



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Azienda Sanitaria Locale TO 4

S.C. ACQUISIZIONE E GESTIONE LOGISTICA

BENI E SERVIZI

Sede di Ciriè

Tel. 011/9217316

Fax 011/9205292

e-mail: asmaldino@aslto4.piemonte.it

**PROCEDURA TELEMATICA APERTA PER CONCLUSIONE DI UN ACCORDO
QUADRO FINALIZZATO ALL' ACCREDITAMENTO DI SOGGETTI
PROFESSIONALMENTE IDONEI PER CO-GESTIONE DI PERCORSI TERAPEUTICI
INDIVIDUALI DI DOMICILIARITA' A FAVORE DI UTENTI IN CARICO AL
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL' ASL TO 4 AI SENSI E PER GLI
EFFETTI DELL' ART. 54 COMMA 4 LETTERA A) D.LGS. 50/2016.**

CAPITOLATO SPECIALE

Procedura telematica aperta per la conclusione di un accordo quadro finalizzato all'accreditamento di soggetti professionalmente idonei per la co-gestione di percorsi terapeutici individuali di Domiciliarità a favore di utenti in carico al Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl TO 4

DISCIPLINARE TECNICO

INFORMAZIONI GENERALI

L'ASL TO4 intende procedere nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. (di seguito per brevità "Codice") all'accreditamento di soggetti professionalmente idonei per la gestione di percorsi terapeutici individuali di domiciliarità a favore di utenti in carico al Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl TO 4 mediante lo strumento dell'accordo quadro ex art. 54 comma 4, lettera a) con più operatori economici tramite procedura aperta in conformità all' art. 60 del Codice, in modalità telematica ai sensi dell' art. 40 ed alle prescrizioni di cui all'art. 58 del Codice.

(Importo complessivo per anni tre: 5.028.228,57 IVA 5% esclusa)

CIG: n° 7918779F24

importo da versare € 200,00.

deposito cauzionale provvisorio: € 100.564,57 fatto salvo quanto previsto dall'art. 9 del Disciplinare di gara.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D.P.R. 1 novembre 1999 di approvazione del Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale – 1998-2000;
- “Linee di indirizzo per la salute mentale” emanate dal Ministero della Salute: Rep. Atti n. 43 del 20/03/2008;
- D.P.C.M. 14/02/2001 “atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;
- D.C.R. 357-1370 del 28/01/1997 Standard strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della D.G.R n. 191-37198 del 17.4.1990 ratificata dal Consiglio Regionale
- D.C.R. 3/04/2012, n. 167 – 14087 “Approvazione Piano Sanitario regionale 2012 – 2015;
- Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale – PANSM- approvato dalla Conferenza

- Unificata nella seduta del 24/01/2013;
- Accordo Stato Regioni, concernente le strutture residenziali psichiatriche, approvato dalla Conferenza Unificata in data 17/10/2013;
 - D.G.R. n. 87-6289 del 2 agosto 2013 – Recepimento dell’Accordo approvato in Conferenza Unificata “Piano di azioni per la salute mentale” (atto rep. N. 4/CU del 24/01/2013);
 - D.C.R. n. 260-40596 del 23/12/2013 Regione Piemonte “Recepimento dell’Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 17/10/2013 relativo alle strutture residenziali psichiatriche e adozione del relativo nuovo modello residenziale con conseguente della deliberazione del Consiglio regionale 28 gennaio 1997, n. 357-1370”
 - D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 25-6992 Regione Piemonte “Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell’art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012”
 - Accordo Stato Regioni del 13 novembre 2014 “Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità”
 - D.G.R. 3 Giugno 2015, n. 30-1517, Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria
 - D.G.R. 19 Settembre 2016, n. 29-3944 Revisione della residenzialita' psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 -1517/2015 e s.m.i
 - D.p.c.m. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
 - Deliberazione della Giunta Regionale 18 maggio 2018, n. 41-6886 Procedimento di revisione della residenzialita' psichiatrica. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 29-3944 del 19.9.2016 e s.m.i.
 - Deliberazione del Consiglio regionale 22 gennaio 2019, n. 355 - 1817. Approvazione del Piano d’azione per la salute mentale in Piemonte.

Art. 1 – Oggetto dell’accordo quadro e premesse generali

L’accordo quadro ha per oggetto l’accreditamento di soggetti professionalmente idonei alla gestione di percorsi terapeutico-riabilitativi di Domiciliarità, a favore di utenti del Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL TO4. I soggetti accreditati (per brevità: enti co-gestori), a seguito di valutazione da parte della Commissione Giudicatrice, verranno inseriti in un elenco, utilizzato su base distrettuale per ciascuno dei 5 Distretti sanitari dell’ASL TO 4 (Cirié, Chivasso-San Mauro. Settimo, Ivrea, Cuorgné).

Nell’ambito dell’elenco dei soggetti accreditati, un’apposita Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) individuerà l’ente co-gestore che sarà coinvolto nella predisposizione del singolo progetto terapeutico-riabilitativo.

I percorsi di Domiciliarità trovano il principale fondamento nel principio, stabilito dalla legge 13 maggio 1978, n°180, e ribadito dai DPR 7 aprile 1994 e 1 novembre 1999 “*Progetto Obiettivo Salute Mentale*”, per cui è prioritario preservare il diritto di cittadinanza e inclusione sociale delle persone affette da disturbi psichiatrici gravi, contro ogni rischio di istituzionalizzazione. Rientrano nel modello clinico-organizzativo previsto dal *Piano d’Azioni Nazionale Salute Mentale* del 2013 denominato “presa in carico” ovvero “*percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali*”. Attraverso il potenziamento e l’integrazione degli interventi territoriali di base contribuiscono a realizzare in modo compiuto i *Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali* (PDTA) per i disturbi psichici gravi, secondo quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni del 2014 (“*Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità*”). Corrispondono alla definizione di “assistenza socio-sanitaria” secondo quanto previsto dal Dpcm 14 febbraio 2001 “*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*” all’articolo 2 e 3; ai

sensi dell'articolo 2, prevedono livelli differenziati di intensità assistenziale.

Rientrano altresì nella fattispecie dell'Assistenza Domiciliare Psichiatrica prevista dalla Delibera del Consiglio Regionale del Piemonte 357 del 28 gennaio 1997. Sono coerenti con le indicazioni dei Programmi Operativi 2013-2015, approvati dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, i quali prevedono al punto 14.4.4 la *“Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici”* indicando fra gli obiettivi la *“riconversione di almeno il 10% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2014; riconversione di almeno il 20% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2015”*. Rispondono all'esigenza di realizzare le Azioni 17, 18 e 19 (Sostegno all'abitare, Sostegno al lavoro, Socialità) del Piano d'Azioni per la Salute Mentale in Piemonte approvato con DCR n. 355 – 1817 del 22 gennaio 2019; e obbediscono all'indicazione strategica contenuta nella Dgr 29 del 19 settembre 2016, di *“introdurre elementi di riconversione dell'offerta di servizi residenziali a fronte di un potenziamento dei servizi domiciliari”* attraverso l'implementazione dell' *“assistenza territoriale individualizzata, da erogarsi sotto forma di interventi terapeutici e socio-riabilitativi domiciliari, alternativi o successivi alla residenzialità, anche attraverso la sperimentazione di progetti finalizzati ad una ottimale articolazione del budget di salute”*.

Anche sulla base di una consolidata esperienza maturata nel corso dell'ultimo decennio, il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO 4 intende realizzare le indicazioni strategiche della Regione avvalendosi di modalità operative il più possibile coerenti con il modello del Budget di Salute, così come descritto dalla letteratura scientifica e già sperimentato in altre Regioni italiane. Tale modello è definito dall'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità: *“strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale”*. Dal punto di vista operativo ha le seguenti caratteristiche:

- mira a realizzare progetti con il livello più alto possibile di flessibilità e personalizzazione, che consentano risposte adeguate alle problematiche specifiche, ponendo al centro i bisogni dell'individuo. Il paziente è protagonista nel definire il proprio percorso e nella realizzazione del progetto
- promuove la gestione integrata tra operatori sanitari, sociali e del privato, utenti e familiari, enti locali e cittadini, con le modalità tipiche del “welfare mix”, che prevedano l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse della comunità, al fine di costruire una presa in carico personalizzata dei bisogni di salute
- prevede che il rapporto del servizio pubblico con gli enti privati coinvolti non si limiti alla delega di attribuzioni e competenze, ma consista nella realizzazione di partnership di qualità, all'interno della quale gli enti co-gestori mettano a disposizione il proprio patrimonio di risorse, esperienze, legami sociali, opportunità di inclusione, per una reale co-progettazione e co-gestione dei percorsi

I fondamenti culturali e normativi di questo approccio si rintracciano già nel Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000 il quale (in Premessa, pag 4) indicava la necessità di valorizzare il ruolo dei *“soggetti che, a diverso titolo, concorrono a pianificare e/o programmare, realizzare e valutare progetti di promozione e di mantenimento della salute mentale (enti locali, ONLUS, privato imprenditoriale)”*; e inoltre di *“sviluppare il ruolo strategico e le risorse degli enti locali (in particolare dei Comuni), nel contribuire alla definizione e alla realizzazione di innovative politiche di salute mentale intersettoriali”*; e di *“sviluppare la collaborazione con le associazioni dei familiari e degli utenti, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa al fianco delle équipes dei servizi”*.

Indicazioni sovrapponibili sono ribadite dal Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013: *“Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti*

di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce così opportunità di sviluppo della persona e permette di passare da intervento riabilitativo ad intervento di integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa".

Anche le Azioni 17, 18 e 19 della Piano d'Azioni per la Salute Mentale in Piemonte (*estendere e rafforzare gli interventi a sostegno dell'abitare, dell'inserimento lavorativo e delle opportunità di socializzazione e "mescolanza" sociale*) sintetizzano le medesime premesse teoriche in concrete indicazioni operative.

Art.2. Caratteristiche dei progetti di Domiciliarità

I percorsi di Domiciliarità riguardano i tre principali ambiti di intervento della riabilitazione psichiatrica: abitare, socialità, lavoro.

In accordo con la definizione del Report Salute Mentale 2017 dell'Ires Piemonte, un progetto di Domiciliarità è *"un insieme integrato di interventi terapeutici e assistenziali, attivati dai DSM, che utilizzano casa e abitare all'interno della comunità sociale come fattore cruciale di recupero e mantenimento della salute, contro il rischio di istituzionalizzazione ed emarginazione sociale. Ha l'obiettivo di evitare che le persone, a causa di gravi e persistenti problematiche psichiatriche, perdano o non possano recuperare la possibilità di abitare all'interno del proprio nucleo familiare, o della propria abitazione. Integra interventi terapeutici sull'area dell'abitare con azioni nelle altre aree di vita: formazione e lavoro, socialità e affettività"*.

Il progetto di Domiciliarità ha indicazioni distinte rispetto agli interventi residenziali e agli interventi territoriali di base. Si rivolge a pazienti con diagnosi di psicosi, disturbo maggiore dell'umore, disturbo grave di personalità, per i quali venga evidenziato un grave deficit di funzionamento sulla base di strumenti standardizzati e secondo criteri definiti dalla letteratura scientifica. Mira ad evitare inserimenti residenziali inappropriati o di durata eccessiva, mettendo a disposizione alternative territoriali, laddove ne esista l'indicazione clinica.

I progetti di Domiciliarità sono individuali e formalizzati in un apposito Progetto di Domiciliarità Individualizzato (PDI); vengono attuati presso il domicilio del paziente; prevedono l'attivazione di tutti gli strumenti finalizzati a raggiungere gli obiettivi di salute nelle aree dell'abitare. In particolare: risorse umane dedicate, disponibili, quando indicato, 24 ore al giorno sette giorni su sette; risorse economiche e materiali. Qualora il paziente non possa disporre della risorsa casa in modo utile alla realizzazione del progetto, questa può essere inclusa tra le risorse attivabili, insieme alle risorse economiche necessarie per l'abitare e per i correlati percorsi di inclusione sociale. Nel caso in cui il progetto includa la risorsa casa, questa dovrà essere nella disponibilità del paziente, tramite un contratto di affitto o un accordo formalizzato per iscritto secondo le modalità stabilite nel progetto. Sulla base della libera scelta dei pazienti, i progetti possono essere attivati anche in regime di coabitazione.

Si distinguono:

- progetti di Domiciliarità successivi alla Residenzialità: sono rivolti a pazienti che hanno già usufruito di interventi residenziali e necessitano di proseguire il percorso riabilitativo sul territorio al fine di completare, integrare, potenziare l'acquisizione di competenze volte all'abitare e all'inclusione sociale
- progetti di Domiciliarità alternativi alla Residenzialità: sono rivolti a pazienti che presentano una rilevante complessità dei bisogni e compromissione del funzionamento, tale per cui l'ordinaria presa in carico territoriale da parte del CSM risulterebbe insufficiente; tuttavia l'inserimento in struttura residenziale non ha un'indicazione assoluta.

L'intervento domiciliare dovrà ispirarsi a una metodologia orientata al fornire all'utente supporti continui e flessibili, con un approccio incentrato sull'ambiente di vita che miri al potenziamento delle abilità e competenze utili ad una vita indipendente, secondo i più adeguati modelli riabilitativi evidence based.

2.1 Livelli di intensità e durata degli interventi

I Progetti di Domiciliarità corrispondono alla definizione di "assistenza socio-sanitaria" secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"* all'articolo 2 e 3. Ai sensi dell'articolo 2 tali interventi prevedono livelli differenziati di intensità assistenziale:

- Fase intensiva (elevata complessità e intensità di cura, durata breve).
- Fase estensiva (minore intensità, durata medio-lunga)
- Fase di lungo-assistenza (durata stabilita dal progetto individuale).

I Progetti Domiciliarità di fase intensiva rientrano quindi nella definizione del comma 3 dell'art. 3 del Dpcm: *"prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria"*, le quali sono *"caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria"*, ovvero *"dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza"*. Al medesimo comma si precisa che: *"Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario"*.

I Progetti Domiciliarità di fase estensiva rientrano invece nella definizione del comma 1 del medesimo articolo 3 del Dpcm: *"Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali"*.

I Progetti Domiciliarità di fase di lungo-assistenza, sono regolati dalle vigenti norme sulla compartecipazione alla spesa socio-sanitaria da parte del cittadino.

I progetti di fase intensiva sono previsti per utenti con un indice di funzionamento sociale basso, un'elevata complessità sanitaria e significativi bisogni di contenimento relazionale, misurati secondo strumenti validati; per migliorare la sintomatologia e il funzionamento sociale richiedono un ingente investimento di risorse professionali, umane ed economiche, realizzabile anche in un contesto domiciliare.

I progetti di fase estensiva riguardano utenti con scarso funzionamento socio-relazionale, ma bisogni di contenimento relazionale stabilmente minori e quindi maggiori autonomie, secondo parametri misurabili con il ricorso a strumenti validati.

I progetti di lungo-assistenza prevedono interventi di mantenimento rispetto alle abilità acquisite per

utenti con sufficienti capacità di autonomia ma necessità di protratto monitoraggio.

La durata di tutte le tipologie di progetti è formalizzata per iscritto nell'ambito del Progetto di Domiciliarità Individualizzato (PDI). I progetti di fase intensiva hanno una durata massima di dodici mesi. Quelli di fase estensiva una durata massima di ventiquattro mesi. L'U.V.M potrà derogare a tali limiti solo previa autorizzazione del Direttore di S.C., sulla base di una specifica valutazione che documenti per iscritto, in modo dettagliato, le motivazioni cliniche che rendono necessaria un'ulteriore prosecuzione del progetto. I progetti di lungo-assistenza hanno una durata definita dal PDI.

2.2 Fasce economiche e impiego di risorse da parte del DSM

L'investimento di risorse economiche per ogni singolo progetto varia a seconda dell'intensità degli interventi necessari. Si distinguono tre fasce di spesa, come di seguito indicato:

Fase intensiva: fino a 2000 €/mese iva 5% inclusa

fase estensiva: fino a 1200 €/mese iva 5% inclusa

fase di lungo-assistenza: fino a 500 €/mese iva 5% inclusa

Il valore indica la soglia massima di spesa da parte del DSM per ciascuna fascia vista la necessità del più elevato grado possibile di flessibilità e individualizzazione dei progetti. Si possono prevedere, come eccezione, per singoli progetti ad alta intensità, investimenti maggiori, che saranno soggetti ad autorizzazione specifica da parte del Direttore di Struttura Complessa, sulla base di una dettagliata relazione della U.V.M. e sempre nell'ambito della previsione di spesa complessiva da parte del DSM.

2.3 Risorse attivabili

Le risorse attivabili sono tutte quelle finalizzate a raggiungere gli obiettivi di salute nelle aree dell'abitare, devono essere adeguate ai bisogni sanitari degli utenti e alle caratteristiche qualitative e ai livelli di intensità dei progetti. In particolare:

- risorse umane dedicate, qualificate per interventi di riabilitazione psichiatrica e inclusione sociale (educatore professionale, in possesso di titolo valido ai sensi della normativa vigente; tecnico della riabilitazione psichiatrica; infermiere; oss; assistente sociale, psicologo; medico psichiatra). Le risorse comprendono quelle necessarie per il servizio di reperibilità e per le funzioni di coordinamento e amministrazione. Le figure professionali impiegate devono essere retribuite secondo i contratti nazionali in vigore.
- risorse economiche e materiali:
 - rimborsi per trasporti (accompagnamenti per visite mediche, spese, attività varie) e spese di risocializzazione generica: fino ad un massimo di 100 €/mese
 - sostegno abitativo:
 - spese per abitazione, comprensive di affitti, utenze, spese condominiali e accessorie, riscaldamento, manutenzioni, colferaggio, spese alimentari: fino a un massimo di 1040 €/mese

Nei casi in cui sia necessario procedere al reperimento e allestimento dell'appartamento per renderlo idoneo al progetto, è prevista la possibilità di attivare un contributo "una tantum" a carico del DSM, fino ad un tetto massimo di 3000 euro.

2.4 Mezzi di finanziamento

I progetti possono essere attivati attingendo a diverse fonti di finanziamento, con modalità flessibili secondo il modello del Budget di salute. Nell'ambito dei progetti di fase intensiva ed estensiva il DSM, ai sensi del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art 3, comma 1 e 3, può farsi carico delle spese di sostegno abitativo, così come definito dal precedente paragrafo. Nell'ambito dei progetti di lungo-assistenza le spese di sostegno abitativo sono regolate dalla normativa in vigore sulla compartecipazione socio-sanitaria.

Secondo il modello del Budget di salute, nell'ambito della valutazione dei bisogni e delle risorse effettuata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (di cui all'art 3) per tutte le tipologie di progetti può essere concordata, su base volontaria, la partecipazione alle spese di sostegno abitativo, o la messa a disposizione di risorse, da parte dell'utente, dei familiari o di enti o soggetti terzi, pubblici o privati.

I fondi per i progetti di domiciliarità sono ricavati nell'ambito del budget del DSM e in particolare dalla revisione della spesa residenziale.

3. Individuazione dei soggetti professionalmente idonei all'accreditamento

Gli enti-cogestori idonei ad essere inseriti nell'elenco dei soggetti accreditati sono enti del privato sociale e imprenditoriale che intendono co-gestire progetti di Domiciliarità in collaborazione con il DSM nei cinque Distretti dell'Asl TO4.

L'idoneità all'accreditamento è valutata da una Commissione Giudicatrice, che dovrà accertare il possesso, da parte degli enti, dei seguenti requisiti:

1. poter documentare una significativa esperienza (almeno triennale) nell'ambito della riabilitazione psichiatrica territoriale e/o residenziale, in quanto titolari, in regime di autorizzazione/accreditamento, appalto, convenzione o equivalente, con il servizio pubblico, di attività riabilitative psichiatriche territoriali e/o di strutture residenziali psichiatriche

In assenza del predetto requisito non sarà possibile procedere all'accreditamento.

Gli enti in possesso del requisito 1 saranno valutati in base ai seguenti, tre ulteriori requisiti:

2. la specificità e qualità dell'esperienza terapeutico-riabilitativa, definita dal profilo delle attività professionali svolte dall'ente, dai programmi formativi realizzati e messi a disposizione degli operatori, dalle eventuali collaborazioni e progetti di ricerca in ambito nazionale e internazionale. Tali aspetti dovranno essere dettagliati in una relazione descrittiva, con indicazione delle relative esperienze/competenze
3. la qualità dell'offerta progettuale, definita con riferimenti teorici e bibliografici al modello di intervento che si intende utilizzare e alla sua adattabilità al contesto in cui si vorrà operare
4. il radicamento dell'ente nel territorio, con specifico riferimento ai 5 Distretti sanitari dell'ASL TO 4 (Cirié, Chivasso-San Mauro, Settimo, Ivrea, Cuorné) che consenta una sufficiente conoscenza delle specifiche problematiche, in termini di rischio di esclusione sociale, e le potenziali risorse, in modo da poter operare efficacemente con le famiglie, la comunità civile locale e le sue espressioni di rappresentanza politica, produttiva e di volontariato. Il radicamento è comprovato da una relazione descrittiva sulle esperienze effettivamente svolte nel territorio dell'ASL TO4, con specifico riferimento ai 5 Distretti

sanitari dell'ASL TO 4 (Cirié, Chivasso-San Mauro, Settimo, Ivrea, Cuorgné); le esperienze sono intese in termini professionali (attività terapeutico-riabilitative territoriali, semi-residenziali e residenziali) e di costruzione di reti sociali finalizzate all'inclusione (collaborazione-protocolli di intesa con associazioni, imprese, enti pubblici e privati operanti sul territorio)

Il livello di rispondenza ai requisiti 2, 3 e 4 sarà valutato dalla Commissione Giudicatrice, mediante un giudizio qualitativo in 5 punti (1= assente; 2= insufficiente; 3= sufficiente; 4= buono; 5= ottimo)

Saranno considerati idonei all'accreditamento gli enti che, oltre ad essere in possesso del requisito 1, riceveranno un giudizio almeno sufficiente (minimo di 3/5) per almeno due dei tre criteri ulteriori (2,3 e 4)

4. Valutazione dei bisogni e delle risorse e definizione dei progetti: ruolo dell'U.V.M.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) è l'organo che ha la responsabilità della valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sanitari e socio-sanitari complessi, e dell'individuazione e attivazione di tutte le risorse disponibili.

L'U.V.M è costituita da:

- una componente fissa: un presidente, nominato dal Direttore di S.C.Psichiatra e operatori di riferimento del CSM (infermiere, assistente sociale, psicologo, educatore, terapista della riabilitazione psichiatrica, ecc.); paziente.
- una componente variabile definita caso per caso: rappresentanti del Distretto sanitario e/o di altri servizi specialistici dell'Asl (Serd, NPI, Psicologia, ecc); rappresentanti degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, e/o degli Enti locali e/o di altri enti pubblici; familiari o componenti dell'entourage relazionale del paziente; associazioni di volontariato; utenti e familiari esperti; medico di medicina generale; qualunque altro soggetto, pubblico o privato, che possa concorrere alla realizzazione del progetto tramite la partecipazione attiva o la messa a disposizione di risorse. L'attivazione della componente variabile è effettuata dal presidente dell'U.V.M., in accordo con il paziente.

Nell'ambito del DSM dell'ASL TO4 sono istituite due U.V.M: una competente per il territorio della S.C. Salute Mentale di Ivrea-Cirié (Distretti di Cirié, Ivrea e Cuorgné) e una competente per la S.C. Salute Mentale di Chivasso (Distretti di Chivasso-San Mauro e Settimo).

L'U.V.M. ha il compito di valutare le ipotesi di progetto, di verificarne l'appropriatezza in termini clinici e svolge un ruolo di coinvolgimento e condivisione di tutti i partner interessati, per costruire sinergie e/o complementarietà. La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è effettuata secondo criteri qualitativi e quantitativi, partendo dalla conoscenza della storia individuale e di contesto e dalle aspettative della persona. Per le valutazioni diagnostiche, di funzionamento e di definizione dei bisogni assistenziali saranno utilizzati strumenti standardizzati, riconosciuti dalla letteratura scientifica, quali Gaf, Honos, mini Icf-app, Recovery Star o equivalenti.

Il Progetto di Domiciliarità può comprendere:

- *risorse del DSM* messe a disposizione dall'ASL TO4 sia attraverso le proprie strutture organizzative ed economiche sia attraverso soggetti terzi, individuati fra quelli accreditati tramite l'accordo quadro

· *eventuali risorse degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e/o dell'ente locale*: di tipo economico, materiale o di servizi messi a disposizione dell'utente, da definire caso per caso all'interno dell'U.V.M. o nell'ambito della vigente normativa sulla compartecipazione alla spesa socio-sanitaria

· *eventuali risorse dell'utente*: risorse economiche e/o materiali messe a disposizione dall'utente e dai familiari su base volontaria o nell'ambito della vigente normativa sulla compartecipazione alla spesa socio-sanitaria

- *eventuali risorse della comunità*: provenienti, su base volontaria, da associazioni, singoli volontari, ecc.

L'U.V.M., al termine della fase di valutazione e di ricerca/costruzione delle sinergie, definisce quali risorse siano messe a disposizione, e da quali soggetti, per ogni singolo progetto; stabilisce inoltre il livello di intensità necessario. Quando indicato, individua l'ente co-gestore fra quelli accreditati attraverso la presente procedura, scegliendo fra quelli iscritti all'elenco degli Enti accreditati sulla base di specifiche motivazioni cliniche, dettagliate e messe a verbale. Individua quindi una "equipe di progetto", a cui spetta di formalizzare e realizzare il Progetto individuale di Domiciliarità (PDI). I progetti vengono redatti utilizzando un'apposita modulistica, comprendente: la descrizione dettagliata del progetto con la tipologia e gli ambiti di intervento, gli obiettivi, il livello d'intensità, la previsione dei tempi e delle modalità di verifica, la definizione della ripartizione della spesa. L'U.V.M. definisce caso per caso i soggetti sottoscrittori del PDI (tra i quali sono sempre compresi gli operatori di riferimento del CSM e l'utente).

4.1 Procedura di individuazione, fra gli enti accreditati, dell'ente co-gestore a cui affidare i singoli progetti

La scelta, fra gli enti accreditati, dell'ente co-gestore a cui affidare i singoli progetti, è effettuata dall'U.V.M. dopo aver preso in considerazione un ventaglio di fattori. L'individuazione dei soggetti accreditati avviene su base clinica; vengono analizzati i requisiti 2, 3 e 4, già valutati dalla Commissione Giudicatrice all'atto dell'accreditamento. I relativi giudizi qualitativi attribuiti dalla Commissione Giudicatrice rimangono agli atti, pur non definendo una graduatoria fra gli enti accreditati; contribuiscono invece a definirne un profilo specifico, che l'U.V.M. può utilizzare per l'affidamento dei singoli progetti.

L'U.V.M. integra il profilo qualitativo, valutando quattro ulteriori requisiti, mediante un giudizio in cinque punti (1= assente; 2= insufficiente; 3= sufficiente; 4= buono; 5= ottimo):

- 5 la disponibilità ad investire e mettere a disposizione risorse specifiche, umane e materiali, a supporto dei progetti sul territorio. Tale aspetto dovrà essere dettagliato in un'apposita relazione programmatica
- 6 la possibilità di mettere a disposizione interventi in continuità terapeutica con progetti residenziali o riabilitativi territoriali pregressi
- 7 la possibilità di offrire opportunità di integrazioni e sinergie con altri progetti riabilitativi in atto o attivabili sul territorio
- 8 idoneità dell'offerta a favorire il mantenimento-consolidamento di reti relazionali pre-esistenti

Per ogni singolo progetto l'U.V.M. definisce la specifica gerarchia di rilevanza dei sette requisiti (da 2 a 8), sulla cui base è individuato il profilo qualitativo dell'ente co-gestore più adatto.

Un ulteriore fattore che l'U.V.M prende in considerazione è quello della rotazione fra co-gestori, nell'ambito di offerte rispondenti in modo equivalente agli specifici bisogni.

Essendo il paziente membro della componente fissa dell'U.V.M., prende parte a tutte le fasi della definizione del progetto, con il supporto degli operatori di riferimento, e dei familiari quando indicato, in dialettica con tutti i componenti dell'U.V.M, nella prospettiva di un'effettiva e concreta alleanza terapeutica. Tutte le scelte progettuali sono quindi guidate dall'orientamento/preferenza del paziente, compresa quella dell'ente co-gestore, e nessuna può essere adottata senza la sua approvazione.

Le decisioni adottate dall'U.V.M vengono descritte e motivate in modo dettagliato in un apposito verbale.