

Tavolo A

Progetto definitivo

1	Modello di intervento.....	3
1.1	Aspetti generali.....	3
1.2	I progetti di intervento.....	3
1.3	Il lavoro di comunità.....	3
1.4	Definizione budget di Progetto.....	4
1.5	Definizione obiettivi e valutazione dei percorsi riabilitativi.....	4
1.6	Area casa.....	5
1.7	Area lavoro.....	6
1.8	Area socialità.....	6
1.9	Digitalizzazione.....	7
2	Modello organizzativo.....	8
1.1	Premessa.....	8
2.1	Coordinamento Territoriale.....	8
2.1.1	Funzioni.....	8
2.1.2	Organizzazione territoriale.....	9
2.1.3	Composizione dei coordinamenti territoriali.....	9
2.1.4	Operatività del Coordinamento Territoriale.....	9
2.1.5	Sede del coordinamento territoriale.....	9
2.2	Equipe multidisciplinari CSM integrata nel Coordinamento Territoriale.....	10
2.2.1	Competenza territoriale delle Equipe Multidisciplinari.....	10
2.2.2	Composizione dell'Equipe multidisciplinare.....	10
2.2.3	Operatività dell'Equipe multidisciplinare.....	10
2.3	Cabina di regia.....	11
2.3.1	Funzioni generali della cabina di regia.....	11
2.3.2	Composizione cabina di regia.....	11
2.3.3	Operatività della Cabina di regia.....	12
2.4	I gruppi di lavoro trasversali.....	12
2.5	Direttivo del Dipartimento.....	12
3	Funzioni trasversali a sostegno della coprogettazione.....	14
3.1	Formazione.....	17
3.1.1	Linee guida generali per la formazione.....	17
3.1.2	Contenuti prioritari.....	17
3.1.3	Il programma 2025.....	17
3.2	Comunicazione.....	18
3.2.1	Aspetti generali.....	18
3.2.2	Il programma per il primo anno.....	18
3.3	Valutazione.....	18
3.3.1	Valutazione o valutazioni?.....	18
3.3.2	Criticità.....	18
3.3.3	Opportunità.....	19
1.1.1	Obiettivi 2024-2025.....	19
4	Figure professionali coinvolte.....	20
5	Budget di progetto.....	21
5.1	Composizione del budget di progetto.....	21

5.2	Modi e forme di utilizzo del budget di progetto.....	24
6	Rendicontazione.....	26
7	Organizzazione del partenariato ETS.....	28
7.1	Principi per l'attribuzione delle prese in carico dei casi nel partenariato ETS.....	28
7.2	Consequente articolazione dei coordinamenti territoriali e delle prese in carico.....	28
8	Durata.....	30

1 Modello di intervento

1.1 Aspetti generali

Il “Progetto Domiciliarità” prevede un insieme integrato di interventi terapeutici e assistenziali, attivati dal DSM, che utilizzano la casa e l’abitare all’interno della comunità sociale come “fattore cruciale di recupero e mantenimento della salute, contro il rischio di istituzionalizzazione ed emarginazione sociale” (DGR n.116-7442 del 3 agosto 2018), e che considerano come altri elementi determinati per il benessere della persona le dimensioni della socialità, della formazione e del lavoro. Il modello di intervento, in applicazione delle indicazioni nazionali e regionali in materia di integrazione sociosanitaria, intende promuovere servizi di salute mentale in grado di connettere gli strumenti sanitari con le politiche della casa, la cura del territorio, i servizi sociali ed educativi, la funzionalità dei trasporti e, più in generale, le risorse della comunità di appartenenza.

Il quadro teorico di riferimento è quello della coproduzione, dell’*empowerment*, della valorizzazione dell’esperienza vissuta dalle persone, con ruolo di facilitazione degli operatori rispetto ad un percorso di cambiamento personale. Valorizzare ogni attore della co-progettazione

1.2 I progetti di intervento

Per ciascuna persona beneficiaria, sulla base della diagnosi e delle indicazioni terapeutiche dell’equipe multidisciplinare (vedi paragrafo “2.2. Equipe multidisciplinar), i desideri della persona e il parere degli altri soggetti ritenuti significativi, viene individuato, nell’ambito del Coordinamento territoriale (vedi paragrafo “2.1. Coordinamento Territoriale”) l’ETS (ente terzo settore) che concorre alla definizione e realizzazione del progetto.

È comunque possibile che il progetto individualizzato possa prevedere l’attivazione di risorse/interventi da parte di più ETS.

Viene altresì definito l’operatore di riferimento dell’equipe multidisciplinare (che può lavorare nell’ASL, nell’ETS o nell’Ente gestore della funzione socioassistenziale) che tiene le fila del progetto individualizzato e ne monitora la realizzazione.

1.3 Il lavoro di comunità

I coordinamenti territoriali (vedi il paragrafo “2.1. Coordinamento Territoriale”) promuoveranno la costituzione di una rete territoriale diffusa per:

- la mappatura delle risorse pubbliche e private;
- la condivisione di alcuni interventi di gruppo, ad es. attività serali o nei weekend rispetto all’area socialità;
- la costituzione di tavoli interservizi, ad es. relativamente all’area lavoro con il coinvolgimento del Centro per l’Impiego e altre agenzie o sedi per inserimenti di formazione e lavoro. L’inserimento lavorativo viene considerato una componente importate del progetto di domiciliarità, anche se non rappresenta una condizione necessaria per accedere al progetto;
- la promozione di gruppi di Auto Mutuo Aiuto, gruppi di confronto tra pari dove le persone inserite in progetti di domiciliarità, con la presenza di un facilitatore, hanno la possibilità di affrontare argomenti di interesse comune, inerenti ad es. la gestione della casa;
- lo sviluppo dell’associazionismo, anche per sostenere e riavvicinare le persone ai Servizi e sostenere i familiari. Le associazioni di familiari e di utenti hanno il ruolo di informare e formare le persone rispetto alle questioni sulla salute mentale e rispetto ai loro diritti per stimolare il confronto con gli operatori, per costruire servizi di salute mentale di qualità;
- l’interazione con il Servizio Civile Universale e il volontariato;
- la conoscenza e la fruizione del sistema dei trasporti pubblici del territorio;
- l’utilizzo e l’attivazione di trasporti ulteriori rispetto al trasporto pubblico, soprattutto nei piccoli comuni delle aree interne dell’ASLTO4; si potrebbero a tale proposito immaginare la

costruzione di servizi di mobilità ad uso pubblico pensati in collaborazione con l'amministrazione comunale per tutte le persone residenti in queste realtà;

- il reperimento di alloggi;
- la promozione di progetti di fundraising con altri enti/servizi del territorio;
- la conoscenza e la fruizione delle risorse territoriali (pubbliche e private) rispetto alle attività sportive e alla socialità.

Sulla base dell'esperienza maturata dal Centro Autismo di Castellamonte, si valuta positivamente l'avvio della domiciliarità con alloggi palestra, da immaginare in situazioni progettuali specifiche.

Il costo delle attività previste per il lavoro di comunità viene riconosciuto quantificando le ore di lavoro impiegate e gli interventi rimborsabili, prevedendo ad inizio anno un budget di massima rendicontabile, assegnato e autorizzato dalla direzione del DSM e gestito dal Coordinatore ASL del Coordinamento territoriale nell'ambito delle risorse destinate a finalità diverse dai progetti individuali (vedi paragrafo "5.2. Modi e forme di utilizzo del budget di progetto").

1.4 Definizione budget di Progetto

In sede di primo avvio del progetto, si conferma la modulistica attualmente in uso per la valutazione del reddito, della compartecipazione della persona e del costo standard del progetto individualizzato (vedi modulistica allegata).

Si conviene sull'opportunità di utilizzare le risorse e i servizi presenti sul territorio (es. sostegno al reddito, accesso alla casa, ai trasporti, facilitazioni per il pagamento delle utenze, contributi enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, ecc.) dedicati a tutti i cittadini, prima di attivare specifici interventi da parte del DSM. Tutto questo in coerenza con l'obiettivo dell'inclusione sociale che richiede di considerare chi ha un problema di salute mentale in primo luogo un cittadino che può fruire senza stigmatizzazioni degli stessi diritti degli altri.

Per quanto riguarda le attività progettuali che comportano spese (es. biglietti di ingresso musei), i costi sono di norma sostenuti dalle persone stesse nell'ottica della responsabilizzazione individuale; laddove essi siano in situazione di difficoltà economica, saranno in primo luogo sostenuti nella richiesta di sostegno presso comuni, enti gestori della funzione socioassistenziale, altre forme di sostegno al reddito del welfare (ad es. Assegno di Inclusione); in ultima analisi verrà valutata la possibilità dell'erogazione di un Assegno Terapeutico da parte del DSM.

A livello di DSM viene definito annualmente un numero e un costo annuale per i rimborsi chilometrici.

Sarà cura di ciascun coordinamento territoriale valutare attentamente l'aspetto riabilitativo della necessità del singolo trasporto ottimizzando l'insieme degli spostamenti per territorio.

In base alle particolarità territoriali e ai progetti attivati verranno ripartite le risorse dedicate.

1.5 Definizione obiettivi e valutazione dei percorsi riabilitativi

Per quanto riguarda la definizione degli obiettivi del Progetto e la valutazione dei singoli percorsi riabilitativi, si adotta lo strumento della Recovery Star elaborato da Triage Consulting nel 2011 su mandato del Mental Health Providers Forum. La Recovery Star ha la finalità di supportare la persona ed il suo operatore di riferimento nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione dei percorsi di cura e riabilitazione, percorsi basati sui principi delle pratiche orientate alla guaribilità (recovery).

A livello di cabina di regia (paragrafo 2.3) verranno successivamente individuati ulteriori strumenti di valutazione.

1.6 Area casa

La casa è un aspetto essenziale del progetto di domiciliarità.

Generalmente i progetti di Domiciliarità si attivano nell'ambito territoriale dell'ASL TO4, ma si concorda sulla flessibilità rispetto a collocazioni diverse, in situazioni particolari, sulla base di specifiche motivazioni cliniche.

Sono da perseguire le soluzioni in cui il destinatario prenda la residenza presso l'alloggio individuato nel progetto per poter intestare le utenze e accedere alla possibilità di ottenere le eventuali agevolazioni per le fasce deboli, anche se si tratta di un aspetto da valutare in base al progetto. In caso di convivenze bisogna procedere alla divisione dello stato di famiglia.

Si affida uno specifico mandato alla cabina di regia e ai coordinamenti territoriali per avviare a livello territoriale/distrettuale e di ASL una specifica collaborazione con le agenzie immobiliari e gli enti locali al fine di reperire alloggi. È inoltre necessario definire un tetto massimo dei costi dell'agenzia immobiliare e dell'affitto coperti dalle risorse del progetto.

La Cabina di Regia attiverà uno specifico gruppo di lavoro, inizialmente sovra territoriale, con il mandato di elaborare delle modalità contrattuali con cui gestire la questione più generale dei contratti di affitto, in modo da rendere più fluido l'interfacciarsi delle persone in domiciliarità con le agenzie immobiliari, in forme differenti a seconda della situazione della persona.

Tale gruppo svilupperà analisi e modelli circa alcuni aspetti connessi alla gestione degli alloggi quali:

- 1) le possibili forme di fruizione dell'abitazione (alloggio con contratto intestato all'ETS; alloggio intestato all'ETS con contratto di sub-affitto a favore della persona; alloggio intestato alla persona con garanzia dell'ETS; alloggio con contratto d'affitto intestato alla persona)
- 2) la durata del contratto (contratto affitto durata 4 + 4 con cedolare secca; contratto transitorio)
- 3) l'assicurazione per l'alloggio
- 4) le modalità di affitto di alloggio (ammobiliato o non arredato)
- 5) la cauzione
- 6) la certificazione relativa alla messa a norma dell'impianto elettrico
- 7) la certificazione della caldaia
- 8) la valutazione piano cottura induzione/gas
- 9) la gestione di una copia di un mazzo delle chiavi presso la sede di Coordinamento territoriale o dell'ETS che svolge ruolo di regia
- 10) l'intestazione delle utenze: di norma intestate alla persona titolare del contratto e del subaffitto
- 11) la cessazione dei contratti (per fine locazione, decesso, mancata adesione; variazione; termine progetto; trasferimento...)

Il gruppo dovrà operare anche con il supporto di professionisti competenti in materia, elaborando un documento che sarà a disposizione dei coordinamenti territoriali e successivamente da allegare alla convenzione. Sono in corso, da parte di alcuni ETS, contatti con professionisti per avvio lavoro territoriale con le agenzie immobiliari e privati cittadini. Sicuramente un lavoro strutturato di questo tipo potrebbe permettere di ottenere più facilmente la collaborazione di cittadini ancora perplessi ad affittare il loro alloggio per un progetto di domiciliarità.

Altri aspetti da considerare:

- è centrale il problema della garanzia per accedere agli alloggi; si ipotizza la costituzione di un soggetto mutualistico con questo compito;
- sarebbe utile contare su elettricisti ed idraulici di fiducia che possano operare per le certificazioni e i necessari lavori;
- è opportuno individuare e creare una rete di intermediari qualificati e affidabili;

1.7 Area lavoro

Il lavoro rappresenta un importante diritto di cittadinanza. Nel garantirne la tutela risulta importante interfacciarsi con la rete di servizi che si occupano di lavoro sul territorio.

Centri per l'impiego (CPI) e agenzie interinali negli ultimi anni si sono attrezzate con consulenti e progetti mirati al sostegno della ricerca lavoro per persone fragili diventando attori importanti anche per esperienze fuori dal contesto prettamente sanitario.

È opportuno prevedere figure preparate in grado di fornire supporto e continuità ai progetti facendo da tramite tra i vari attori del processo di reinserimento lavorativo (Curanti – CPI – Aziende - Diretto interessato).

È importante che l'intervento non si concentri solo sul momento dell'attivazione della borsa lavoro o sul risultato dell'assunzione, dal momento che per garantire la tutela del diritto al lavoro è necessario prevedere prese in carico che supportino la persona anche dopo l'assunzione.

È importante consolidare la rete con CPI per aumentare la conoscenza delle risorse lavorative (aziende) e favorire il matching con le persone in carico.

Un'altra risorsa di grande importanza è costituita dalle cooperative sociali di inserimento lavorativo, in particolare quelle parte della rete dei partecipanti alla coprogettazione.

Viene riconosciuta l'importanza del tirocinio lavorativo come strumento principale per permettere alle persone di riavvicinarsi al mondo del lavoro in modo protetto, con progetti e tutoraggio, progetti individuali e personalizzati in base alle esigenze della singola persona.

È stata fatta una riflessione sui tempi dei progetti di tirocinio e delle verifiche in itinere evidenziando alcuni nodi critici:

- difficoltà nel reperire risorse per i tirocini;
- difficoltà nel dare continuità ai progetti verso l'assunzione;
- resistenze al passare dalla posizione di tirocinante a quella di lavoratore, soprattutto per percettori di invalidità civile e assegno di inclusione;
- possibilità di tutoraggio in situazioni specifiche.

È inoltre importante definire sinergie con gli interventi previsti dall'appalto DSM ASL TO4 a supporto degli inserimenti lavorativi.

1.8 Area socialità

Le proposte finalizzate a costruire una rete sociale per le persone coinvolte nei progetti di domiciliarità non possono essere uguali per tutti, non solo perché devono rispondere a gusti, interessi e bisogni diversi, ma anche perché devono adattarsi a competenze sociali differenti.

Il gruppo concorda sul fatto che gli interventi in questa area vengano promossi integrandosi con le offerte e le iniziative del territorio e valuta positivo il fatto che le attività vengano realizzate in modo congiunto tra ETS (vedi ad. es. uscite nel weekend) e tra coordinamenti territoriali.

In base ai singoli progetti, andranno individuate aree specifiche rispetto ai bisogni delle persone. Vi è necessità di:

- Trovare e mappare sedi diffuse sul territorio, anche in collaborazione con i consorzi (ad es. centri famiglia, progetto PUOI Unione Net) a livello istituzionale e non;
- Valorizzare le esperienze di partecipazione alle associazioni di volontariato presenti sul territorio (es. biblioteca presso Ospedale di Settimo, banca del tempo, Unitre) o servizi asl come centri Diurni;
- Favorire la partecipazione ad attività sportive e culturali, come opportunità per veicolare messaggi di inclusione, lotta allo stigma;
- Allenare le abilità sociali con attività gruppali o di sperimentazione come il Social Skills Training;
- Pensare e strutturare una serie di attività di sensibilizzazione rivolte all'esterno (incontri a tema, convegni, laboratori...);
- Costruire una rete al di fuori dei servizi che faciliti la concretizzazione dei propri interessi;
- Creare relazioni e collegamenti con le risorse del territorio: un contesto accogliente è una premessa che facilita la socialità ed il benessere personale;
- Offrire punti di riferimento diffusi sul territorio;

- Creare luoghi dove la persona può andare e sentirsi tranquilla;
- Costruire legami di prossimità basati sulla fiducia reciproca;
- Potenziare gli interventi di advocacy.

1.9 Digitalizzazione

Si concorda sull'opportunità di utilizzare i punti digitali che si stanno avviando sui territori da parte degli Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali affinché ne possano beneficiare i soggetti in domiciliarità.

2 Modello organizzativo

1.1 Premessa

Il modello organizzativo presentato è teso ad armonizzare tre diverse dimensioni:

- la titolarità dei progetti individuali di domiciliarità in capo all'équipe multidisciplinare del CSM di riferimento, che rimane il punto di riferimento clinico delle persone in tutte le fasi di realizzazione del percorso individuale;
- la dimensione orizzontale e partecipata della gestione di un percorso di coprogettazione, che prevede la piena partecipazione degli ETS alla definizione delle strategie di intervento e alla concreta realizzazione degli interventi sul territorio;
- la scelta strategica, condivisa nei primi incontri di coprogettazione, di investire non solo sulla presa in carico dei casi singoli, ma sul lavoro di comunità a sostegno della domiciliarità.

Vengono individuati i seguenti livelli organizzativi del progetto a livello territoriale, ciascuno con compiti specifici:

- l'Equipe multidisciplinare del CSM
- i Coordinamenti territoriali
- la Cabina di regia
- i Gruppi di lavoro trasversali
- il Direttivo di Dipartimento

Di seguito è descritto il funzionamento di ciascuno e lo schema del flusso di lavoro.

2.1 Coordinamento Territoriale

Il coordinamento territoriale è il luogo di elaborazione delle politiche territoriali per la domiciliarità delle persone con problemi di salute mentale e di concreta organizzazione delle risposte ai bisogni delle persone inserite in percorsi di domiciliarità.

2.1.1 Funzioni

- Elabora strategie e politiche per favorire lo sviluppo della domiciliarità e dell'inclusione sociale in un determinato territorio; soprattutto nel primo anno va dedicata particolare attenzione alla costituzione della rete territoriale diffusa come descritta nel paragrafo "1.3. Il lavoro di comunità";
- Elabora, a partire dalle indicazioni dell'équipe multidisciplinare del CSM, progetti individuali di Domiciliarità, definendo il corrispondente budget, che viene inviato alla Direzione di Dipartimento per l'approvazione;
- Individua le responsabilità ed i compiti operativi e quindi quale ETS può attivarsi per rispondere a esigenze segnalate dall'équipe multidisciplinare;
- Verifica e monitora l'andamento delle risorse economiche assegnate dalla direzione del DSM per interventi diversi dai progetti individuali e gestite dal coordinatore ASL del coordinamento territoriale (operatore del CSM ex presidente UVM Accordo quadro);
- Relaziona alla Cabina di regia sull'andamento dei progetti individuali e sulle risorse impiegate;
- Mappa le risorse presenti sul territorio e definisce le conseguenti strategie per il loro sviluppo dove carenti;
- Ricerca fondi aggiuntivi a livello territoriale, coordinandosi con le funzioni di ricerca risorse attivate a livello di progetto;
- Effettua il monitoraggio dell'efficacia degli interventi sul territorio, coordinandosi con le funzioni di valutazione attivate a livello di progetto.

2.1.2 Organizzazione territoriale

Si individuano 4 gruppi di coordinamento territoriale, secondo i seguenti quadranti:

1. Ivrea - Rivarolo;
2. Ciriè-Lanzo;
3. Caluso - Chivasso
4. Settimo – San Mauro

2.1.3 Composizione dei coordinamenti territoriali

- Coordinatore, nella persona dell'ex presidente UVM;
- 2 rappresentanti dei CSM nominati dalla Direzione del DSM;
- 1 rappresentante delle Associazioni;
- 1 rappresentante per ciascun ETS che opera sul quadrante (o partecipazione degli ETS in forma aggregata, laddove si raggruppino a livello territoriale);
- 1 rappresentante per ciascuno degli Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali.

Possono inoltre, sulla base dei temi e dei progetti trattati, essere invitati a partecipare quale componente variabile:

- Il medico e/o L'Assistente Sociale del CSM e/o altro operatore qualificato per l'esposizione dei singoli casi (Infermiere, Educatore, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, Operatore Socio-sanitario);
- Il paziente e i suoi famigliari, qualora e nei momenti in cui è opportuno;
- Amministratore di Sostegno/Tutore;
- Il Direttore di Struttura Complessa (o suo delegato);
- Il Direttore del Servizio Sociale Aziendale (o suo delegato);
- Ogni altro rappresentante dei Servizi (es SERD), Enti privati (es Fondazioni) o della Società Civile (Es. rappresentanti datoriali) che possono contribuire allo sviluppo territoriale dei progetti individuali di domiciliarità;
- Rappresentante dei Centri per l'impiego.

Uno o due rappresentanti del Coordinamento territoriale partecipano come membri permanenti alla Cabina di regia.

2.1.4 Operatività del Coordinamento Territoriale.

Il Coordinamento territoriale si riunisce almeno una volta al mese, con orari che permettano la partecipazione di tutti i suoi componenti. Ad ogni seduta dovrà essere redatto un verbale, a cura del coordinatore del Coordinamento territoriale, quest'ultimo dovrà contenere, oltre ai nominativi dei presenti, un ordine del giorno e il suo svolgimento punto per punto.

Il verbale dovrà essere trasmesso alla Cabina di Regia e alla Direzione del DSM entro una settimana.

Il Coordinamento territoriale potrà avvalersi del supporto dell'Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica (UMPC) per la gestione dei dati circa l'andamento dei progetti.

2.1.5 Sede del coordinamento territoriale

Da definire la possibilità di un luogo fisico specifico per il Coordinamento territoriale (preferibilmente spazi esterni ai CSM). La scelta della sede in un luogo "non ASL" sottolineerebbe la valenza intrinseca della coprogettazione.

Relativamente alle equipe dei Progetti individualizzati l'incontro presso i CSM favorirebbe la continuità terapeutica per la persona.

2.2 Equipe multidisciplinari CSM integrata nel Coordinamento Territoriale

L'Equipe multidisciplinare, costituita per ciascun Progetto, svolge le seguenti *funzioni*:

- in coerenza con le linee guida aziendali, promuove i percorsi terapeutico-riabilitativi delle persone da avviare ad un progetto di domiciliarità;
- definisce, coinvolgendo le famiglie, la persona ed altri soggetti della rete (garantendo tutte le informazioni utili ad una scelta consapevole), gli elementi fondamentali del progetto di domiciliarità individualizzato (PDI), coniugando la progettazione individualizzata del CSM con le progettazioni del coordinamento territoriale;
- a seguito dell'autorizzazione all'attivazione al progetto da parte del Direttore di Dipartimento, insieme all'ETS individuato dal Coordinamento territoriale, procede alla definizione del patto di cura sottoscritto dal paziente, dai familiari e dalla rete di soggetti coinvolti;
- individua il responsabile del PDI (case manager), che ha il compito di monitorare l'andamento del progetto e proporre eventuali modifiche;
- effettua la rivalutazione periodica dei singoli percorsi, allorché predispone le opportune modifiche qualitative e quantitative.

2.2.1 Competenza territoriale delle Equipe Multidisciplinari.

Vista la conformazione territoriale le Equipe Multidisciplinari sono così articolate:

Equipe multidisciplinari	Coordinamento territoriale corrispondente
San Mauro	Settimo San Mauro
Settimo	
Ciriè	Cirié Lanzo
Lanzo	
Rivarolo	Ivrea Rivarolo
Ivrea	
Caluso	Chivasso Caluso
Chivasso	

2.2.2 Composizione dell'Equipe multidisciplinare

La composizione delle Equipe multidisciplinari, sarà diversificata a seconda del territorio di competenza e del singolo caso.

2.2.3 Operatività dell'Equipe multidisciplinare

Ciascuna equipe multidisciplinare potrà riunirsi ed esercitare le proprie funzioni tutte le volte che lo riterrà necessario.

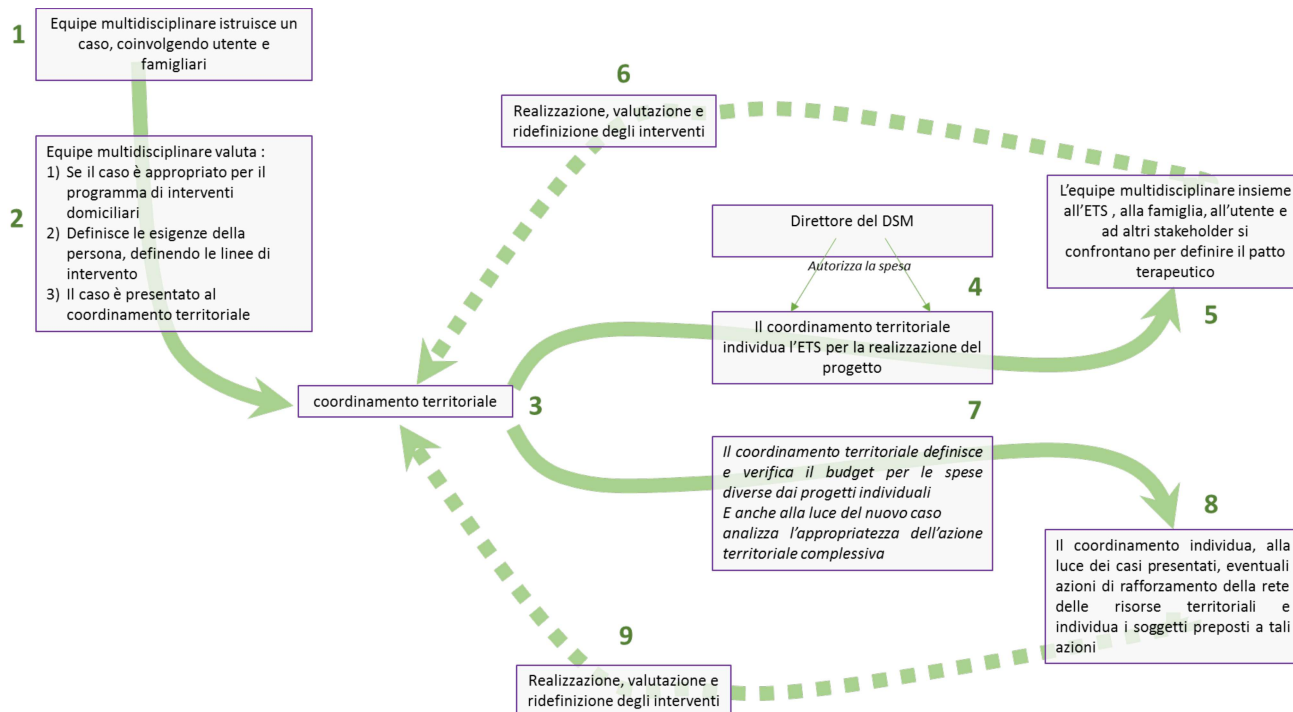
Le proposte progettuali sono poste all'attenzione del beneficiario e di tutti i portatori di interesse in modo da permettere una piena condivisione del percorso. In quest'ottica, tutte le scelte progettuali sono quindi guidate dall'orientamento/preferenza della persona assistita e concordate con essa.

Dopo l'esame da parte del coordinamento territoriale e l'autorizzazione all'avvio del progetto da parte del Direttore del Dipartimento, viene redatto sull'apposita modulistica, congiuntamente con l'ETS individuato per la sua realizzazione, il Progetto definitivo che comprende:

- la descrizione dettagliata del progetto con la tipologia e gli ambiti di intervento;
- gli obiettivi;
- la previsione dei tempi e delle modalità di verifica;
- la definizione della ripartizione della spesa.

Il progetto è firmato dagli operatori dell'Equipe multidisciplinare, dal coordinatore del coordinamento territoriale, dall'ETS incaricato di attuarne la realizzazione, dalla persona e da altri eventuali soggetti coinvolti nel progetto stesso.

Schema del flusso operativo Equipe multidisciplinare – Coordinamento territoriale:



2.3 Cabina di regia

La Cabina di Regia è l'organo che supervisiona l'andamento e lo sviluppo dei progetti di domiciliarità di tutto il DSM e verifica l'attuazione di quanto stabilito dal progetto definitivo di co-progettazione.

2.3.1 Funzioni generali della cabina di regia

- Raccoglie i dati di tipo quantitativo e qualitativo di tutti i progetti di domiciliarità;
- Raccoglie e coordina le politiche implementate dai singoli territori per l'inclusione sociale;
- Favorisce la definizione di accordi, protocolli di intesa o convenzioni, con enti privati e pubbliche amministrazioni, finalizzati ad implementare le opportunità di inclusione sociale dei pazienti;
- Raccoglie le modalità di funzionamento dei singoli Coordinamenti Territoriali nell'ottica di uniformare gli elementi comuni;
- Propone modifiche, miglioramenti ed implementazioni del progetto definitivo;
- Istituisce, scioglie, indirizza e coordina i gruppi di lavoro trasversali;
- Si relaziona con il Direttore del DSM per collocare gli indirizzi della coprogettazione entro le strategie generali dell'ASL TO4;
- Monitora le spese del progetto, proponendo al Direttore del DSM eventuali ridefinizioni nelle allocazioni del budget tra funzioni e territori

2.3.2 Composizione cabina di regia

La composizione della cabina di regia deve tenere conto della complessità degli interventi e della diversificazione territoriale; pertanto, dovrà essere composta da

- Direttore Struttura Complessa o suo delegato;
- Direttore Servizio Sociale Aziendale o suo delegato;
- 1 membro permanente di ciascun coordinamento territoriale;
- Una rappresentanza degli ETS e delle funzioni trasversali (max 2);
- 1 rappresentante delle Associazioni Utenti e/o Familiari (funzione di garante);
- 1 rappresentante degli Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali;

All'esito delle riunioni viene redatto apposito verbale approvato nel corso della riunione successiva e redatto da un membro del coordinamento territoriale. Inoltre, su invito specifico, in relazione ai temi da trattare, possono partecipare alle riunioni della Cabina di regia altri rappresentanti del sistema degli enti territoriali nonché rappresentanti di altre amministrazioni ed enti pubblici.

2.3.3 Operatività della Cabina di regia.

La cabina di regia dovrà riunirsi con cadenza almeno trimestrale. Qualora opportuno e almeno con cadenza annuale, sarà previsto un incontro aperto all'intero tavolo di coprogettazione; in tali riunioni, oltre a valutare lo stato di avanzamento complessivo del progetto sulla base dei dati raccolti, è possibile adottare delle modifiche al progetto definitivo e ai relativi reciproci impegni dei soggetti cofirmatari.

2.4 I gruppi di lavoro trasversali

Possono essere istituiti da parte della cabina di regia, con carattere permanente, temporaneo o di scopo, dei gruppi di lavoro trasversali all'attività dei diversi territori.

La Cabina di regia può attribuire loro mandati e constatare l'assolvimento degli stessi e dunque la cessazione o sospensione dell'attività del gruppo.

Tali gruppi possono sviluppare funzioni a servizio dell'intero progetto quali formazione, valutazione, comunicazione, ricerca risorse aggiuntive, azioni culturali o possono occuparsi di aspetti specifici funzionali ad obiettivi ben definiti, come nel caso degli approfondimenti sul tema dell'abitazione e delle forme di locazione.

Ciò richiede l'individuazione nell'ambito del partenariato, sia dei soggetti che lo compongono che delle risorse necessarie alla realizzazione del progetto, in termini di ore di lavoro e di acquisto di servizi esterni.

Il gruppo di lavoro trasversale sottopone alla cabina di regia proposte operative coerenti con il mandato affidato.

Quest'ultimo può includere componenti dell'ASL, degli ETS, degli Enti gestori della funzione socioassistenziale, dei famigliari e degli utenti, nella convinzione che affrontare congiuntamente i compiti assegnati dalla Cabina di regia rappresenti un elemento fondamentale per l'integrazione delle diverse sensibilità e competenze e che ne caratterizza la coprogettazione.

2.5 Direttivo del Dipartimento

Il Direttivo del Dipartimento ha come obiettivo la tutela e la promozione della salute mentale dei cittadini afferenti al territorio dell'ASLTO4, dando priorità agli interventi territoriali di domiciliarità, nell'ottica della promozione della Recovery e dell'Empowerment delle persone. Ne fanno parte:

- Direttore del DSM
- Direttori delle Strutture Complesse Salute Mentale
- Coordinatore Infermieristico Dipartimentale
- Referente attività amministrative DSM
- Dirigente Responsabile Servizio Sociale Professionale Aziendale

Relativamente alla coprogettazione dei Progetti di Domiciliarità interviene rispetto:

- alla definizione delle politiche generali e di indirizzo per tutti i livelli organizzativi
- alla valutazione dell'appropriatezza degli interventi

- al raggiungimento degli obiettivi di salute
- all'equilibrio economico-finanziario del budget assegnato dalla Direzione Strategica

3 Funzioni trasversali a sostegno della coprogettazione

Le funzioni trasversali sono attivate in via iniziale sulla base di quanto scritto nel presente progetto e successivamente su mandato della Cabina di Regia.

I mandati comprendono:

- l'indicazione delle persone facenti parte del gruppo di lavoro, tra cui componenti dell'ASL, ETS, degli Enti gestori della funzione socioassistenziale, familiari e utenti;
- l'oggetto del mandato e le linee generali di indirizzo per assolverlo;
- il carattere permanente o temporaneo del gruppo (e, in questo secondo caso, il periodo della sua operatività);
- le risorse, in ore lavoro e in denaro, assegnate al gruppo da fondi ASL o da ETS/fundraising

In sede di prima attuazione della coprogettazione, si conviene quanto riassunto nella successiva tabella, poi meglio sviluppato nella pagine successive.

Gruppo di lavoro	Tipo di gruppo	Mandato	Obiettivi 2024-25	Risorse	Composizione	Note
Formazione	Permanente	Organizzare le attività formative comuni.	Corso di 20 ore, 10 comuni e 10 per coordinamento territoriale, finalizzati alla costruzione del gruppo di lavoro	Nei limiti di 10 mila euro	Da definire	Altri temi prioritari identificati per il 2025: recovery / recovery star e lavoro di comunità
Comunicazione	Permanente	Supportare la comunicazione interna tra partner e agire sulla cultura del contesto (comunicazione esterna)	Centrati su comunicazione interna: circolazione di notizie e buone prassi tra operatori del progetto e evento di lancio del progetto nell'inverno 2024	Nei limiti dei 6 mila euro	Da definire	
Valutazione	Permanente	Valutare i percorsi dei pazienti e l'andamento del progetto al fine di ricalibrarlo	Utilizzo della Recovery star + Visiting DTC (o altro strumento sulla qualità percepita per l'andamento dei percorsi e focus con il coinvolgimento degli stakeholder per il progetto	Da definire	Da definire	Va avviata una riflessione su forme di valutazione più strutturate con il coinvolgimento di università
Ricerca risorse	Permanente	Integrare la disponibilità di	Da definire	n.b.: la ricerca risorse è stata	Da definire	

			molti partner ad attivare azioni di ricerca fondi e a coordinarle con gli obiettivi progettuali			prevista da gran parte degli ETS come proprio contributo al budget di progetto		
Abitare	Ad obiettivo	Elaborare supporti e modelli a servizio del partenariato in tema di locazione	Come da riquadro paragrafo (1.6. Area casa)	Da definire	Da definire			

3.1 Formazione

3.1.1 Linee guida generali per la formazione

- È fondamentale il coinvolgimento e la motivazione di tutti gli operatori, compresi quelli dell'ASL. Non è solo una formazione per il personale degli ETS, si fa insieme;
- La formazione è gratuita per gli operatori coinvolti;
- La formazione dà crediti ECM ed ECS agli operatori;
- Per la costruzione dei contenuti formativi, co-progettazione (e successivamente co-realizzazione) verranno avviati della formazione laboratori che coinvolgano in maniera paritaria tutte le parti in causa, cioè operatori pubblici e di ETS, utenti e familiari (metodo analogo a quello del Recovery College). La co-progettazione dei corsi rappresenta una formazione dei formatori, favorisce il miglioramento della motivazione degli operatori, e aiuta a costruire fiducia reciproca;
- Individuazione di metodi formativi interattivi e dinamici, non frontali, nei quali i partecipanti abbiano anche la possibilità di essere ascoltati;
- La formazione deve essere pensata per avere una ricaduta sui modelli gestionali: sia per la motivazione, sia per istruire nuovi operatori col semplice affiancamento (esempio la Recovery Star);
- Da evitare la parcellizzazione (formazione specialistica per psicologi, medici, educatori), bisogna mantenere contenuti comuni per tutti. La formazione svolta all'interno del progetto non si svolge quindi separatamente per profili professionali;
- Predisposizione del piano formativo con lungimiranza, ottica pluriennale, revisione continua. Taluni contenuti vanno ripetuti in più edizioni nel corso degli anni, se necessario;
- La formazione può rappresentare uno strumento importante anche nelle politiche di comunicazione e sensibilizzazione dei contesti territoriali, prevedendo il coinvolgimento di medicina generale, pediatri, operatori della salute in generale, sindaci, amministratori locali, ecc.

3.1.2 Contenuti prioritari

Sono individuati i seguenti contenuti prioritari per l'azione formativa:

- Formazione al gruppo di lavoro (2025-2026)
- Strumenti trasversali: recovery (2025) Budget di salute(2025-2026)
- Il lavoro di comunità (2025-2026)
- Approfondimenti su specifici destinatari (es. autismo e doppia diagnosi)
- Come comunicare sui temi della salute mentale

3.1.3 Il programma 2025

Per iniziare, come obiettivo dell'anno il gruppo ritiene ragionevole e praticabile perseguire la **Formazione del gruppo di lavoro**, ovvero:

- Condivisione delle buone pratiche di lavoro;
- Costruzione di un linguaggio e di una cultura comune;
- Team building

Ipotesi di corso di **20 ore** totali, la metà delle quali costituita di moduli comuni, metà da moduli territoriali da replicare per ciascuno dei coordinamenti territoriali (=> nell'ipotesi di tre coordinamenti, 10 ore comuni + 10x3 ore sui tre territori => 40 ore formative).

Ipotesi di budget massimo per il primo anno pari a **10 mila euro**, che comprende:

- lavoro organizzativo della formazione;
- costi per docenze e facilitazione (costi che possono essere abbattuti nel caso possano essere inseriti in programmi formativi finanziati o sui canali ordinari, o attivando una specifica raccolta fondi).

La realizzazione delle attività formative avviene comunque previa autorizzazione da parte del Direttivo del dipartimento.

3.2 Comunicazione

3.2.1 Aspetti generali

È necessario occuparsi sia di comunicazione interna che di comunicazione esterna.

Obiettivo macro: abbattere lo stigma e i comportamenti discriminatori, sensibilizzare la comunità, creare una comunità più accogliente nei confronti delle persone con disturbi psichiatrici;

Modalità: Momenti e/o allestimento di spazi di sensibilizzazione aperti alla cittadinanza in cui coinvolgere anche gli operatori;

Interlocuzione con tavoli e progetti presenti sul territorio e mappatura di cosa c'è sui temi di interesse.

3.2.2 Il programma per il primo anno

Per il primo anno si ritiene obiettivo ragionevole e praticabile focalizzarsi sulla comunicazione del Progetto e dei suoi obiettivi; questo si attua con due azioni:

- avvio di un sistema strutturato di comunicazione interna, con il coinvolgimento di tutti gli enti che partecipano alla co-progettazione promuovendo un'attività informativa, di coinvolgimento e sensibilizzazione di tutte le persone impegnate nel progetto;
- realizzazione di un evento pubblico verso fine anno.

Ipotesi di budget massimo di **2.000 euro**, da suddividersi sui due punti, su autorizzazione del Direttivo del DSM.

3.3 Valutazione

3.3.1 Valutazione o valutazioni?

Va in primo luogo considerato che con il termine "valutazione" ci si può riferire ad almeno quattro oggetti diversi:

1. La valutazione del percorso di un paziente;
2. La valutazione di impatto, e quindi l'analisi delle conseguenze dirette e indirette di una strategia di intervento; nello specifico, la scelta di investire sulla domiciliarità (anche ridimensionando la residenzialità) quali esiti porta sulla salute dei pazienti? E delle loro famiglie? e sulla spesa pubblica? Ecc.
3. La valutazione dell'operato di un ETS (generalmente conseguibile con una mera valutazione professionale);
4. La valutazione come strumento che sostenga l'analisi periodica del progetto (come stiamo lavorando?) offrendo elementi utili a capire come gestire il lavoro e quali modifiche introdurre. Si tratta di un'accezione della valutazione specifica e centrale per una coprogettazione;
5. Capacità del Progetto di reperire fondi attraverso fundraising;
6. Capacità del Progetto di inserire nelle singole progettualità risorse territoriali diverse da quelle provenienti dall'ASL TO4.

3.3.2 Criticità

In questo percorso si incontrano alcune possibili criticità:

1. L'esito per il paziente va valutato a partire dai suoi bisogni e dalla sua qualità di vita. Non è detto che un esito sia "buono" o "cattivo" per tutti i pazienti e comunque non lo si può dire senza fare riferimento al loro percorso;
2. Bisogna fare attenzione ad utilizzare strumenti standardizzati come il questionario, che comportano un lavoro significativo di elaborazione, ma che rischiano di non aiutare nella lettura complessiva di come sta andando il progetto;
3. Bisogna evitare sistemi di valutazione autoreferenziali, sia con riferimento ai pazienti, sia con riferimento al progetto più ampio;
4. Ciò che va valutato non è il lavoro degli ETS, ma l'andamento complessivo del progetto, nelle sue varie espressioni (efficacia dell'intervento, efficienza e aspetti economici, ecc.), evitando di limitarsi ad aspetti procedurali (avere tenuto o meno riunioni, aver fatto o meno accompagnamenti, ecc.);

5. Ciò che va valutato è l'andamento complessivo del progetto, nelle sue varie espressioni (efficacia dell'intervento, efficienza e aspetti economici, efficacia dei coordinamenti territoriali ecc.) evitando di limitarsi ad aspetti procedurali (avere tenuto o meno riunioni, aver fatto o meno accompagnamenti, ecc.);

3.3.3 *Opportunità*

Al tempo stesso, collocando la valutazione nell'ambito delle elaborazioni progettuali, emergono anche alcune opportunità:

- È possibile impostare modelli valutativi che integrino la voce a stakeholder diversi, diretti e indiretti;
- La formazione sul campo può diventare uno strumento per implementare il lavoro di valutazione;
- La funzione di ricerca risorse diventa uno strumento per reperire fondi e individuare e implementare modelli di lavoro innovativi. Sono disponibili strumenti digitali che facilitano la raccolta dei dati (ad esempio i forms delle principali suite office).

1.1.1 *Obiettivi 2025-2026*

Rispetto alla valutazione dei percorsi dei pazienti, è necessario utilizzare scale scientificamente approvate da soggetti scientifici; in particolare ci si orienta all'utilizzo della *Recovery star* accanto alla WHOQoL - Breve (test autosomministrato sulla percezione della Qualità della Vita) oppure *visiting DTC* (utilizzato in residenzialità da alcuni ETS con raccolta dati nazionale).

Rispetto al monitoraggio dell'andamento del progetto, da cui derivano anche indicazioni per la sua evoluzione, è necessario individuare un gruppo di lavoro che definisca le prime linee guida (criteri) e gli strumenti, privilegiando focus group che prevedano il coinvolgimento di tutti gli stakeholder con periodicità almeno due volte l'anno (ogni 6 mesi).

Sarebbe opportuno valutare l'attivazione di una consulenza esterna per un supporto scientifico alla valutazione (vengono citati, come soggetto con cui approfondire un confronto, le Università di Torino e Bologna che hanno attivato specifici progetti di valutazione).

In generale, il tema della valutazione richiede anche di interrogarsi su obiettivi di lungo termine da sottoporre a studio fattibilità su vari aspetti:

- Quale consulenza attivare?
- Quali risorse sono necessarie?
- Quali tempi di attivazione e realizzazione della valutazione?
- Quali sono i costi di realizzazione (formazione operatori, raccolta dati...)?

4 Figure professionali coinvolte

Di seguito sono definiti i requisiti del personale impiegato dagli ETS per la realizzazione del progetto e dei relativi interventi individuali:

- **EDUCATORE PROFESSIONALE:** titolo di Educatore Professionale conseguito attraverso diploma o attestato, corso di laurea o corso di riqualificazione ma comunque riconosciuto dalla Regione Piemonte e idoneo allo svolgimento di professione sanitaria, iscrizione all'albo professionale (ai sensi della Legge 11 gennaio 2018, n. 3);
In caso di una documentata irreperibilità di educatori in possesso del titolo indicato, in subordine, al fine di garantire la realizzazione dei progetti in coprogettazione, gli ETS potranno impiegare in misura non superiore al 30%, personale con titolo di educatore socio – pedagogico attraverso diploma di laurea L19, in analogia a quanto previsto dalla DGR 9-648 del 6 febbraio 2023 *“Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 84-4451 del 22 dicembre 2021 avente ad oggetto: “Riforma del sistema della residenzialità psichiatrica in Piemonte. Revoca parziale delle DD.GG.RR. n. 30-1517 del 3 giugno 2015, n. 29-3944 del 19 settembre 2016, n. 14-4590 del 23 gennaio 2017 e n. 41-6886 del 18 maggio 2018”, “gli educatori socio pedagogici e i pedagogisti potranno operare nelle strutture a carattere sociosanitario (SRP 3.2 e 3.3) conformemente ai disposti del comma 594, secondo periodo, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 e del comma 517 dell’art. 1 della Legge n. 145/2018, che ne consentono l'utilizzo nei servizi e nei presidi socio-sanitari e della salute limitatamente agli aspetti socioeducativi”*. Tale disposizioni si applicano in attesa di ulteriori indicazioni da parte della Regione.
- **TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:** Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, iscrizione all'albo professionale (ai sensi della Legge 11 gennaio 2018, n. 3);
- **PSICOLOGO:** Laurea Magistrale in Psicologia (o Laurea in Psicologia vecchio ordinamento), abilitazione alla professione attestata da iscrizione all'albo professionale
- **INFERMIERE:** Laurea in Infermieristica o titolo di studio equipollente, con abilitazione alla professione di Infermiere.
- **OSS:** attestato di qualifica OSS richiesto dalla normativa vigente.

5 Budget di progetto

5.1 Composizione del budget di progetto

Il budget di progetto è così composto:

- Tenuto conto dei progetti attivati e del rinnovo del CCNL delle cooperative sociali, le risorse messe a disposizione dall'ASL TO4 sono definite in euro **2.291.000,00** per l'anno 2025. Tale importo annuale verrà aggiornato in base agli scatti contrattuali nel corso del periodo di vigenza. Le risorse messe a disposizione dall'ASL TO4 possono variare nel corso del periodo di attuazione del progetto in relazione al budget a disposizione e dell'andamento del bisogno.
- risorse messe a disposizione dagli ETS partner, meglio dettagliate nelle proposte progettuali di ciascun ente dove viene specificato anche il titolo e le forme in cui tali risorse possono essere fruite, sinteticamente riassunte nella tabella sottostante.

Cooperativa	Come contribuisce	Categoria	Localizzazione	Controvalore
Anteo	Villa per soggiorni estivi a Imperia	Immobili e spazi fisici		50€ /die/persona per pensione completa
Anteo	Messa a disposizione della Villa di San Giusto C.se	Immobili e spazi fisici	San Giusto C.se	Solo l'appartamento più piccolo della Villa, da 3 posti letto 270€/mese/persona deriva dal calcolo delle spese sostenute per manutenzione, messa a norma dell'immobile, fornitura degli arredi. la messa a disposizione dell'appartamento potrà risultare come spese accessorie servizio di degenza+iva5%
Anteo	Inserimento in contesti lavorativi nei servizi alberghieri delle RSA di Cafasse	Inserimento lavorativo	Ciriè	offerta laboratorio Arteterapia 2 ore 55€; utilizzo locali da calendarizzare 16€/h
Anteo	Inserimento in contesti lavorativi nei servizi alberghieri delle RSA di Valperga	Inserimento lavorativo	Cuornè	
Anteo	Spazi laboratoriali San Giusto Canavese	Laboratori	Caluso	50€/die utilizzo locali + materiale a consuntivo; in caso di utilizzo continuativo si può ricontrattare con cifra mensile
Anteo	Spazi laboratoriali Ciriè	Laboratori	Ciriè	offerta laboratorio Arteterapia 55€/2 ore; utilizzo locali da calendarizzare 16€/h
Anteo	Ufficio progettazione per monitorare opportunità di finanziamento e progettare	Risorse aggiuntive		costo orario 30 euro ora
Associazioni e +Diritti	Attività di sensibilizzazione	Sensibilizzazione		
Copernico e partner	2 sedi per svolgimento attività	Immobili e spazi fisici	Ivrea	
Copernico e partner	Attività laboratoriali gratuite	Laboratori		
Copernico e partner	Uffici di progettazione del partenariato per ricerca risorse	Risorse aggiuntive		
Esserci	Sportello legale gratuito	Altro		
Esserci	Attività di educazione e consulenza finanziaria	Altro	Sportello principale in Torino (su prenotazione attivabile sul territorio di San Mauro)	Quotazione oraria concordata sul tavolo
Esserci	Attività laboratoriali di arte terapia e musicoterapia. Richiedono specifico fund raising	Altro	Richiedono specifico fund raising	Quotazione oraria concordata sul tavolo
Esserci	Tre tirocini formativi	Inserimento lavorativo	Possibilità di inserimento nel	Fondi per il rimborso dei tirocini

			comparto B della cooperativa Esserci – ristorazione e agricoltura/ distribuzione nel torinese	
Esserci	Attività di fund raising	Risorse aggiuntive		Quotazione oraria concordata sul tavolo
Esserci	Soluzioni abitative di prova a Torino	Soluzioni abitative	Città di Torino	Fondi per il rimborso della soluzione abitative – tempi tecnici per la pianificazione del periodo di disponibilità
Esserci	Accompagnamento abitativo	Soluzioni abitative		Quotazione oraria concordata sul tavolo
Frassati	Ufficio di progettazione per iniziative di fund raising – 90 ore	Risorse aggiuntive		2700
Il Margine	Furgone per traslochi: 3 traslochi/anno + addetto al trasloco	Altro		A carico ETS scrivente: 300€ + 100€ (costo personale + carburante)
Il Margine	Attività di ricerca fondi: ricerca e progettazione bandi (Es: fondazioni, ass religiose o di categoria, etc..)	Risorse aggiuntive		A carico ETS scrivente: 90h annuali per progettista (30€/h) = 2700€
Interactive e partner	1 autovettura per accompagnamento utenti (se libera da altri servizi)	Altro	ivrea rivarolo	35€ / h
Interactive e partner	3 locali ad Ivrea, 1 a Burolo e uno a Banchette per colloqui e riunioni	Immobili e spazi fisici	Ivrea-Rivarolo	100€ / locale / die
Interactive e partner	Team di progettisti	Risorse aggiuntive	Ivrea-Rivarolo Caluso-Chivasso	€ 2 616,64
Interactive e partner	Software per cartella elettronica	Tecnologie	Ivrea-RivaroloCaluso-Chivasso	17,13 € / utente/ mese
Interactive e partner	Hardware e software per telemedicina	Tecnologie	Ivrea-RivaroloCaluso-Chivasso	€ 2 010,00
Ippogrifo	Attività formativa	Formazione e supervisione		A carico ETS scrivente 1204
Ippogrifo	Supervisione clinica	Formazione e supervisione		A carico ETS scrivente 1920
Ippogrifo	Sede Settimo, disponibile gratuitamente concordando il calendario	Immobili e spazi fisici	Settimo Torinese	A carico ETS scrivente fino a 4 volte valore annuo € 400,00 (€100 euro al giorno di utilizzo per ulteriori giorni a carico ASL)
Ippogrifo	Sede Nole, disponibile gratuitamente concordando il calendario	Immobili e spazi fisici	Ciriè	A carico ETS scrivente fino a 4 volte valore annuo € 400,00 (€100 euro al giorno di utilizzo per ulteriori giorni a carico ASL)
Ippogrifo	Opportunità di inserimento lavorativo a Nole (cooperativa a oggetto plurimo)	Inserimento lavorativo	Ciriè	Costi non rilevabili, solo disponibilità della scrivente a titolo gratuito (eventale sussidio a carico Asl)
Ippogrifo	Opportunità di inserimento lavorativo a Settimo (cooperativa a oggetto plurimo)	Inserimento lavorativo	Settimo Torinese	Costi non rilevabili, solo disponibilità della scrivente a titolo gratuito (eventale sussidio a carico Asl)
Ippogrifo	Capacità progettuale per partecipare a bandi anche con associazione "Per i diritti", 30 ore annuali	Risorse aggiuntive		A carico ETS scrivente 30 ore progettista € 810,00 annui
Ippogrifo	Soluzioni abitative tra Settimo e Ciriè (oggi 9 appartamenti, altri ricercabili grazie a rapporti locali)	Soluzioni abitative	Ciriè	Costi non rilevabili, le soluzioni abitative divengono opportunità per i progetti territoriali
Ippogrifo	Immobile attrezzato e vuoto a Nole 3 persone	Soluzioni abitative	Ciriè	Costo affitto a carico dell'ASL, considerando che l'immobile è completamente arredato e quindi fruibile senza spese aggiuntive (valore arredamento circa € 3.000,00)
L'arcobaleno	Spazio per attività motorie e altro, 3 volte all'anno gratuitamente	Immobili e spazi fisici	Chivasso	600

L'arcobaleno	Agriasilo - Possibili inserimenti in attività agricole	Inserimento lavorativo	Chivasso	-
L'arcobaleno	Possibilità di inserimento in spazi per formazione e inclusione lavorativa	Inserimento lavorativo		-
L'arcobaleno	Accesso attività laboratoriali, gratuito per pazienti in carico alla coprogettazione. Prevede presenza di operatore di accompagnamento	Laboratori	San Mauro	Per utenti esterni il costo è di 15 euro ora
L'arcobaleno	Capacità di fund raising (gratuito se il progetto coinvolge anche l'Arcobaleno)	Risorse aggiuntive		Da valorizzare con 30 euro ora per costo progettista
L'arcobaleno	Attività di raccolta fondi (gratuito se il progetto coinvolge anche l'Arcobaleno)	Risorse aggiuntive		Da valorizzare con 30 euro ora per costo progettista
L'arcobaleno	Collaborazione con Associazione di volontariato Il Tiglio per attività teatrali e gruppi di parola (gratuito per i pazienti in carico alla coprogettazione)	Laboratori	San Mauro	Da valorizzare con 30 euro ora per costo conduttore
L'arcobaleno	Organizzazione eventi (es. spettacoli teatrali) gratuiti se connessi alle attività della coprogettazione	Sensibilizzazione		Valorizzazione ad hoc, es. 400 euro per uno spettacolo teatrale
L'arte della cura	Sensibilizzazione nelle scuole – Sensibilizzazione e formazione ETS	Sensibilizzazione	Ivrea	1178
La Rondine	Equipe di progettazione per raccolta fondi, con 3 ore settimanali per tre figure professionali rispettivamente addette alla ricerca dei bandi, alla creazione di reti sul territorio e alla redazione dei progetti	Risorse aggiuntive		Equivalenti per 1 Anno a 10932 euro
Progetto Muret	Progetti su bandi per ricerca risorse	Risorse aggiuntive		
Psicopoint	2 ore settimanali di progettista	Risorse aggiuntive		3700
Psicopoint	Sportello d'ascolto gratuito	Altro	Settimo Torinese	84310
Valdocco	Attivazione volontariato – 2 volontari 1 servizio civile	Altro		150
Valdocco	Sperimentazione operatore di advocacy – 40 ore	Altro		800
Valdocco	Sede di Chivasso	Immobili e spazi fisici		4200
Valdocco	Ricerca bandi e progettazione	Risorse aggiuntive		700
Valdocco	Esperti in comunicazione	Sensibilizzazione		700

È obiettivo della coprogettazione reperire, attraverso lo sforzo congiunto dell'ASL TO4 e degli ETS partner, risorse ulteriori da conferire al budget di progetto.

5.2 Modi e forme di utilizzo del budget di progetto

Le voci che compongono il budget di progetto per il 2025, sono sintetizzate nella tabella che segue:

Tavolo A - Proposta agli ETS	Numero	proporzione	Cifra unitaria	Come è calcolato	Costo mensile	Costo annuale
Ore educative mensili	3.790		23,16 €		87.780,19 €	1.053.362,28 €
Ore OSS mensili	2.684		21,26 €		57.071,50 €	684.858,03 €
	6.474					
Ore coordinatore mensili	200	4,0%	32,50 €	1 ora mensile per paziente a partire da 5 pazienti	6.499,92 €	77.999,04 €
Ore cabina di regia	60		22,46 €	15 ore per territorio	1.347,60 €	16.171,20 €
Ore coordinamento territoriale	104		22,46 €	4 per ETS	2.335,84 €	28.030,08 €
Ore supervisore mensili	13			gruppi di 6 circa 2 ore al mese per operatore	- €	- €
Ore addetto alla rendicontazione mensili	48	1,0%	25,96 €	4 ore al mese per ETS	1.246,05 €	14.952,61 €
Ore di altri operatori (direzione) mensili		0,0%	35,31 €	2,5% delle ore degli operatori	- €	- €
Ripartizione costi generali		10%		nei limiti del 10% dei costi precedenti	15.628,11 €	187.537,32 €
Spese per utenti mensili					1.000,00 €	12.000,00 €
Rimborsi trasporti mensili				8.000 al mese	9.000,00 €	108.000,00 €
Lavoro di territorio				2.000 euro al mese per coordinamento	8.000,00 €	96.000,00 €
Formazione e comunicazione				1.000 al mese in tutto	1.000,00 €	12.000,00 €
						2.290.910,57 €

Fatto salvo il rispetto del vincolo finale di bilancio, tutte le previsioni di utilizzo contenute in tabella sono subordinate all'effettiva consistenza delle pezze giustificative. Si precisa che il costo orario effettivo del personale sarà dedotto in sede di rendicontazione e che il costo indicato in tabella è stato stimato sulla base dei costi medi attuali.

La cabina di regia verificherà l'effettiva consistenza delle voci di spesa, prevedendo dove utile, spostamenti tra le diverse voci di bilancio.

Si conviene sull'adeguare nel corso degli anni i costi reali di base ammissibili per le spese di personale in accordo con i successivi scaglioni di aumento contrattuale previsti dal CCNL delle cooperative sociali.

Per quanto riguarda la gestione dei progetti di domiciliarità in coprogettazione, ad avvio progetto, vengono conteggiate n. **3.790** ore educative mensili (corrispondenti ad euro 1.053.362,28 annuali) e n. **2.684** ore oss mensili (corrispondenti ad euro 684.858,03 annuali). A tale cifra si aggiungono n. 200 ore di coordinamento mensili (corrispondenti ad euro 78.000,00 annuali).

Una quota inizialmente non inferiore all'**6,12%** del budget di progetto è destinata, sin dall'inizio della gestione coprogettata, a finalità diverse dalla presa in carico individuale e in specifico a:

- lavoro di comunità, importo assegnato euro **96.000,00** annuale, come specificato nel paragrafo 1.3 "Il lavoro di comunità" a pag. 3 e seguenti;
- funzionamento dei coordinamenti territoriali (escluse le riunioni relative alle progettazioni individuali, che sono parte del tempo lavoro dei singoli operatori), importo assegnato euro **28.030,00** annuale come specificato nel paragrafo 2.2 e seguenti pag. 9;
- funzionamento della cabina di regia, importo assegnato euro **16.200,00** annuale come specificato nel paragrafo 2.4.e seguenti pag.12

È prevista anche una quota di budget per il rimborso delle spese di trasporto, pari ad euro **108.000,00** euro annuali (rimborso riconosciuto pari ad euro 0,42 al Km – calcolo effettuato in base

a tabella ACI aggiornata al 1 luglio 2024 facendo la media tra Fiat Panda Hybrid - 0,3891 euro - e Cross Hybrid - 0,4429 euro - con percorrenza media annuale di 15.000,00 KM)

Vengono previsti n. **12.000,00** euro annuali per la Formazione e Comunicazione come specificato nel paragrafo 3 a pagina 15 e seguenti;

Relativamente alla rendicontazione l'ASL mette a disposizione un operatore assistente sociale a tempo pieno e riconosce n. 48 ore mensili (n.4 ore al mese in media per ETS) pari ad euro 14.300,00 annuali.

Ripartizione costi generali: viene riconosciuta proporzionando le spese generali effettivamente sostenute (desumibili da bilancio o da altra documentazione integrativa) con la quota di risorse tratte dall'ETS per effetto della coprogettazione rispetto al totale delle risorse percepite dall'ETS per il complesso delle attività da esso svolte. L'importo riconosciuto e così calcolato non potrà in ogni caso però superare il limite del 10% delle risorse rimborsate all'ETS nell'ambito della presente coprogettazione.

È obiettivo della coprogettazione aumentare progressivamente le risorse a disposizione del budget di progetto e in particolare delle sopra elencate funzioni diverse dalla presa in carico dei casi attraverso le azioni di ricerca risorse da realizzarsi in primo luogo grazie alle disponibilità apportate al budget di progetto dagli ETS partner, in specifico quelle indicate nel paragrafo precedente nella tabella nella categoria "Risorse aggiuntive"; in tale categoria sono infatti evidenziate le disponibilità degli ETS partner a conferire al progetto professionisti ed equipe di progettazione per ricercare risorse a valere su opportunità di finanziamento quali fondazioni, bandi di altre istituzioni italiane ed europee, crowdfunding, ecc.

È obiettivo della coprogettazione far evolvere nel corso del tempo l'utilizzo delle risorse in coerenza con l'impostazione generale enunciata, riducendo quindi progressivamente le risorse dedicate alle prese in carico individuali e aumentando quelle dedicate al lavoro di comunità.

6 Rendicontazione

Gli ETS effettivamente impegnati nelle attività coprogettate rendicontano, entro 45 giorni dalla fine di ciascun mese, le spese sostenute attraverso i seguenti modelli (allegati):

- **allegato 1** - lettera di incarico per ciascun operatore e foglio trattamento dati per la privacy (per liberi professionisti contratto e fattura per la rendicontazione);
- **allegato 2 –RIEPILOGO MENSILE COOPERATIVA:** tabella riepilogativa ore che ciascun ETS rendiconta nel mese nella quale vengono riportati nominativo operatore, ruolo, coordinamento territoriale per il quale ha svolto le ore, numero ore mensili erogate dall'operatore, costo orario operatore, totale costo mensile operatore, tot km effettuati dall'operatore, costo del rimborso Km, ore effettuate per lavoro di comunità e totale costo per lavoro di comunità (le quali non sono state considerate nelle ore mensili erogate segnate nella colonna precedente). In questo modo al fondo delle colonne è riportato il totale mensile delle ore ETS per lavoro con le persone - totale km - e totale lavoro per comunità. La verifica dei Km potrà essere effettuata confrontando la dichiarazione degli ETS con quanto riportato nella busta paga degli operatori. Per quanto riguarda i liberi professionisti ci sarà un modulo/dichiarazione firmata dall'operatore con nome paziente e indicazione dei Km;
- **allegato 3- INTERVENTI DEGLI OPERATORI PER PAZIENTE:** interventi effettuati dagli operatori per paziente; tabella con nominativo ETS, nome operatore, ruolo operatore, coordinamento territoriale a cui afferisce il progetto, nome paziente, numero ore effettuate per il paziente, data in cui si è svolto l'intervento, colonna costo risocializzante svolto nel mese di riferimento. Il costo delle attività di gruppo verrà riportato con data e cifra complessiva (non suddivise per utente).

Il costo dell'operatore di cui all'allegato 2 è da calcolare sulla base dei seguenti dati presenti nella busta paga, mediante le operazioni indicate nella tabella seguente.

	(X) Retribuzione base mensile lorda
	(Y) Indennità di funzione
	(B) Altre indennità (notte attiva e passiva, festivi, ecc...)
	(E) coefficiente INPS
	(H) coefficiente IRAP
	(J) Coefficiente INAIL
0,01*C	(L) Contribuzione aziendale per pensione integrativa
	(M) Indennità annuale per previdenza integrativa
	(Q) Ore settimanali
X + Y	(A) Retribuzione base mensile lorda con indennità di funzione
(A*13) + (B*12)	(C) Retrib. Lorda annua
C / 13,5	(D) TFR maturato nell'anno
C * E	(F) Contributi INPS annui
(C+D+F) *H	(I) Irap annua
C*J	(K) Contributi INAIL annui
C+D+F+I+K+L+M	(N) Totale costo aziendale
1548*Q/38	(O) Ore lavorabili annue
N / O	(P) Costo orario

L'ASL TO4, previa verifica della documentazione trasmessa, procede al rimborso entro i successivi 30 giorni.

A inizio del progetto (o, per gli enti non inizialmente coinvolti nelle azioni attuative, all'inizio della loro operatività) L'ASL TO4, su richiesta degli ETS, entro il 30° giorno dall'inizio dell'operatività dell'ETS anticipa una somma pari al 50% dell'importo stimato per il trimestre successivo, da portare in compensazione rispetto agli importi successivamente rendicontati.

Le spese generali saranno rimborsate:

- mensilmente, a titolo di acconto, previa richiesta da parte dell'ETS con il modello di cui all'**allegato 4** e nei limiti dell'importo massimo riconoscibile sulla base delle spese dirette portate a rimborso;
- annualmente, a titolo di saldo, previa richiesta da parte dell'ETS con il modello di cui all'**allegato 5** sulla base delle risultanze di bilancio, entro il mese di luglio di ciascun anno. Gli importi relativi a tale saldo saranno liquidati entro il mese di settembre di ciascun anno. Nell'**allegato 6** sono riportate voci esemplificative (fatte salve diverse denominazioni sulla base delle contabilità di ciascun ETS) inseribili nel computo delle spese generali, laddove effettivamente connesse a costi della struttura e non a specifici servizi e interventi diversi da quelli oggetto di coprogettazione.

Le dichiarazioni sostitutive di certificazione previste dalla modulistica saranno oggetto di verifica periodica da parte dell'ASL TO4.

L'ASL TO4 predispone nel corso del primo anno di attuazione del progetto un sistema di controllo di gestione, condividendone gli esiti con la Cabina di Regia.

7 Organizzazione del partenariato ETS

7.1 Principi per l'attribuzione delle prese in carico dei casi nel partenariato ETS

Coerentemente con l'impianto progettuale complessivo, sono adottati dei criteri per l'attribuzione delle prese in carico dei casi singoli e per la transizione dalla situazione preesistente a quella gestita ad esito della coprogettazione.

- Criterio 0: tutti i criteri successivi, laddove implicino discontinuità in un rapporto terapeutico esistente, vanno applicati in tempi e modi tali da non comportare controindicazioni per il paziente.
- Criterio 1: principio generale di mantenimento iniziale dei casi esistenti in capo agli stessi ETS; se estranei al criterio di afferenza territoriale (criterio 4) vengono transitati appena possibile (criterio 0) ad ETS afferente al territorio stesso e sono, se possibile, "compensati" da casi nel territorio di afferenza.
- Criterio 2: ciascun coordinamento territoriale ha da 3 a 5 ETS.
- Criterio 3: ciascun ETS non può essere parte di più di 2 coordinamenti territoriali.
- Criterio 4: si definisce l'afferenza di un ETS ad uno o più territori nei limiti dei punti 2 e 3, tenendo conto dei casi gestiti nell'ambito dell'accordo quadro e della effettiva presenza territoriale.
- Criterio 5: ciascun ETS afferisce ad almeno un territorio e prende lì in carico, nell'immediato o appena possibile, almeno 5 casi.
- Criterio 6: Gli ETS afferenti ad un territorio conservano i casi lì sino a quel momento gestiti.
- Criterio 7: i casi rimanenti esistenti sono assegnati tenendo conto, oltre che di criteri clinici, dei criteri precedenti (in particolare le compensazioni del punto 1 e i casi minimi del punto 5) agli ETS afferenti allo stesso territorio.
- Criterio 8: i nuovi casi sono affidati a ETS afferente a seguito di accordo all'interno del coordinamento territoriale, tenendo conto di criteri clinici e dei criteri precedenti (in particolare le compensazioni del punto 1 e i casi minimi del punto 5)

7.2 Conseguente articolazione dei coordinamenti territoriali e delle prese in carico

Coerentemente con il precedente paragrafo, i coordinamenti territoriali alla data di inizio della coprogettazione risultano costituiti come segue e prevedono l'affidamento di prese in carico individuali indicativamente secondo quanto indicato in tabella.

	ETS presenti	In coordinamento senza casi
<i>Settimo – San Mauro</i>	L'Arcobaleno Ippogrifo Il Margine La Rondine Esserci Psicopoint	Progetto Muret
<i>Chivasso – Caluso</i>	Valdocco La Rondine Esserci Il Margine	Psicopoint Copernico (autismo)
<i>Ciriè</i>	Progetto Muret Ippogrifo Frassati	Anteo

	Valdocco	
<i>Ivrea – Rivarolo</i>	Rosa L'Arte della Cura Interactive Frassati Copernico (autismo) Anteo (palestra)	

Fondazione Casa dell'Ospitalità e Associazione +Diritti, pur non essendo coinvolte nella gestione dei casi, potranno prendere parti ai coordinamenti territoriali sulla base della propria presenza territoriale.

Tale assetto può essere variato nell'ambito dei successivi tavoli permanenti di coprogettazione.

8 Durata

Si fissa la durata della co-progettazione in anni tre, con decorrenza da luglio 2025, eventualmente rinnovabili per ulteriori anni tre, fatte salve eventuali future riorganizzazioni complessive di questi interventi.