



Dipartimento Amministrativo

Servizio Acquisti di Area Vasta

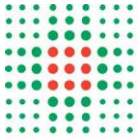
Settore servizi alberghieri, finanziari, socioassistenziali,
concessioni e attività di controllo e accesso agli atti

RELAZIONE TECNICA ILLUSTRATIVA

I. *Individual Placement and Support (IPS)*

L'importanza del lavoro nei processi di trattamento e riabilitazione delle persone con disturbi psichici è nota sin dai tempi delle istituzioni manicomiali, ove assumeva per lo più le forme della ergoterapia o della terapia occupazionale. Ma con l'avvio delle politiche di deistituzionalizzazione è risultato ben chiaro che il lavoro è ben più della organizzazione del tempo personale e della occupazione di tale tempo in attività dotate di senso. Il lavoro è il principale marker con cui la maggior parte delle persone misura la propria inclusione sociale, è una caratteristica fondamentale della identità, è la realizzazione di aspirazioni profonde inerenti la persona. Negli ultimi trent'anni è andato ben al di là della ergoterapia.

Nella maggior parte dei Paesi occidentali l'inserimento lavorativo è stato prevalentemente perseguito attraverso i c.d. "schemi a responsabilità sociale". Se il lavoro è un diritto del cittadino e se esistono classi di cittadini svantaggiati che trovano serie difficoltà nell'accedere a questo diritto, allora devono esistere meccanismi sociali che garantiscano la fruizione di tale diritto. Questo è il senso dello sviluppo dei sistemi di collocazione mirata previsti dalla Legge 68/99, basata sulla riserva di quote di posti di lavoro nelle aziende pubbliche e private per i cittadini con disabilità, compresa quella psichica. Ma è anche il senso del forte impegno dei Centri di Salute Mentale italiani nella sperimentazione di percorsi protetti di formazione ed inserimento, basati sullo strumento delle borse lavoro, in collaborazione o meno con la cooperazione sociale e con vari soggetti del terzo settore. Il modello cooperativo italiano ha attratto grande attenzione da parte della comunità scientifica e professionale internazionale, così come tutti gli schemi a responsabilità sociale che hanno offerto ed offrono ad un grande numero di persone opportunità che non troverebbero nel mercato del lavoro competitivo. Tuttavia, gli schemi a responsabilità sociale hanno incontrato sempre maggiori ostacoli nel garantire il raggiungimento di posizioni lavorative effettive, vale a dire posizioni contrattualizzate, disponibili a qualsiasi cittadino, svantaggiato o meno. La Legge 68/99 ha mostrato discrete capacità di sostegno e di contrattualità in favore di cittadini con disabilità fisica ed intellettiva, mentre è risultato più difficoltoso inserire lavorativamente i pazienti con disturbi mentali. Il movimento cooperativo di tipo B è stato in genere la risorsa principale su cui i Dipartimenti di Salute Mentale hanno potuto contare, ma nel tempo hanno incontrato sempre più problemi nel ritagliarsi quote di lavoro nel mercato liberalizzato e nel promuovere il lavoro contrattualizzato dei propri soci svantaggiati. Inoltre, le nuove generazioni di utenti della salute mentale, meno disabili rispetto a quella



deistituzionalizzata dal manicomio, esprime sempre maggiore insoddisfazione rispetto ai lunghi percorsi formativi, alle lunghe procedure di preparazione al lavoro, alla ridotta probabilità di ingresso nel mondo del lavoro competitivo.

Negli Stati Uniti queste contraddizioni si sono rese evidenti già all'inizio degli anni '90, in virtù delle particolari condizioni socio-economiche e dell'attività dei servizi di salute mentale di quel Paese, sono stati sperimentati con successo alcuni "schemi a responsabilità individuale". Secondo questo approccio il lavoro è una scelta individuale nella quale ciascuno mette in gioco le proprie motivazioni, le proprie capacità e le proprie esperienze. La forza di questa spinta motivazionale rischia di essere frenata dagli schemi a responsabilità sociale, mentre può essere potenziata con supporti personalizzati alle capacità individuali. Tali schemi vanno sotto il nome di *supported employment* e sono stati sperimentati con successo in moltissimi Stati dell'Unione e dal 2000 in molti altri stati europei. Il più noto fra i dispositivi di *supported employment* è l'*Individual Placement and Support (IPS)*, messo a punto all'inizio degli anni '90 dal gruppo di Psichiatria Sociale della Dartmouth University, diretto da Robert Drake. Tale metodologia ha oramai una mole di studi a suo sostegno che ne documenta una efficacia relativamente indipendente dai contesti economici e sociali nei quali è stata testata ed un gradimento crescente da parte di chi lo utilizza. In questo capitolo cercheremo di descriverne le basi teoriche e le modalità applicative e di fornire una rassegna delle principali esperienze americane, europee ed italiane.

II. I principi e le prassi dell'IPS

Nei decenni passati, le pratiche di salute mentale hanno prevalentemente perseguito la stabilizzazione dei sintomi e la protezione dei pazienti gravi dagli stress relativi al ruolo di adulto e di lavoratore nella vita di tutti i giorni, secondo il ben noto modello *vulnerabilità-stress*. Secondo tale modello si aiutano i pazienti a percorrere tappe intermedie in setting altamente protetti, come laboratori, unità pre-lavorative, *enclave jobs*, a occupare posti a tempo determinato gestiti più o meno direttamente dai servizi stessi, prima di prendere in considerazione un tipo di lavoro permanente e competitivo. Questi programmi lavorativi protetti hanno comportato un approccio lento e graduale nella preparazione all'occupazione in ambito competitivo, con l'effetto di perpetuare basse aspettative e disabilità a lungo termine.

Wehman e Moon (1988) sono stati i primi a focalizzare i loro interventi su un modello di sostegno al lavoro da loro stessi definito *place and train*, cioè di contemporaneo collocamento e formazione, capovolgendo la pratica di fornire lunghe preparazioni pre-lavorative 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 e alle caratteristiche della persona.

L'IPS trae origine dal lavoro di Wehman e Moon (1988) ed è andato strutturandosi sulla base delle esperienze sul campo degli anni '90. Attualmente esso è manualizzato sulla



base di otto principi che qui riprendiamo integralmente (Becker, Drake, 2003; Swanson, Becker, 2010; Drake, Bond, Becker, 2012) e che vengono applicati nella pratica da specialisti IPS formati allo scopo, sulla cui attività si dirà più avanti.

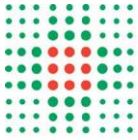
1. **Obiettivo: lavoro competitivo.** Gli specialisti IPS aiutano i clienti a ottenere un'occupazione competitiva nel mercato del lavoro. L'occupazione competitiva è definita come: "un lavoro per cui viene pagato almeno il minimo salariale, con uno stipendio uguale a quello che gli altri ricevono svolgendo lo stesso lavoro, con sede in contesti non discriminanti, accanto agli altri lavoratori senza disabilità, con una posizione non riservata a persone con disabilità" (Swanson, Becker, 2010). I clienti preferiscono posti di lavoro competitivi al lavoro protetto. Lavorare fianco a fianco a persone senza disabilità psichiatriche aiuta a ridurre lo stigma e la discriminazione.

2. **Sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale.** I servizi IPS sono strettamente integrati con le attività dei servizi di salute mentale. Gli specialisti IPS sono membri di team multidisciplinari che si incontrano regolarmente per esaminare l'evoluzione della situazione dei clienti. Le discussioni includono informazioni che sono rilevanti per lavorare, come gli effetti collaterali dei farmaci, i sintomi persistenti, le difficoltà cognitive, etc. Essi condividono le informazioni e sviluppano idee per aiutare i clienti a migliorare il recupero della loro condizione di funzionamento sociale.

3. **Zero exclusion.** L'ingresso in un programma IPS è una libera scelta del cliente. Ogni persona che voglia lavorare è idonea per l'IPS, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, dai sintomi, dalla storia lavorativa, o da altri problemi come abuso di sostanze o disturbi cognitivi. Il nucleo della filosofia di lavoro IPS è che tutte le persone con disabilità possono lavorare accedendo a posti di lavoro competitivi nella comunità, senza alcuna specifica formazione propedeutica, e che nessuno deve essere escluso da questa opportunità. Va sviluppata una nuova cultura del lavoro in salute mentale in modo che tutti i professionisti possano incoraggiare i clienti a prendere in considerazione l'inclusione lavorativa.

4. **Partire dalle preferenze del cliente.** Le attività nei servizi si basano sulle preferenze e le scelte dei clienti, non sulle valutazioni e sui giudizi dei professionisti. È importante affermare l'assoluta preminenza delle preferenze del cliente riguardo al tipo di lavoro che si cerca, alla natura del supporto richiesto allo specialista IPS e all'equipe clinica, e alla decisione di far conoscere la propria condizione psichiatrica al datore di lavoro.

5. **Consulenza sulle opportunità economiche.** Gli specialisti IPS aiutano i clienti ad accedere a e mantenere i benefici sociali ed economici, come sicurezza sociale, assistenza medica, altre indennità economiche e pensionistiche. La paura di perdere i benefit è una delle ragioni principali che spingono i clienti a decidere di non cercare lavoro. È fondamentale che i clienti ottengano informazioni accurate per informare e guidare il programma sin dall'avvio della collaborazione e nel tempo per prendere decisioni razionali sui cambiamenti lavorativi, rispetto al salario e alle ore di lavoro.



6. **Rapida ricerca del lavoro.** Gli specialisti IPS aiutano i clienti a cercare lavoro direttamente, piuttosto che offrire una scelta all'interno della gamma di attività pre-lavorative di valutazione e formazione o di esperienze lavorative "protette". Iniziare la ricerca del lavoro precocemente (cioè, entro 30 giorni dall'inizio della collaborazione) dimostra ai clienti che il loro desiderio di lavorare è preso sul serio, e trasmette ottimismo sulle molteplici opportunità che la comunità locale fornisce ai clienti per raggiungere i propri obiettivi professionali.

7. **Sostegno a tempo illimitato.** La durata del sostegno è valutata individualmente ed è basata sulle richieste e sulle necessità del cliente. Gli specialisti IPS e gli altri membri dell'equipe clinica territoriale, oltre a fornire un sostegno all'impiego, cercano anche altri supporti naturali disponibili (per esempio, familiari, amici, colleghi). L'obiettivo è quello di aiutare il cliente a diventare il più indipendente possibile nel suo ruolo professionale, fornendo supporto e, se necessario, assistenza diretta. Dopo un periodo di tempo consistente dall'inizio di un lavoro competitivo (per esempio, un anno), si discute la possibilità di uscire dal programma di sostegno all'impiego IPS.

8. **Lavoro sistematico di sviluppo professionale.** Gli specialisti IPS sviluppano relazioni con i datori di lavoro del territorio in cui operano con due finalità ben distinte. Da un lato essi hanno la necessità di conoscere bene le opportunità lavorative del territorio, in particolar modo devono sapere quali sono i datori di lavoro che per tipo di produzione o per sensibilità sociale possano offrire maggiori probabilità di successo per i propri clienti. Tali conoscenze possono essere messe a disposizione dei clienti per una loro autonoma ricerca in un secondo tempo. Dall'altro lato, in un numero limitato di casi gli specialisti IPS, in modo assolutamente concordato con il cliente, entrano in relazione con i datori di lavoro per aiutare a risolvere particolari problemi o per chiedere adattamenti specifici per venire incontro alle esigenze del cliente e del datore di lavoro.

È di rilievo il fatto che gli utenti dei programmi IPS sono sempre concettualizzati e definiti come "clienti", per sottolineare la particolare contrattualità di cui godono nel rapporto con gli operatori e il fatto che sono le loro preferenze a guidare il processo.

III. Lo specialista dell'impiego IPS

Lo specialista IPS è un operatore che può provenire da diversi retroterra professionali: educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi, infermieri, assistenti sociali. Negli USA ci sono anche persone senza una specifica formazione in campo educativo o sociosanitario. La formazione è molto semplice, consiste in un training teorico di una o due settimane. A questa segue l'avvio dell'attività, spesso in affiancamento per un mese, prima di raggiungere una piena autonomia lavorativa, durante la quale si svolgono poi, a tempo indeterminato, supervisioni almeno mensili. Ogni operatore full time ha in carico da 20 a 25 utenti. L'operatore IPS non segue utenti secondo altri schemi di lavoro basati sull'approccio *train and place*, che peraltro nella pratica dei servizi possono essere attivi e in carico ad altri operatori.



Il lavoro dello specialista IPS si basa su un approccio personalizzato ai bisogni professionali dell'utente a partire dalle preferenze lavorative di quest'ultimo. Il lavoro personalizzato di questa figura di operatore si sviluppa secondo alcune linee principali:

- l'avvio della collaborazione con il paziente, finalizzato a stabilire una relazione collaborativa, a valutare insieme il contesto, a rafforzare risorse e motivazione, a sviluppare un piano d'azione;
- la ricerca del lavoro, durante la quale vengono messe in atto le strategie definite nel piano, dalla simulazione dei colloqui, alla loro effettuazione, alle sessioni di verifica circa cosa migliorare nella presentazione del curriculum, etc.;
- il mantenimento del lavoro, comprensivo delle sessioni dedicate ad analizzare i rapporti con i colleghi e il datore di lavoro, gli eventuali problemi, la gestione degli insuccessi, la decisione se rivelare la propria condizione clinica.

Il modo in cui l'utente e l'operatore affrontano le attività del percorso IPS, influenza il percorso terapeutico ed il processo di guarigione della patologia mentale (recovery).

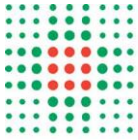
Gli specialisti IPS hanno anche il compito di monitorare gli esiti, valutare i processi e produrre i feedback, utilizzando parametri di "fedeltà" al modello manualizzato dell'IPS, la cosiddetta *fidelity*. La scala di *fidelity* all'IPS ha infatti validità predittiva e associazioni positive con gli esiti degli inserimenti lavorativi (Bond, 2007; Bond, Peterson, Drake et al. 2012). Gli effetti dell'intervento IPS dipendono, cioè, da come questo viene realizzato, come per tutti i programmi che implementano fedelmente gli elementi-chiave di una pratica basata sull'evidenza. La scala di fedeltà all'IPS indica sia il *cosa* che il *come* fare e rappresenta un valido strumento di ricerca, ma, cosa ancora più importante, un indispensabile strumento di gestione quotidiana. Misurare la *fidelity* serve quindi a minimizzare lo scarto fra la ricerca e la pratica in questo settore (Rinaldi, 2008).

I programmi IPS funzionano quando dimostrano di comprendere nella loro pratica anche i bisogni della comunità locale e di mettere in discussione i pregiudizi professionali rispetto alla patologia mentale, come per esempio quelli relativi al timore di scompensi e ricadute dei pazienti. Una delle strategie ottimali in questo caso è quella di integrare uno specialista per l'impiego nelle equipe dei Centri di Salute Mentale.

L'IPS è un approccio orientato alla recovery, in quanto riconosce all'utente o, meglio, alla persona, un crescente senso di autonomia decisionale e libertà di azione, una partecipazione attiva e responsabile alle attività della propria vita quotidiana – quali appunto il lavoro – nella comunità, uno spostamento del focus dai deficit alle risorse e ai punti di forza, e non implica l'emancipazione dai supporti e dalle terapie ma lo conduce a riconoscere ed accettare il proprio disturbo. Questo piano di consapevolezza lo aiuta ad emanciparsi dalla condizione di "malato psichiatrico" e a recuperare un ruolo sociale attivo nella comunità.

IV. La ricerca empirica sull'IPS

Il collocamento ed il sostegno individualizzato non rappresentano più un *nuovo* tipo di



intervento, ma una metodologia di intervento basata su robuste evidenze scientifiche. I risultati delle ricerche hanno dimostrato in modo consistente che l'IPS è 2-3 volte più efficace degli approcci tradizionali basati sulla riabilitazione sociale, sulla formazione professionale o sull'orientamento lavorativo, la cosiddetta *vocational rehabilitation - VR*. I risultati di queste ricerche sono coerenti negli USA, in Canada, ad Hong Kong, in Australia e Nuova Zelanda (Bond, 2010). Altre ricerche hanno inoltre dimostrato un'evidenza di efficacia anche nei casi di esordio e primo episodio psicotico (Rinaldi et al., 2010).

Nello studio EQOLISE, il primo *trial* controllato e randomizzato sulla efficacia dell'IPS condotto in Europa (Burns et al. 2007), 312 pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato a servizi IPS (n=156) o a servizi locali di riabilitazione lavorativa (*local vocational rehabilitation service*) (n=156), con un *follow up* a 18 mesi. L'IPS si è rivelato più efficace nell'ottenimento del lavoro (55% vs 28%). Con l'IPS i partecipanti hanno mantenuto il lavoro più a lungo e guadagnato di più, mentre nell'approccio tradizionale VR è stato più frequente il *drop-out* e il ricovero in ospedale (31% vs 20%). L'inserimento lavorativo, infine, realizzato con ambedue i modelli, non ha avuto alcuna influenza negativa sulle condizioni cliniche o sulla frequenza di ricadute dei pazienti.

In sostanza la letteratura internazionale dimostra in modo coerente che l'IPS aiuta maggiormente le persone a trovare lavoro, aumenta il loro reddito e permette di migliorare in misura maggiore sintomi, benessere, finanze, autostima e relazioni. Non vi sono invece evidenze che l'IPS aumenti la probabilità di deterioramento clinico, di recidive o ospedalizzazioni.

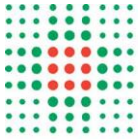
L'IPS in Emilia-Romagna

L'affidamento operativo è attribuito a professionisti (*IPS workers*), con formazione di tipo psicosociale, i quali operano in stretta connessione con le equipe dei Servizi sui percorsi dei cittadini volti al reperimento di postazioni occupazionali. Il progetto proposto prevede, inoltre, la connessione con la rete locale dei soggetti deputati all'inserimento lavorativo, con le associazioni di settore e con il mondo imprenditoriale.

Nel 2011, grazie al progetto TIPS, l'IPS è stata testata in tutti i Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna, complessivamente presso quindici Centri di Salute Mentale, replicando sostanzialmente i risultati ottenuti a Rimini.

Nel 2014 e nel 2018, in Emilia-Romagna, sono state promosse ed effettuate dal Servizio Salute Mentale regionale e dai DSM DP regionali.

Gli utenti sono cittadini aventi o meno certificazione di invalidità, richiedenti opportunità lavorative, in carico ai Servizi sociosanitari dell'Azienda USL. Non sono previste esclusioni relative alla diagnosi, né secondo criteri di eleggibilità. Il progetto prevede anche il monitoraggio post-assunzione per massimo dodici mesi, in quanto si è valutato impossibile, rispetto alle risorse economiche fruibili, garantire una presa in carico a tempo illimitato degli utenti, così come previsto nella versione americana del metodo. Esiste però la possibilità, per uno stesso cittadino, di rientrare nel progetto, qualora lo richieda, anche dopo una prima conclusione di percorso. Esso è inoltre stato esteso, oltre che agli utenti della Salute Mentale



per il quale tale approccio nacque, anche a quelli provenienti da altri Servizi delle Aziende USL: Dipendenze Patologiche, Disturbi dello spettro autistico, Disturbi mentali e disagio in età adolescenziale, Misure di sicurezza.

L'applicazione del metodo è riconducibile nelle sue linee generali all'approccio ortodosso ricavabile dal manuale IPS di riferimento (Berardi, Fioritti et altri, 2017); la sperimentazione effettuata e l'esperienza in atto, in linea con l'adattamento al contesto, hanno condotto all'introduzione di modifiche e di elementi innovativi specifici per la realtà e la cultura italiana.

Inoltre, negli ultimi anni, l'IPS ha avuto una sua evoluzione, approntando una metodologia specifica per la Supported education rivolta ai giovani minori e in età adulta.

Un primo episodio di psicosi o un disturbo psico-patologico spesso interrompono il lavoro accademico, contribuendo allo scarso rendimento e ad alti tassi di abbandono scolastico e universitario (Goulding, Chien, & Compton, 2010; Hartley, 2010). Lunghi periodi di inattività - conseguenza comune dell'essere fuori dalla scuola e dal lavoro - hanno effetti profondamente negativi su autostima, salute mentale e fisica e benessere generale (Blustein, 2008).

Frequentare la scuola e/ o lavorare può aiutare a prevenire o ritardare l'ingresso nel circuito dei servizi della disabilità ed è evolutivamente appropriato per questa fascia di età, in quanto contesti per stare con i loro coetanei e per facilitare la transizione verso il mondo del lavoro. Il supporto all'istruzione (Supported education) intesa come supporto sistematico al perseguimento di obiettivi educativi, mira alla massimizzazione aspirazioni personali e professionali e a minimizzare la disabilità.

V.Fabbisogno dei DSM DP e determinazione della base d'asta

Occorre ora consolidare e dare continuità all'esperienza iniziata, portare l'applicazione del modello IPS nel maggior numero di Centri di Salute Mentale e allargare l'opportunità di accesso a questo percorso anche agli utenti delle UU.OO. SerDP, NPIA e REMS dei DSM DP regionali.

A tale scopo le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna hanno concordato di procedere, per l'acquisizione del "Servizio IPS" all'interno del proprio Dipartimento, con gara d'appalto unica regionale, attribuendo la funzione di capofila del percorso e il mandato all'espletamento della gara al Servizio Acquisti di Area Vasta dell'AUSL di Bologna.

L'importo a base d'asta è determinato sia dal numero dei DSM-DP coinvolti, sia dal numero di operatori effettivamente impiegati in ciascun Dipartimento, elencati nell'accordo intervenuto tra i Direttori di DSM-DP sottoindicati. Si precisa inoltre che mediamente un operatore IPS a tempo pieno (36 ore) segue 25 utenti in ogni dato momento.

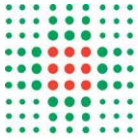
I DSM-DP che hanno aderito all'accordo sono:

DSM-DP AUSL Piacenza

DSM-DP AUSL Parma

DSM-DP AUSL Reggio Emilia

DSM DP AUSL Modena



DSM DP AUSL Bologna

DSM-DP AUSL Ferrara

DSM-DP AUSL Imola

DSM-DP AUSL della Romagna

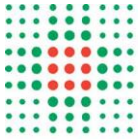
Si riporta, nella tabella 1, il fabbisogno ripartito per i singoli Dipartimenti Salute Mentale Dipendenze Patologiche:

Tabella 1

DIPARTIMENTI	Numero nuovi utenti anno	Ore settimanali/ operatore previste di Servizio di supporto all'impiego IPS
DSM-DP PIACENZA	83	119 ore totali
DSM-DP PARMA	20	30 ore totali
DSM-DP REGGIO EMILIA	25	36 ore totali
DSM-DP MODENA	33	47 ore totali
DSM-DP BOLOGNA	260	374 ore totali
DSM-DP FERRARA	42	61 ore totali
DSM-DP IMOLA	30	44 ore totali
DSM- DP ROMAGNA	70 Rimini 74 Forlì-Cesena 58 Ravenna 202 totali	CSM+SERDP Rimini: 101 ore CSM+SERDP Forlì-Cesena: 107 ore CSM+SERDP Ravenna: 84 ore 292 ore totali
Totale	695	1003

Per il calcolo degli importi annuali, si deve tenere in considerazione:

1. il numero di ore annuali previste per i percorsi di supporto all'impiego IPS in un anno, in ciascun dipartimento ed in totale. Il calcolo delle ore complessive è calcolato su una media di 46 settimane lavorative annuali. Inoltre, il sostegno fornito all'utente è di tipo individualizzato, flessibile, intensivo e continuativo e ogni nuovo percorso IPS per ogni nuovo utente, impegna mediamente 65 ore all'anno.



2. le ore annuali di supervisione: ogni DSM DP paga il proprio corrispettivo del servizio di Supervisione.

Tali definizioni si riassumono nella tabella 2:

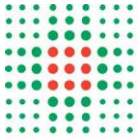
Tabella 2

DIPARTIMENTI	Media annuale del numero di nuovi utenti anno	Ore annuali di Servizio di supporto all'impiego IPS	Ore annuali di Supervisione
DSM-DP PIACENZA	83	5.474	40
DSM-DP PARMA	20	1.380	20
DSM-DP REGGIO EMILIA	25	1.656	24
DSM-DP MODENA	33	2.162	25
DSM DP BOLOGNA	260	17.204	103
DSM-DP FERRARA	42	2.806	12
DSM-DP IMOLA	30	2.024	81
DSM- DP ROMAGNA	202	13.432	162
TOTALE	695	46.138	467

I prezzi unitari di un intervento di ogni servizio sono stati così definiti nella tabella 3:

Tabella 3

Descrizione	Unità di misura	Prezzo orario MAX €
Servizio di supporto all'impiego IPS	1 ora di intervento	24,00
Servizio di supervisione IPS	1 ora di intervento	35,00



Qualora il progetto personalizzato relativo al percorso IPS, in base al principio *Lavoro sistematico di sviluppo professionale (sviluppo di relazioni con i datori di lavoro del territorio)* preveda degli spostamenti e il singolo DAISM DP/ DSM DP lo richieda, il soggetto aggiudicatario può mettere a disposizione i propri mezzi con proprie coperture assicurative in favore dei propri dipendenti e collaboratori in qualità di operatori IPS oppure deve farsi carico di rimborsare le spese per il consumo di carburante in caso di utilizzo del proprio mezzo da parte degli operatori IPS oppure nel caso di utilizzo di mezzi pubblici per gli spostamenti richiesti dall'attività IPS, il soggetto aggiudicatario, è tenuto al rimborso dei biglietti o altri titoli di viaggio agli operatori IPS. Non è previsto il rimborso dell'utilizzo del taxi o dell'autonoleggio le spese di pedaggio autostradale e di parcheggio e per gli spostamenti per raggiungere la sede di lavoro.

Le spese per gli spostamenti degli operatori IPS sono riconosciute e comprese all'interno del 10% di spese varie e il soggetto aggiudicatario è tenuto a farsene carico fino ad un massimo del 10% della quota del 10% di spese varie.

I fabbisogni sono riassunti nella tabella 4 allegata alla presente, che descrive ed esplicita anche gli impegni di spesa di ogni singolo Dipartimento. In Tabella 4 sono inoltre indicati i fabbisogni del Servizio di Fidelity, complessivi per i 3 anni di durata del contratto, per singolo DSM-DP, la cui tariffa non è suscettibile di variazioni.

L'importo complessivo dell'appalto posto a base dell'affidamento del Servizio di supporto all'impiego è composto dalla quota per gli interventi di Servizio di supporto all'impiego IPS, dalla quota per gli interventi di supervisione IPS e dalla quota delle spese varie e dalla Fidelity.