolo 122 del D.lgs. 36/2023 e nelle seguenti ipotesi:

a) nel caso di mancato adempimento delle prestazioni contrattuali a perfetta regola d'arte, nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute negli atti di gara e in essi richiamati, ai sensi dell'articolo 1456 del Codice civile;
b) in caso di cessazione dell'attività o in caso di procedure concorsuali intraprese a carico dell'aggiudicatario;
c) in caso di subappalto non autorizzato dall'Azienda Sanitaria;
d) qualora l'Azienda Sanitaria notifichi due diffide ad adempiere senza che la Ditta ottemperi a quanto intimato;
e) in caso di violazione dell'obbligo di riservatezza;
f) in caso di mancato adempimento agli obblighi previsti per la tracciabilità dei flussi finanziari dell'appalto;
g) in caso di mancata osservanza del Codice di comportamento adottato dalla stazione appaltante con Delibera del Direttore Generale n. 40 del 25/01/2024;
h) in caso di violazione degli impegni previsti dal Patto di integrità accettato in sede di partecipazione a gara;
i) in caso di mancato rispetto del Protocollo di Legalità del 19/06/2018 con la Prefettura di Bologna.

In caso di risoluzione del contratto l'Azienda Sanitaria applicherà quanto previsto all'articolo 124 del D.lgs. 36/2023.

Le stazioni appaltanti hanno il diritto di valersi della garanzia, nei limiti dell'importo massimo garantito, per l'eventuale maggiore spesa sostenuta per il completamento dei lavori, servizi o forniture nel caso di risoluzione del contratto disposta in danno dell'esecutore. Possono altresì incamerare la garanzia per il pagamento di quanto dovuto dall'esecutore per le inadempienze derivanti dalla inosservanza di norme e prescrizioni dei contratti collettivi, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela, protezione, assicurazione, assistenza e sicurezza fisica dei lavoratori addetti all'esecuzione dell'appalto.

ART. 29 – RECESSO DAL CONTRATTO

Qualora la Ditta aggiudicataria dovesse recedere dal contratto prima della scadenza convenuta, l'Azienda USL, oltre ad incamerare il deposito cauzionale, si riserva di addebitare alla medesima le eventuali maggiori spese insorgenti per l'assegnazione del servizio ad altra ditta.

Fermo restando quanto previsto dagli articoli 88, comma 4-ter e 92, comma 4, del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 la stazione appaltante può recedere dal contratto secondo quanto stabilito all'articolo 123 del D.lgs. 36/2023.

ART. 30 - FATTURAZIONE, PAGAMENTO, ORDINI E DOCUMENTI DI TRASPORTO

La Ditta fatturerà mensilmente il servizio effettuato all'Azienda USL di Bologna, secondo le modalità che saranno indicate dal Servizio Amministrativo del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

La liquidazione e il successivo pagamento dei budget di salute avverranno in seguito a verifica e attestazione per l'esatto adempimento da parte del Responsabile UOS CSM/SerDP/NPIA e del Coordinatore Assistenziale DATeR CSM/SerDP/NPIA. Il riepilogo della rendicontazione delle prestazioni erogate, sarà firmato dal Responsabile UOS CSM/SerDP/NPIA e dal Coordinatore Assistenziale DATeR CSM/SerDP/NPIA, solo dopo la risoluzione di eventuali modifiche, integrazioni e correzioni dello stesso.

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, commi da 209 a 213 della Legge 24/12/2007 n. 244 e successive modificazioni, e dal Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche di cui al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 3 aprile 2013, n. 55, le fatture devono essere trasmesse all'AUSL di Bologna esclusivamente in formato elettronico, attraverso il Sistema Di Interscambio (SDI).

L'obbligo di fatturazione elettronica ricade nei confronti dei soggetti italiani titolari di Partita IVA. Sono pertanto esclusi dall'applicazione tutti i fornitori privi di Partita IVA e i fornitori esteri.

Il Fornitore si obbliga a fatturare secondo le modalità previste dalla normativa, anche secondaria, vigente in materia, nonché dal presente contratto.

I pagamenti saranno effettuati entro il termine di legge decorrente dalla data di ricevimento della fattura elettronica (tramite SDI) qualora l'Azienda Sanitaria contraente abbia riscontrato la regolarità della stessa, e sussistano i presupposti e le condizioni per la sua liquidazione (acquisizione completa della documentazione necessaria a comprovare il diritto del creditore, tra cui i documenti di trasporto, riscontro della regolarità della fornitura o della prestazione, rispondenza della fattura ai requisiti quantitativi e qualitativi ordinati e consegnati, ai termini ed alle condizioni pattuite contrattualmente).

Qualora le fatture emesse non siano regolari e/o conformi a quanto sopra indicato e non sia quindi possibile procedere alla liquidazione, e sempre che non siano state già rifiutate (tramite SDI) nei casi e nei modi previsti dalla normativa di settore, l'Azienda Sanitaria Contraente sospenderà la liquidazione della fattura fino alla avvenuta regolarizzazione e procederà a formalizzare al Fornitore una formale contestazione da inviare tramite PEC contenente le relative motivazioni ed eventuale richiesta di emissione di nota di credito parziale o totale. La contestazione vale come sospensione dei termini di pagamento della fattura.

Il Fornitore dovrà provvedere a regolarizzare la fattura e/o a trasmettere la documentazione richiesta e/o a emettere la nota di credito richiesta entro 10 giorni dal ricevimento della contestazione.

Decorso il termine dei 10 giorni senza alcun riscontro o senza che la posizione sia stata regolarizzata, la stazione appaltante applicherà una penale per ogni giorno di sospensione pari allo 0,5 per mille, così come previsto dall'articolo 126 del Codice degli Appalti.

In caso di contestazione della fattura i termini di pagamento decorreranno dal ricevimento della documentazione richiesta e/o della nota di credito e/o della fattura correttamente emessa in sostituzione di quella integralmente contestata (o rifiutata). In ogni caso sulle fatture contestate e/o la cui liquidazione è sospesa (per qualsiasi ragione) e/o rifiutata, non sono dovuti interessi di qualsiasi natura, né costi di recupero

In nessun caso sono dovuti interessi anatocistici.

L'importo forfettario di € 40,00 di cui all'articolo 6 D.lgs. 231/2002, potrà essere riconosciuto, nei casi e alle condizioni ivi previste, per i crediti scaduti ceduti e/o non ceduti, per contratto di cessione ovvero, in caso di effettivo svolgimento di attività di recupero, per sollecito di pagamento

e/o con riferimento alla somma complessivamente ingiunta e/o azionata (e alla pluralità delle fatture azionate). Mentre nulla potrà essere riconosciuto in caso di cessioni di crediti futuri (non ancora sorti al momento della cessione). In ogni caso l'importo forfettario di € 40,00 non sarà dovuto (e non sarà esigibile) con riferimento a ogni singola fattura e sono esclusi automatismi risarcitori.

Di seguito si riportano i dati essenziali per la trasmissione delle fatture:

Azienda USL di Bologna

I.P.A. (indice delle Pubbliche Amministrazioni) asl_bo

codice univoco ufficio (per ricevimento fatture) UFVSRG

Gli originali delle fatture dovranno essere così intestati:

AZIENDA U.S.L. DI BOLOGNA

Codice fiscale: 02406911202

Sede Legale: Via Castiglione 29 – 40124 Bologna.

Ai sensi dell'articolo 25 del decreto-legge n. 66/2014, al fine di garantire l'effettiva tracciabilità dei pagamenti da parte delle pubbliche amministrazioni, le fatture elettroniche emesse verso le PA devono riportare il Codice Identificativo di Gara (CIG), tranne i casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità di cui alla Legge n. 136 del 13 agosto 2010.

Non si potrà procedere al pagamento delle fatture elettroniche qualora le stesse non riportino il CIG ove previsto.

Le fatture dovranno, inoltre, contenere tassativamente gli importanti seguenti elementi:

- indicazione dettagliata del servizio prestato e del periodo di riferimento;
- indicazione della determina dell'Ente appaltante che ha dato luogo all'ordine;
- indicazione del numero dell'ordine aziendale informatizzato ed essere corredate dal modulo presenze/assenze secondo le modalità che saranno esplicitate nel contratto di appalto sottoscritto con l'Operatore Economico aggiudicatario.

In caso di aggiudicazione a fornitore non residente in Italia, le fatture dovranno essere inviate a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo: bilancio.fattureestere@ausl.bo.it.; al fornitore estero aggiudicatario saranno date ulteriori indicazioni sulla fatturazione nella comunicazione di aggiudicazione.

Ai sensi della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità per il 2015), le Aziende Sanitarie rientrano fra le Pubbliche Amministrazioni tenute ad applicare lo Split Payment IVA; pertanto, il pagamento delle fatture per la cessione di beni e le prestazioni di servizi dei fornitori sarà effettuato separando i pagamenti, ossia versando l'imponibile al fornitore e l'IVA (ancorché regolarmente esposta in fattura) direttamente all'Erario.

A tale scopo dovrà essere riportata in fattura la dicitura seguente: Scissione dei pagamenti – articolo 17 TER DPR 633/72 (Decreto MEF 23/01/2015).

L'applicazione dello split payment non si applica ai fornitori esteri.

Il mancato rispetto delle disposizioni sopra esplicitate non consentirà il pagamento delle fatture.

Per ulteriori informazioni, relative al pagamento delle fatture, contattare direttamente il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) - Ufficio Contabilità Fornitori, tel. n. 051-6079538.

Le Aziende Sanitarie procederanno ai pagamenti delle fatture secondo le normative vigenti in materia.

La Ditta aggiudicataria avrà l'obbligo di assicurare lo svolgimento del servizio anche in caso di ritardato pagamento.

La ditta rinuncia a far valere, nei casi previsti dal presente articolo, qualsiasi eccezione d'inadempimento di cui all'articolo 1460 del Codice civile. Ogni caso di arbitraria interruzione delle prestazioni contrattuali sarà ritenuto contrario alla buona fede e la ditta sarà considerata diretta responsabile di eventuali danni causati all'Azienda Sanitaria e dipendenti da tale interruzione. Tale divieto nasce dalla necessità e dall'importanza di garantire il buon andamento dell'Ente Pubblico, nonché di tutelare gli interessi collettivi dei quali l'Azienda USL è portatrice.
I corrispettivi saranno pagati con le modalità previste dal presente capitolato e saranno subordinati:

- alla regolarità contributiva della ditta (qualora la ditta aggiudicataria risultasse debitrice il pagamento delle fatture sarà in ogni caso subordinato alla regolarizzazione del debito stesso; è fatto salvo, in caso di mancata regolarizzazione dei debiti verso l'INPS il diritto dell'Istituto di trattenere dalle somme dovute alla ditta appaltatrice gli importi di contributi omessi e relativi accessori);
- alla verifica di cui all'articolo 48 bis del DPR 602/73.

La Ditta aggiudicataria, ai sensi dell'articolo 3 della Legge 136 del 13/08/2010 e s.m., assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari.

In base alle disposizioni della legge regionale n. 11/2004 e s.m.i. e dei successivi atti attuativi, l'Azienda USL di Bologna deve emettere, dal 30 giugno 2016, gli ordini esclusivamente in forma elettronica.

Il fornitore deve, pertanto, dotarsi degli strumenti informatici idonei alla gestione dei suddetti adempimenti telematici. Per i dettagli tecnici si rinvia alla sezione dedicata al sito dell'Agenzia Intercent-ER http://intercenter.regione.emilia-romagna.it, che contiene tutti i riferimenti del Sistema Regionale per la dematerializzazione del Ciclo Passivo degli Acquisti (formato dei dati, modalità di colloquio, regole tecniche, ecc.), nonché al Nodo telematico di Interscambio No TI-ER.

In alternativa, le imprese possono utilizzare le funzionalità per la ricezione degli ordini e l'invio dei documenti di trasporto elettronici che sono messe a disposizione sulla piattaforma di Intercent-ER all'indirizzo https://piattaformaintercenter.regione.emila-romagna.it previa registrazione.

Le spese di bonifico applicate dall'Istituto Tesoriere, secondo quanto previsto dalla convenzione in essere alla data di pagamento, sono a carico della ditta aggiudicataria.

ART. 31 - CLAUSOLA WHISTLEBLOWING

L'impresa si impegna a comunicare al proprio personale che opera nel contesto lavorativo dell'Azienda USL di Bologna, il collegamento ipertestuale alla pagina dell'Azienda USL dedicata all'istituto del whistleblowing, al fine di renderlo edotto dei propri diritti e relative tutele, raggiungibile al seguente indirizzo: *https://www.ausl.bologna.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/ac/regolamenti-per-la-repressione-della-corruzione-e/wb*

ART. 32 - SPESE ACCESSORIE

Ogni spesa inerente e conseguente al contratto è a carico della Ditta aggiudicataria.
Ù

ART. 33 - CLAUSOLE CONTRATTUALI DI CUI ALL'INTESA PER LA LEGALITÀ DEL 19/06/2018 DELLA PREFETTURA DI BOLOGNA

Clausola n. 1
L'impresa dichiara di essere a conoscenza di tutte le norme pattizie di cui alla Intesa per la Legalità, sottoscritta il 19/06/2018 con la Prefettura di Bologna, tra l'altro consultabile al sito *http://www.prefettura.it/bologna/multidip/index.htm*, e che qui si intendono integralmente riportate, e di accettarne incondizionatamente il contenuto e gli effetti.

Clausola n. 2
L'impresa si impegna a comunicare alla stazione appaltante l'elenco delle imprese coinvolte nel piano di affidamento nell'esecuzione dei lavori, servizi o forniture con riguardo alle forniture ed ai servizi di cui all'articolo 3, lett. a) dell'Intesa, nonché ogni eventuale variazione successivamente intervenuta per qualsiasi motivo.

Ove i suddetti affidamenti riguardino i settori di attività a rischio di cui all'articolo 1, comma 53, della Legge 190/2012, la sottoscritta impresa si impegna ad accertare preventivamente l'avvenuta o richiesta iscrizione della ditta sub affidataria negli elenchi prefettizi dei fornitori, prestatori di servizi ed esecutori di lavori non soggetti a tentativi di infiltrazione mafiosa.

Clausola n. 3
L'impresa si impegna a denunciare immediatamente alle Forze di Polizia o all'Autorità Giudiziaria ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione nei confronti dell'imprenditore, degli eventuali componenti la compagine sociale o dei rispettivi familiari (richiesta di tangenti, pressioni per indirizzare l'assunzione di personale o l'affidamento di lavorazioni, forniture o servizi a determinate imprese, danneggiamenti, furti di beni personali o di cantiere).

Clausola n. 4
La sottoscritta impresa si impegna a segnalare alla Prefettura l'avvenuta formalizzazione della denuncia di cui alla precedente clausola 3 e ciò al fine di consentire, nell'immediato, eventuali iniziative di competenza.

Clausola n. 5
La sottoscritta impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, qualora dovessero essere comunicate dalla Prefettura, successivamente alla stipula del contratto o subcontratto, informazioni interdittive analoghe a quelle di cui agli articoli 91 e 94 del D.lgs. 159/2011, ovvero la sussistenza di ipotesi di collegamento formale e/o sostanziale o di accordi con altre imprese partecipanti alle procedure concorsuali d'interesse.

Qualora il contratto sia stato stipulato nelle more dell'acquisizione delle informazioni del Prefetto, sarà applicata a carico dell'impresa, oggetto dell'informativa interdittiva successiva, anche una penale nella misura del 10% del valore del contratto ovvero, qualora lo stesso non sia determinato o determinabile, una penale pari al valore delle prestazioni al momento eseguite; le predette penali saranno applicate mediante automatica detrazione, da parte della stazione appaltante, del relativo importo dalle somme dovute all'impresa in relazione alle prestazioni eseguite.

Clausola n. 6
La sottoscritta impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa che prevede la risoluzione immediata ed automatica del contratto, ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, in caso di grave e reiterato inadempimento delle disposizioni in materia di collocamento, igiene e sicurezza sul lavoro anche con riguardo alla nomina del responsabile della sicurezza e di tutela dei lavoratori in materia contrattuale e sindacale.

Clausola n. 7
La sottoscritta impresa dichiara di essere a conoscenza del divieto per le stazioni appaltanti pubbliche di autorizzare subappalti a favore delle imprese partecipanti alle operazioni di selezione e non risultate aggiudicatarie, salvo le ipotesi di lavorazioni altamente specialistiche o nei casi in cui l'accordo per l'affidamento del subappalto sia intervenuto successivamente all'aggiudicazione.

Clausola n. 8
La sottoscritta impresa si impegna a dare comunicazione tempestiva alla Prefettura e all'Autorità giudiziaria di tentativi di concussione che si siano, in qualsiasi modo, manifestati nei confronti dell'imprenditore, degli organi sociali o dei dirigenti di impresa. Dichiara altresì di essere a conoscenza che il predetto adempimento ha natura essenziale ai fini dell'esecuzione del contratto e che il relativo inadempimento darà luogo alla risoluzione espressa del contratto stesso, ai sensi dell'articolo 1456 c.c. ogni qualvolta nei confronti di pubblici amministratori e di funzionari che abbiano esercitato funzioni relative alla stipula ed esecuzione del contratto, sia stata disposta misura cautelare e sia intervenuto rinvio a giudizio per il delitto previsto dall'articolo 317 c.p.

Clausola n. 9
La sottoscritta impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa, di cui all'articolo 1456 c.c., ogni qualvolta nei confronti dell'imprenditore o dei componenti la compagine sociale o dei dirigenti dell'impresa, sia stata disposta misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per taluno dei delitti di cui agli artt. 317 c.p., 318 c.p., 319 c.p., 319 bis c.p., 319 ter c.p., 319 quater c.p., 320 c.p., 322 c.p., 322 bis c.p., 346 bis c.p., 353 c.p. e 353 bis c.p.

Clausola n. 10
La sottoscritta impresa si obbliga ad inserire in tutti i subcontratti la clausola risolutiva espressa nel caso in cui emergano informative interdittive a carico dell'altro subcontraente; tale clausola dovrà essere espressamente accettata dalla impresa subcontraente.

Clausola n. 11
La sottoscritta impresa dichiara di conoscere e di accettare la clausola risolutiva espressa ovvero la revoca dell'autorizzazione al subappalto o subcontratto, in caso di grave e reiterato inadempimento delle disposizioni in materia di collocamento, igiene e sicurezza sul lavoro anche con riguardo alla nomina del responsabile della sicurezza e di tutela dei lavoratori in materia contrattuale e sindacale.

ART. 34 - CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

Le controversie su diritti soggettivi, derivanti dall'esecuzione del presente contratto, non saranno deferite ad arbitri.

Per ogni controversia giudiziale relativa alla presente gara è competente esclusivamente il Foro di Bologna.

Per accettazione

(Firma digitale del Legale Rappresentante)