



Ministero dello Sviluppo Economico

INVITALIA

PROGETTI DI FRONTIERA PER LE COOPERATIVE

STUDI DI FATTIBILITÀ
PER UNA COLLABORAZIONE
INNOVATIVA TRA SISTEMA PUBBLICO
E MOVIMENTO COOPERATIVO

WWW.MISE.GOV.IT

STUDIO DI FATTIBILITÀ PER LA NASCITA E LO SVILUPPO DI COOPERATIVE DI PROFESSIONISTI OPERANTI NEL SETTORE DELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE E DELLA DISABILITÀ PSICHICA





Studio di fattibilità per la nascita e lo sviluppo di cooperative di professionisti operanti nel settore della tutela della salute mentale e della disabilità psichica

Sommario

PREMESSA	4
INTRODUZIONE	6
Cap. 1 – Il Modello di business	9
1.1 - Le aziende partecipanti	14
1.1.1 - GNOSIS.....	14
1.1.2 - Operatori Sanitari Associati Società Cooperativa.....	20
1.1.3 La Castelluccia S.c.a r.l.	30
1.2 L'ipotesi alla base del modello	34
1.3 - L'assetto giuridico: il contratto di rete	34
Ipotesi organizzativa in presenza di Società Veicolo	42
Ipotesi organizzativa in assenza di Società Veicolo	44
Ipotesi organizzativa alternativa: rete con soggettività o consorzio stabile	44
Analisi Vantaggi/Rischi derivanti dall'aggregazione	45
1.4 - L'analisi SWOT	48
1.5 - Gli investimenti e la loro sostenibilità.	49
Cap 2 - I prodotti	54
2.1 Prodotto: Centro di Ascolto.....	63
Costi	66
Ricavi.....	67
Crono programma	67
2.2 Prodotto: Abitare.....	69
Costi	71
Ricavi.....	72
Crono programma	74
2.3 Prodotto: assistenza al Placement (Lavorare)	76
Costi	84
Ricavi.....	84
Crono programma	86
2.4 Prodotto: attività di socializzazione (Includere)	88
Costi	96
Ricavi.....	98
Crono programma	99



2.5 Prodotto: interventi socio assistenziali	101
Obiettivi generali dell'attività	101
Obiettivi specifici	102
Modello gestionale ed organizzativo del servizio di assistenza domiciliare diretta: Descrizione delle metodologie adottate per la gestione ed organizzazione del servizio.....	103
Il Piano Assistenziale Individualizzato	107
Procedura operativa del servizio	109
Sede/Centrale Operativa	113
Ruoli e funzioni e dei soggetti coinvolti nella gestione ed organizzazione dei servizi socioassistenziali ..	115
I pacchetti di servizio	117
Costi	119
Ricavi.....	119
Crono Programma	120
Conto economico di riepilogo delle attività di rete.....	122
Cap. 3 Elementi di gestione manageriale del nuovo soggetto	124
La formazione dei manager e degli operatori	124
Sistemi informatici e device elettronici	128
Cap.4 Considerazioni di sistema	146



PREMESSA

“Il gradiente sociale nei disturbi mentali e il grado di benessere mentale evidenziano come la salute mentale sia direttamente collegata alle condizioni materiali in cui vivono le persone. Fattori quali la povertà, la disoccupazione, ambienti di lavoro inadatti, abitazioni fatiscenti e un’istruzione scolastica insufficiente si ripercuotono negativamente sul benessere, oltre ad aumentare in maniera significativa il rischio di disturbi mentali. Inoltre uno stato di scarso benessere mentale e l’appartenenza a un ceto sociale basso sono entrambi associati in maniera indipendente a fattori come alimentazione squilibrata, tabagismo, alcolismo, dipendenze e violenza. L’incidenza dei disturbi mentali aumenta a causa di tali fattori di rischio. Il deterioramento della salute mentale contribuisce a risultati meno soddisfacenti in pressoché tutti gli ambiti della vita e acuisce spesso le disparità, perché le fasce più deboli sono anche quelle più esposte alla malattia mentale e a un minore benessere mentale.” È questo l’esordio dell’Appendice 3 del Piano d’Azione Europeo per la Salute Mentale¹. E prosegue evidenziando come “Sistemi sanitari efficaci lavorano per promuovere la guarigione e la salute, incrementare il benessere e il funzionamento sociale. Esistono tuttavia fattori socio- economici come l’età, il genere, l’orientamento sessuale, il reddito, lo status sociale e l’origine etnica che influiscono su alcuni aspetti del sistema sanitario come l’accesso, la disponibilità di servizi, la loro economicità e qualità, e l’esito degli interventi. Le persone con problemi di salute mentale hanno difficoltà ad accedere a servizi sanitari di qualità per le cure fisiche o mentali. Il disagio psichico ha un effetto fortemente negativo su ogni elemento e interazione di questo circolo. I disturbi mentali influiscono sul benessere; le persone colpite da disturbi mentali usufruiscono in minore misura dell’offerta educativa, evidenziano un elevato tasso di disoccupazione con un reddito basso e in genere sono socialmente isolate. ...Le persone con disagio mentale sono più esposte a violazioni dei diritti umani, sia dei diritti universali che dei diritti specifici delle persone con disabilità. Nella società subiscono il vissuto negativo della stigmatizzazione e della discriminazione, mentre all’interno delle istituzioni possono essere vittima di abbandono e maltrattamenti. La presenza di un disturbo mentale può ridurre l’accessibilità,

¹ The European Mental Health Action Plan World Health Organisation 2013



l'erogazione e la qualità dei servizi nel settore pubblico e privato, provocando maggiore sofferenza, esclusione, morbilità e mortalità. Tuttavia l'evidenza scientifica di cui disponiamo oggi consente di programmare interventi volti a prevenire, alleviare e perfino compensare questi effetti dannosi e indesiderabili.”²

È questo il quadro in cui va posta una domanda fondamentale che tutti coloro che si trovano ad approcciare il problema del benessere psichico delle persone devono porsi: è possibile spezzare questo circolo vizioso? Diritti e benessere mentale possono procedere di pari passo nel cammino di recupero di queste fragilità?

Il tentativo di mettere ordine in questo campo è quanto mai arduo, ma possiamo provare a fornire un contributo che, partendo dall'evidenza scientifica possa progettare interventi e attività che possano esprimere compiutamente quanto nell'Action Plan è identificato come programma e desiderio.

Partiremo dalla realtà vissuta dai soggetti partecipanti a questo studio e cercheremo di proiettare il know how posseduto in un modello di intervento, che, sulla base di esperienze concrete del privato sociale possa rappresentare una nuova forma di modello di attività per quei soggetti che, in possesso di competenze multidisciplinari complementari, possono interpretare e fare fronte ai bisogni che il mercato pone e che il sistema di intervento pubblico non riesce a soddisfare nell'ambito dell'assistenza psichiatrica.

² Idem

INTRODUZIONE

Il Ministero dello Sviluppo Economico ha promosso un “Programma di promozione e sviluppo del movimento cooperativo” per accompagnare questa tipologia di imprese in percorsi di crescita in linea con le dinamiche del sistema economico ed ha affidato all’Agenzia nazionale INVITALIA fondi per la realizzazione di uno Studio di fattibilità per “La nascita e lo sviluppo di cooperative di professionisti operanti nel settore della tutela della salute mentale e della disabilità psichica” affidato dopo le necessarie procedure all’ATI composta da GNOSIS Cooperativa Sociale ONLUS e Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati – OSA, in data 22.12.2015 con l’obiettivo di individuare modelli innovativi per lo sviluppo di imprese cooperative attraverso l’ingresso in nuovi spazi di mercato e nuove forme di creazione di valore e ad azioni di sistema e di integrazione tra cooperative in sistemi e filiere produttive.

Lo studio di fattibilità doveva fare riferimento ad almeno due Centri di Salute Mentale delle Asl presenti sul territorio (CSM), si doveva focalizzare sull’analisi di un numero minimo di tre Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed individuare indicatori di qualità e prefigurare un sistema di valutazione delle performance (anche tramite il coinvolgimento degli utenti).

La proposta relativa allo studio di fattibilità comprendeva diverse attività che potevano definirsi complementari per la realizzazione del prodotto:

- 1) Analisi del mercato di riferimento:
 - Un’indagine sul numero dei potenziali pazienti/beneficiari delle attività proposte, la qualità delle esigenze/tipologie di patologie presenti nel territorio della AL RM H;
 - Analisi della concorrenza: numero e tipologia di soggetti operanti nel medesimo contesto territoriale e tematico, caratteristiche societarie e numero di addetti; obiettivo dello studio è facilitare la formulazione di un efficace piano di marketing;

- Tipologia di servizi erogati VS esigenze conclamate: questo ambito di indagine serve a comprendere se la domanda di servizi a livello territoriale è soddisfatta, ovvero se la risposta è adeguata alle esigenze, onde consentire la corretta identificazione dei prodotti e la stima della produzione futura; di questo studio farà parte anche;
 - Un Report sociologico sulla tipologia di pazienti che si rivolgono ai servizi pubblici/privati accreditati, ovvero sulle condizioni socioeconomiche, sulla composizione del nucleo familiare di provenienza, ecc.
- 2) Documento di Analisi dell'offerta di servizi alle persone con patologie psichiatriche, volto ad identificare lo "stato dell'arte" a livello nazionale ed internazionale in tema di diagnosi, terapie e cure; esso offre la possibilità di identificare nuovi modelli di presa in carico e terapia del paziente psichiatrico, ed altresì di fare una verifica preliminare della validità degli assunti metodologici su cui si potrà basare il modello operativo di nuovi soggetti operanti sul mercato.
- 3) Modellizzazione del processo produttivo/di lavoro: ipotesi di 3 (o più) nuovi percorsi di presa in carico, terapia e cura; riabilitazione e reinserimento sociale/lavorativo, analisi degli aspetti economico finanziari e previsioni di sostenibilità; formulazione dell'architettura funzionale di un sistema Web based per la gestione, il monitoraggio e la condizione delle informazioni inerenti i percorsi assistenziali; vademecum amministrativo per la gestione del processo di accreditamento di un soggetto economico presso le strutture sanitarie pubbliche, necessario per la corretta previsione dei tempi di start up.

Nel corso dello svolgimento del lavoro ed attraverso approfondimenti successivi con i tecnici dell'Agenzia Nazionale è stato privilegiato l'aspetto relativo allo sviluppo di esperienze già attive rispetto alla emersione di nuovi soggetti, e quello della formazione di aggregazioni nuove, con un'offerta integrata rispetto allo start up di nuove cooperative.

Pertanto sono stati privilegiati ambiti di indagine relativi alla definizione dei percorsi terapeutici innovativi e ai nuovi spazi di mercato che possano prescindere o comunque integrare i rapporti economici col sistema della sanità Pubblica.

Le domande fondamentali a cui rispondere sono:

- Esiste uno spazio di mercato per soggetti cooperativi multidisciplinari che vada oltre i rapporti economici con il Sistema Sanitario Nazionale?
- Quali bisogni degli utenti non vengono soddisfatti?
- Come e dove si intercettano bisogni e “clienti”?
- Quali sono i percorsi terapeutici “vendibili” ai privati?
- Quali le forme di struttura più adatte e performanti?

A queste domande lo studio cercherà di dare risposte attraverso diversi livelli di ricerca e la messa a sistema dei dati raccolti:

- Ricerca socio economica di base ed analisi del mercato e della concorrenza;
- Ricerca scientifica (EBM) riguardo a percorsi terapeutici innovativi su un campione significativo di pazienti avviati o non avviati ai percorsi individuati (abitare, lavorare, includere);

Il set di dati raccolti sarà elaborato e corredato dallo studio di fattibilità che riguarderà principalmente le compatibilità tecniche, economico/finanziarie, giuridico/normative e organizzative.

L'ipotesi di lavoro è quella di verificare come la sinergia operativa tra soggetti cooperativi nell'ambito della salute psichica possa garantire un'eccellenza nell'applicazione di percorsi terapeutici ad alta intensità terapeutica e a bassa residenzialità, trasformando, quando clinicamente possibile, gli interventi da residenziali e di “nuova custodia” in territoriali e di prossimità, garantendo il continuum terapeutico tanto raccomandato dai piani sanitari nazionali e regionali ed altrettanto disatteso nei fatti, stante la cultura che ancora oggi pervade le strutture di ricovero e la scarsità di risorse a disposizione della sanità pubblica.

Lo studio quindi verterà sulle ipotesi di lavoro testé menzionate e sarà corredato in allegato dalle ricerche svolte e dai dati rilevati sul campo.

Cap. 1 – Il Modello di business

Per affrontare nuove sfide c'è bisogno di integrare competenze e know how tra soggetti diversi. Le politiche di nicchia che sono state alla base di tanti successi anche economici oltre che professionali, non sono più adatte alle dimensioni del fenomeno e dei fabbisogni che il territorio ritiene non soddisfatti. C'è bisogno di costruire un nuovo modello di business che possa mettere a sistema i punti di forza di ogni soggetto coinvolto e limitare i punti di debolezza rilevati dall'esperienza e che possa fare fronte alle minacce presenti e future e cogliere al meglio le opportunità.

In via preliminare bisogna svolgere alcune considerazioni sullo stato dell'arte del sistema della cooperazione socio sanitaria che tanto ha fatto e continua a fare per la cura dei bisogni delle persone deboli.

Lo scenario di riferimento del nostro lavoro è stato ampiamente descritto nell'allegato 1 al presente lavoro, ma è utile richiamare alcuni elementi essenziali:

- Il modello operativo di tipo custodialistico, che finiva per favorire o addirittura causare i processi di esclusione e di emarginazione della persona con problemi psichiatrici, si è trasformato nell'intervento territoriale affidato alle ASL; esse si sono dunque dotate di strutture che operano per la tutela della salute mentale nei vari momenti che caratterizzano il disagio o il disturbo mentale. In questo ambito il Dipartimento di Salute Mentale è l'organizzazione che comprende, coordina ed indirizza tutti i servizi psichiatrici situati nel territorio di una ASL; il Centro di Salute Mentale rappresenta il punto nodale dell'elaborazione e programmazione degli interventi terapeutici – riabilitativi che si realizzano tramite le équipe multidisciplinari.
- L'evoluzione culturale nel campo della salute mentale ha portato a piena condivisione il concetto che occuparsi della complessità psichiatrica significa prendere in considerazione tutti quei fattori biologici, psicologici, sociali, che contribuiscono a determinare ed a mantenere lo stato di sofferenza mentale. In questo senso si afferma che il disturbo psichiatrico viene causato da una serie di fattori negativi (eventi stressanti) che vanno ad

incidere su una situazione di vulnerabilità, di fragilità della persona. L'intervento deve avvenire in contesti diversificati e con operatori con diversa preparazione professionale.

- La famiglia è una risorsa importante per il malato, ma nell'attuale contesto operativo, caratterizzato da una progressiva riduzione della spesa sanitaria, essa rischia di divenire in molti casi anche l'unica risorsa disponibile. Lo stigma sociale condiviso con il congiunto malato, la fatica del caregiving unita allo stress causato dalla complessità dei bisogni del malato, sono oneri sotto il cui peso la famiglia rischia di soccombere. E quando parliamo di famiglia come pilastro della presa in carico dei bisogni delle persone con problemi psichici dobbiamo fare riferimento alla famiglia di oggi, e al particolare contesto evolutivo che la famiglia oggi vive, con tutti i fenomeni di atomizzazione, di isolamento e soprattutto di impoverimento che il modello sociale e la vita quotidiana propongono ogni giorno. Il tema del "Dopo di Noi" è poi stato recentemente affrontato a livello legislativo con tutti i limiti e le incertezze che ogni legislazione nuova presenta.
- Tra l'assistenza della persona con problemi mentali nel proprio ambiente ed il trattamento intensivo che può giungere al ricovero in ospedale, si pongono le strutture psichiatriche che per questo motivo vengono definite "intermedie". Comunità Terapeutiche, Case Famiglia, Gruppi Appartamento, Centri Diurni, offrono assistenza in base alle caratteristiche che la norma descrive per ogni struttura ed in base al grado di autonomia dell'utente. Il sistema delle cliniche è un'ulteriore realtà terapeutica, particolarmente presente nel territorio della Regione Lazio, anche se a volte sembra più la fornitura di una soluzione abitativa (a caro prezzo) che uno dei "gradini" di un continuum terapeutico.

In questo scenario si inserisce la crisi del modello di intervento cooperativo, che merita alcune brevi considerazioni.

Le famiglie, il volontariato, la cooperazione e l'impresa sociale sono stati e continuano ad essere il pilastro principale del welfare all'italiana, quello intorno a cui ha ruotato ed in gran parte ruota la legislazione e l'intervento pubblico sulla materia dei bisogni primari. Ed è possibile affermare che né lo Stato né il mercato sarebbero stati in grado (meno che mai oggi) di realizzare una rete di intervento così capillare e performante.



In questo contesto si ergono una serie di figure sconosciute, di eroi del quotidiano, che nell'arco di un secolo e mezzo hanno dato vita ad un sistema che è partito dal lavoro come strumento di dignità, per arrivare all'abitare come diritto primario e alla cura come mezzo e strumento di riscatto sociale e personale. Mutue, cooperative edilizie solidali, cooperative di produzione e lavoro, comunità di accoglienza e terapeutiche, sono stati e sono il mezzo con cui la società civile ha reagito al bisogno.

Ma negli ultimi trenta anni il clima sociale è profondamente mutato. Il sistema ha perso i suoi punti di riferimento e anche la coesione sociale, che era il vanto delle società europee del welfare state, ne ha fatto le spese e pesantemente

“Per indicare il deterioramento della coesione sociale si parla di broken society. Una parte ampia della società si sente abbandonata, esclusa, senza voce. Dopo una crescita costante della ricchezza, ora ci si rende conto di quanto siano aumentate le disparità economiche e sociali. Gli ultimi anni hanno scavato un fossato nella società che mette seriamente e velocemente in pericolo i benefici accumulati nel lungo periodo di sviluppo precedente. Con i tagli ai bilanci pubblici si sono ridotti in misura drastica i margini per interventi di sostegno nelle aree del bisogno, peraltro sempre più estese. Nelle grandi realtà urbane il sentimento di un tessuto sociale a rischio di disgregazione è una realtà quotidiana. Nelle nostre civilissime città non è più sorprendente assistere ad episodi di discriminazione e violenza che fino a qualche anno fa stigmatizzavamo come spia del degrado sociale delle grandi metropoli americane. La distanza da cui giudicavamo quelle manifestazioni di disagio si è assottigliata sempre di più. Ma il senso di una mancanza di solidarietà è un fenomeno complessivo. La società europea è disorientata e i suoi comportamenti sono diventati sempre più sospettosi, specialmente verso gli immigrati e quanti rappresentano la diversità religiosa e culturale. Le norme sociali e i vincoli culturali mostrano la loro vulnerabilità e non si avverte né un obiettivo comune né un destino condiviso. “Vulnerabilità” è un termine che rende bene l'essenza di questo periodo. Si declina in maniere diverse: precarietà lavorativa, insicurezza economica, spaesamento etico e culturale. Esprime il senso di fragilità che avverte chi si chiude sulla difensiva perché teme di perdere il livello di benessere già raggiunto (o sente di aver ormai perso la propria occasione di raggiungerlo). Vulnerabile è chi ha la sensazione di subire le trasformazioni economiche e lavorative senza alcuna possibilità di indirizzarle o governarle. Dopo



la rinuncia ai grandi ideali di cambiamento, fondati su filosofie della storia e grandi narrazioni collettive, anche il ripiegamento sulla sfera individuale, che ha scandito gli ultimi decenni, non sembra garantire alle persone alcun controllo sul proprio destino. E la corrosione dei legami sociali, che ha progressivamente allentato il tessuto civile, fa esplodere la faccia negativa dell'individualismo. Da quando è cominciata la crisi il numero di suicidi è salito in misura impressionante nei paesi europei colpiti più duramente. ...Questa tremenda contabilità quotidiana mette a nudo il costo di un sistema in cui l'individuo è esaltato contro ogni vincolo di solidarietà sociale, e mostra come nelle situazioni di difficoltà le persone abbandonate a se stesse scoprono di non avere scampo"³. E quegli eroi del quotidiano stanno invecchiando e lasciano il posto a una generazione che è molto diversa per obiettivi, stili di vita e prospettive. Se i operatori degli anni sessanta e settanta erano animati da uno spirito pionieristico e innovativo, quasi rivoluzionario, quelli che oggi si affacciano a questo mondo non sembrano più avere questo tipo di afflato, sembrano più desiderosi di trovare un'occupazione che garantisca un sostentamento che non di "cambiare il mondo", e quindi quell'ideale di sussidiarietà orizzontale, quello stare tra stato e mercato che ha caratterizzato per un secolo la cooperazione sociale oggi mostra segni di stanchezza e di perdita di senso. Se a questo aggiungiamo che i grandi raggruppamenti e i grandi consorzi hanno mostrato tutti i limiti, anche e soprattutto etici, nel mettere in pratica comportamenti che poco hanno a che fare con la tensione ideale della cooperazione, il quadro può essere veramente sconcertante. La cooperazione, anche quella sociale, sembra quindi fallire nel momento in cui ci sarebbero bisogni ancora più urgenti da maneggiare. Che fare quindi? Quali modelli di business possono puntellare questo insostituibile pilastro del nostro welfare? Bisogna secondo noi ripartire dal modello collaborativo, adattato però alle esigenze e alle risorse del terzo millennio. Un modello che si situa ancora una volta tra stato e mercato ma che adegua strutture e comportamenti alla società di oggi, più fluida e rapida nelle decisioni anche se meno profonda nelle tensioni ideali. Un modello che va adeguatamente dimensionato per competere, ma che resti in prossimità dei bisogni laddove emergono e che si caratterizzi per competenze e professionalità di alto livello, che vanno a supplire con la professionalità e la capacità creativa e reattiva del suo capitale umano alla spinta volontaristica che ha fatto grande la precedente generazione.

³ Salvatori G. (2012), *La cooperazione ai tempi della crisi*, Euricse Working Paper, N.037 | 12

Per delineare questo modello si usa normalmente il concetto di RETE, tanto utilizzato dalle compagini rappresentative del volontariato e della cooperazione sociale. Ma anche questa modalità va ricostruita ed adattata al contesto economico e sociale di riferimento altrimenti diventa solo una declinazione ideale che non si concretizza in azione, attività e business.

Gli elementi costitutivi di questo modello di business sono:

- La conoscenza dello scenario all'interno del quale il soggetto imprenditoriale si muoverà. Il concetto di scenario è ampio e comprende diversi livelli o ambiti di conoscenza, i cui principali sono:
 - Lo stato dell'arte ovvero, nel nostro caso, come oggi viene affrontata la problematica del disagio e della patologia mentale, quali siano le metodologie con cui si opera.
 - Quali i soggetti più rappresentativi del mercato di riferimento.
 - Quali gli assetti legislativi e, dunque quale la forma organizzativa che contraddistingue l'ambito di lavoro.
 - Quale siano le patologie più frequenti e chi/quanti siano i soggetti interessati.
- Le persone e le aziende che danno vita al nuovo soggetto o lo rinnovano: gestire la competizione, voler portare all'attenzione del sistema soluzioni operative innovative, sono fattori importanti per il successo di un'iniziativa imprenditoriale, ma prima di analizzare tali fattori è importante che i compagni di viaggio siano quelli giusti. Esperienza, spirito di collaborazione, capacità, competenze diverse, *fiducia*, sono gli elementi chiave dei soggetti partecipanti, che dovranno integrare queste proprie caratteristiche in un soggetto che non sia la sola somma algebrica delle sue componenti di base.
- La scelta dell'assetto giuridico che il nuovo soggetto dovrà assumere.
- I prodotti/servizi offerti: dal valore espresso dai soggetti che si riuniscono, dalla conoscenza dello scenario e delle sue criticità, dalla verifica dell'efficacia delle risposte attualmente date agli utenti, si deve giungere ad ipotizzare risposte specifiche, coerenti, efficaci.

Cercheremo di utilizzare il termine innovazione con la dovuta parsimonia, seppure sarà evidente che alcune iniziative produttive costituiranno un novum rispetto al panorama attuale.

1.1 - Le aziende partecipanti

1.1.1 - GNOSIS

GNOSIS è una cooperativa sociale costituita alla fine degli anni '80 da un gruppo di ricercatori, in ambito clinico e psicosociale afferenti alla facoltà di psicologia dell'università degli studi di Roma "La Sapienza".

L'obiettivo di GNOSIS è offrire risposte articolate e differenziate ai problemi ed ai bisogni di persone con disturbi psichici nell'ottica di interventi mirati alla prevenzione, alla cura, all'assistenza ed al reinserimento sociale. In tale contesto la strategia sviluppata dalla cooperativa è stata quella di predisporre una gamma di servizi strutturati secondo un modello di intervento a filiera con caratteristiche di dinamicità e flessibilità.

La metodologia adottata prevede anzitutto la “presa in carico” effettiva del paziente, l’analisi approfondita dei suoi bisogni e la definizione di un progetto individualizzato che risponda a criteri di flessibilità e che sia finalizzato ad obiettivi verificabili. In tal senso la terapia è considerata come un processo dinamico attraverso il quale, secondo tappe successive e graduali, sia possibile evitare o quantomeno contrastare efficacemente l’instaurarsi di una situazione psicopatologica irreversibile.

L’oggetto specifico sul quale si articola l’attività GNOSIS è costituito dalla prestazione di servizi specialistici nell'ambito delle proprie strutture; in particolare attua la definizione e la realizzazione di Progetti Terapeutico – Riabilitativi, residenziali e semiresidenziali, comprendenti i seguenti interventi:

- Psicoterapeutici, ossia tutto ciò che concerne il lavoro psicologico nelle sue modalità individuali e di gruppo, sia con i pazienti che con le famiglie;
- Medico – sanitari, con particolare riferimento alle terapie psicofarmacologiche avvalendosi, inoltre della consulenza di vari specialisti nell’ambito della medicina generale;

- Psico – sociali che comprendono l'uso delle diverse attività come agente terapeutico, di riabilitazione e di reinserimento sociale sulla base di programmi individualizzati che tengano conto delle caratteristiche cliniche del paziente;
- Formazione e ricerca di metodologie scientifiche sia nell'ambito del trattamento e della riabilitazione che nell'organizzazione aziendale come luogo del reinserimento.

GNOSIS, grazie anche a questi interventi, si pone come trait d'union tra mondo del lavoro e disagio psichico.

L'elemento caratterizzante l'intervento GNOSIS è l'adozione di una metodologia multidisciplinare, basata su un modello di riferimento psicodinamico, che permette di affrontare il disagio psichico come un sistema complesso all'interno del quale interagiscono diversi sottosistemi. In questo senso il termine Terapia comprende tutta una serie di interventi: psicoterapeutico, psicosociale, formativo e di inserimento lavorativo che acquistano la loro valenza terapeutica attraverso un processo di reciprocità in grado di dare una validità al progetto di intervento generale.

A livello tecnico GNOSIS prevede l'utilizzo di interventi terapeutico – riabilitativi, di tipo residenziale e semi - residenziale, di formazione professionale e di reinserimento lavorativo, secondo un approccio interdisciplinare che vede impegnati psicoterapeuti, psicologi, psichiatri, educatori, infermieri e personale non sanitario.

Il modello operativo GNOSIS si struttura all'interno di quattro aree di intervento corrispondenti alle diverse fasi del Progetto Terapeutico - Riabilitativo:

- 1) Inserimento/Accoglienza.** L'obiettivo di questa fase è quello di verificare l'idoneità del soggetto rispetto al contesto comunitario e di acquisire gli elementi necessari per la formulazione di un Progetto Terapeutico-Riabilitativo personalizzato.
- 2) Terapia/riabilitazione.** Prevede l'effettivo inserimento in Comunità residenziale o diurna: l'intervento terapeutico, inizialmente, è incentrato sul setting comunitario che assume la valenza terapeutica di un vero e proprio contesto familiare nuovo in cui il soggetto, attraverso l'identificazione con le varie figure professionali presenti, ha la possibilità di

ristrutturare i precedenti modelli interiorizzati e di stabilire relazioni interpersonali positive e gratificanti.

3) Formazione professionale ed addestramento al lavoro. In questa fase prevale l'aspetto formativo professionale per cui la didattica costituisce il momento saliente della giornata. Le attività sono, perlopiù, simulazioni di attività lavorative reali che consentono sia una verifica del grado di autonomia/responsabilizzazione raggiunto sia del livello di addestramento formativo conseguito. L'utente vedrà strutturarsi il proprio orario di lavoro secondo i parametri "professionali" legati alla dimensione aziendale, con l'obiettivo di promuovere una sempre maggiore autonomia nella gestione del suo lavoro. In questa fase l'utente è supportato da un'adeguata formazione professionale in itinere, gestita sia all'interno della struttura sia attraverso tirocini svolti presso sedi esterne, al fine di consentire una verifica del grado di reintegrazione sociale raggiunto.

4) Orientamento e Tutoring. L'orientamento rappresenta la fase cruciale di tutto il processo riabilitativo in quanto ci si trova di fronte alla richiesta di una sintesi finale tra i desideri del soggetto e le sue effettive potenzialità rispetto alle opportunità di reinserimento lavorativo. La funzione di tutoring prevede la presenza, costante e diluita nel tempo, di operatori che seguono il processo di ambientamento dell'utente nel lavoro, con il duplice compito di sostenere l'individuo e di mediare tutte le eventuali dinamiche che possono presentarsi nella relazione tra utenti ed esterni.

A sostegno dell'iter riabilitativo sopra descritto, GNOSIS svolge le seguenti azioni "trasversali":

- Intervento sulle famiglie: Lavoro di informazione e di supporto psicologico rispetto alle caratteristiche del disagio psicosociale ed alle aspettative della famiglia: terapia familiare e terapia di gruppo multifamiliare.
- Intervento sul territorio: Informazione e coinvolgimento attivo delle realtà sociali più direttamente interessate dalla presenza della struttura comunitaria, al fine di favorire l'interazione e l'integrazione tra utenti e territorio: coinvolgimento delle agenzie sociali, gruppi di volontariato, strutture sportive, culturali, ecc.

- Integrazione con le strutture pubbliche. La realizzazione del Progetto Terapeutico - Riabilitativo prevede una collaborazione fattiva con il Servizio Pubblico, sia per quanto attiene la strutturazione dei singoli progetti sia per quanto riguarda una funzione di orientamento, monitoraggio e valutazione globale dell'intervento.

I servizi terapeutico riabilitativi offerti dalla Cooperativa sono aperti sia ai Servizi Pubblici, Aziende Sanitarie Locali ed Enti Locali, sia al mercato privato mentre gli interventi di Formazione e quelli più orientati all'inserimento lavorativo sono rivolti anche alle cooperative sociali ed al mondo dell'associazionismo.

La cooperativa è dotata di due Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (comunità terapeutiche), localizzate a Marino, in grado di ospitare complessivamente 30 utenti e di un Centro Diurno Socio Riabilitativo, localizzato a Roma, predisposto per l'accoglienza di 12 utenti.

La prima struttura, in grado accogliere 10 utenti, si rivolge a persone molto giovani (di età compresa fra i 18 e 30 anni) con un quadro psicopatologico in fase di esordio.

La seconda è destinata a persone in età adulta con patologie conclamate di tipo psicotico. Il centro Diurno Socio Riabilitativo è adibito invece ad attività di reinserimento sociale di utenti in uscita dalle strutture residenziali GNOSIS o inviate dai Servizi Territoriali; il Centro Diurno ha ottenuto l'accreditamento istituzionale ma, a causa della scarsità di risorse economiche dei Servizi Territoriali preposti delle ASL (DSM) ed in assenza della definizione di una specifico budget regionale è attualmente in attesa di avviare le proprie attività.

La cooperativa nel 2012 ha ottenuto la Certificazione di Qualità ISO:9001:2008 per l'attività di progettazione ed erogazione di servizi socio sanitari ed assistenziali terapeutico riabilitativi rivolti a giovani utenti ed adulti con patologie psichiatriche in regime residenziale. Nel mese di Marzo 2013 i due progetti residenziali ed il Centro Diurno hanno ottenuto il Decreto di accreditamento istituzionale definitivo da parte della Regione Lazio.

Coerentemente con l'impostazione metodologica adottata, la cooperativa ha condotto progetti sperimentali con l'obiettivo di sviluppare nuove metodologie in grado di garantire alla persona un percorso di reinserimento sociale attraverso il lavoro. In particolare, la cooperativa GNOSIS ha gestito dal 1997 ad oggi, in proprio e/o in partnership, progetti di formazione professionale

finalizzata all'inserimento nel mondo del lavoro rivolta sia ad utenti con disagio psichico che a persone impegnate nelle professioni di aiuto. Di seguito si riportano alcune esperienze significative condotte dalla cooperativa su queste tematiche.

“Laboratorio di Transizione” è un progetto svolto in collaborazione con la Azienda Sanitaria Locale – Roma H, con il Dipartimento di Salute Mentale, il Consorzio SolCo Roma e la Fondazione Fatebenefratelli. Il progetto ha consentito lo sviluppo di un programma clinico didattico formativo in grado di preparare gli utenti al reinserimento nel mondo del lavoro, attraverso l'uso di nuove tecnologie ed in particolare di tecnologie informatiche. Il progetto ha avuto una durata di 4 anni ed ha visto il coinvolgimento di circa 30 utenti, 18 dei quali inseriti nel mondo del lavoro.

GNOSIS ha inoltre promosso la costituzione di due cooperative sociali di tipo B ai sensi della legge 381/90 (produzione e lavoro) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate: la “Gnosis Editing Service”, che opera nel settore stampa ed editoria, e la cooperativa “Informare”, che offre servizi informatici e di data entry. In queste realtà aziendali trovano oggi occupazione circa 15 persone che sono uscite dal circuito assistenziale ed hanno assunto l'identità di lavoratore con notevole beneficio per la propria situazione clinica, come dimostra l'assenza di nuovi trattamenti e un sostanziale miglioramento complessivo della qualità di vita.

A livello territoriale sono attive collaborazioni e processi di rete con associazioni nazionali, regionali e locali.

Gnosis è socio fondatore e componente del direttivo delle seguenti organizzazioni:

AIRSaM (Associazione Italiana Residenze Salute Mentale, promossa da un gruppo di ricercatori dell'istituto Mario Negri di Milano), FederazioneSanità Confcooperative (Federazione nazionale, con articolazioni regionali, che raggruppa cooperative operanti in ambito medico, farmaceutico, sanitario e socio sanitario), FENASCOP (Federazione nazionale e regionale di Strutture Comunitarie Psico Socio terapeutiche), Associazione territoriale Novagorà (composta da associazioni e realtà del terzo settore coinvolte in processi di sviluppo locale partecipato), Consulta Handicap Comune di Marino.

Gnosis è socio di Confcooperative Lazio, SIRP (società italiana di riabilitazione psicosociale), Consorzio di solidarietà "Solco Roma", Forum del Terzo Settore Regione Lazio.



Inoltre Gnosis è componente della Consulta Salute Mentale della ASL RM H e del tavolo tecnico per l'applicazione della Legge 328/2000 sull'integrazione socio sanitaria coordinato dal Distretto Socio Sanitario RM H3.

Ha collaborazioni attive, tramite protocolli di intesa e convenzioni, con UNITRE (Università delle Tre Età).

Ha inoltre convenzioni attive con la Facoltà di psicologia Università degli Studi di Roma "La Sapienza", con la LUMSA Libera Università Maria Santissima Assunta e con Scuole di Specializzazione post Universitarie, riconosciute dal MIUR, in psicoterapia.

La struttura organizzativa della GNOSIS è a matrice con responsabilità funzionali e di progetto. Tale modello organizzativo assicura il raggiungimento degli obiettivi garantendo esperienza tecnica/professionalità ed innovazione, elementi questi essenziali per gestire al meglio e con qualità i servizi ed i programmi rivolti ad utenti con patologie psichiatriche che, per loro natura, sono attivatori di vissuti negativi e di cronicità.

Le professionalità impiegate all'interno dei progetti GNOSIS sono di livello medio alto e specialistico a seconda delle aree in cui sono impiegate. L'attività clinica e di riabilitazione è svolta da personale qualificato e per la maggior parte in possesso del diploma di Laurea in psicologia clinica, con specializzazione in psicoterapia, ed in medicina con specializzazione in psichiatria. Sono inoltre presenti figure tecniche in possesso di laurea triennale (educatore professionale e psicologo junior), infermieri professionali, ed Operatori socio sanitari. Ciascun progetto è diretto da un responsabile Clinico di progetto che si interfaccia con il responsabile Clinico dei progetti de La Castelluccia e con la direzione generale.

1.1.2 - Operatori Sanitari Associati Società Cooperativa

Cenni storici

La Cooperativa Sociale e di Lavoro OSA - Operatori Sanitari Associati - è stata costituita a Roma nel 1985 su iniziativa di un gruppo di medici, psicologi e assistenti sociali. La Cooperativa ha come scopi la ricerca, l'informazione, la prevenzione e l'assistenza nel campo socio-sanitario, indirizzate principalmente alle persone non autosufficienti, comprese tutte le forme di emarginazione sociale.

L'attività della Cooperativa ha avuto inizio con un programma sperimentale di assistenza domiciliare integrata alle persone affette da AIDS sul territorio del Comune di Roma, in collaborazione con gli enti locali e le autorità sanitarie.

Dal 1985 sono state sviluppate sempre maggiori competenze con una conseguente diversificazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari erogati, maturando esperienze e momenti di confronto che hanno consentito di inserire nella compagine sociale un numero crescente di soci lavoratori ma soprattutto una significativa molteplicità di competenze.

In considerazione dell'evoluzione degli scenari operativi e dei progetti avviati, tenendo conto della possibilità di acquisire nuove e significative opportunità di sviluppo sia in Italia che all'estero, si è proceduto alla realizzazione di un modello organizzativo che consente:

- La definizione e costituzione di aree operative sempre più specializzate;
- La definizione precisa di ruoli, compiti e funzioni;
- La responsabilizzazione delle funzioni direttive;
- La definizione del sistema di controllo e verifica;
- Il massimo coinvolgimento dei diversi ruoli previsti nelle decisioni strategiche;
- La programmazione e la definizione degli obiettivi futuri.

I Valori

Nello statuto e nei documenti sociali di OSA sono enunciati i principi di ispirazione e le finalità a cui tende la Cooperativa:

“La Cooperativa si propone di svolgere in modo organizzato e senza fini di lucro attività finalizzate alla promozione umana, morale, culturale, di formazione professionale, nonché alla prevenzione e cura dei fenomeni di disabilità e disagio e all’inserimento sociale e lavorativo di persone socialmente svantaggiate (...). La Cooperativa intende realizzare i propri scopi sociali svolgendo un’attività di gestione di servizi socio-sanitari ed educativi (...) orientati in via prioritaria, ma non esclusiva, alla risposta dei bisogni di persone con handicap psico-fisico o psichico, ad azioni e a situazioni relative a disagio sociale in età minorile (...)”. Le modalità con cui OSA realizza il suo scopo sociale sono effettuate:

1. In sinergia con il Sistema Sanitario, per sviluppare forme di integrazione tra il servizio pubblico e quello privato con progetti finalizzati all’efficacia e all’efficienza della spesa sanitaria in Italia;
2. Nelle case delle persone, per assistere e curare, applicando modelli innovativi di assistenza domiciliare sanitaria, sociale ed integrata;
3. In ambienti socio-sanitari, per gestire servizi sanitari e sociali in ospedale, residenze sanitarie assistenziali (RSA), case albergo per anziani, case protette, ecc.

Le modalità primarie con cui OSA opera sul territorio sono 5:

1. Assistenza domiciliare integrata;
2. *Outsourcing* nei servizi infermieristici e di assistenza alla persona in ambito ospedaliero con gestione di intere unità operative e reparti;
3. Gestione integrata di servizi assistenziali, sanitari e alberghieri all’interno di istituti di ricovero e degenza pubblici e privati;
4. Attività socio-assistenziali;
5. Assistenza sanitaria riabilitativa.

Per tutte le attività svolte la Cooperativa OSA mantiene un Sistema di Gestione Qualità certificato ISO 9001:2008, nel 2010 ha ottenuto anche la certificazione del Sistema di Gestione della salute e sicurezza sul lavoro in base alla norma BS OHSAS 18001-2007 e dal 2013 la certificazione del Sistema di Gestione ambientale secondo la norma ISO 14001.

La Cooperativa ha diverse sedi in diverse regioni italiane. La sede centrale della Cooperativa è a Roma in via Lucio Volumnio 1, in zona Appia Antica, mentre la Direzione Sanitaria, l'ufficio del Personale e il Servizio di Prevenzione e Protezione con annesso ambulatorio specialistico si trovano in via Vallerotonda 7 a Roma dove sono operative anche le direzioni delle Divisioni ADI e Sociale. Nella sede di via Appia Pignatelli 415, sono presenti gli uffici del Servizio Formazione Aziendale e l'ufficio Qualità.

Altre 20 sedi sono dislocate nel Lazio, in Abruzzo, in Lombardia, in Basilicata, in Puglia ed in Sicilia

I Servizi gestiti da OSA

La Cooperativa gestisce:

- Servizi di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** (infermieristica, riabilitativa e sociale): rivolta agli anziani e alle persone non autosufficienti o affette da particolari patologie che necessitano di livelli assistenziali avanzati e di tecnologia a domicilio.
- **Gestione di servizi ospedalieri:** gestione di efficaci modelli gestionali per i servizi infermieristici e ausiliari in interi reparti ospedalieri e unità operative complesse di importanti Aziende ospedaliere.
- **Gestioni integrate:** gestione completa di strutture residenziali per anziani, gestione di comunità terapeutiche per pazienti psichiatrici, di residenze sanitarie assistenziali (RSA) e di residenze socio-sanitarie assistenziali (RSSA).
- **Attività Sociali e Socio-Assistenziali:** rivolte alle famiglie disagiate, ai minori, anziani e persone con disabilità.

- **Assistenza sanitaria riabilitativa:** il servizio di riabilitazione consiste in tutte quelle attività di recupero e rieducazione funzionale realizzate attraverso un trattamento globale della condizione di disabilità.

Oggi OSA è in grado di offrire una serie completa di servizi nell'ambito dell'assistenza primaria, in favore di circa 40.000 pazienti, grazie a 2.972 lavoratori che nel corso dell'anno 2015 hanno effettuato circa 1.820.000 accessi.

La cooperativa attualmente opera in diversi settori, cui sono preposte, in termini organizzativi e gestionali, cinque Divisioni aziendali, istituite come risposta alla crescente complessità dei sistemi organizzativi sanitari locali e regionali, ovvero per garantire la corretta gestione dei servizi che OSA eroga in diverse parti d'Italia.

Si tratta di gruppi di lavoro strutturati e caratterizzati dalla chiara attribuzione di responsabilità alle figure di riferimento, che nel caso della Direzione ADI sono il Direttore e due Vice Direttori.

In particolare, la Direzione di Divisione riceve e attua gli indirizzi ricevuti dalla Direzione Generale, ma è anche incaricata di garantire la corretta esecuzione delle attività previste nelle molteplici commesse di ADI affidate alla cooperativa. In questo ambito, assolve a funzioni commerciali nei rapporti con gli Enti Committenti ed interloquisce con i Referenti degli appalti per la definizione di obiettivi di miglioramento organizzativo e qualitativo della Divisione. La Divisione ADI opera in stretto raccordo con la Direzione Sanitaria, in questo modo favorendo la più efficace e professionale gestione dei rapporti con il personale impegnato.

Concretamente, la cooperativa Operatori Sanitari Associati ad oggi è impegnata in 32 servizi, che sono elencati nello schema seguente ed a cui si aggiungono le attività assistenziali erogate in forma privata.

Servizi attualmente gestiti dalla Cooperativa OSA				
Divisione ADI	Divisione Outsourcing	Divisione Gestioni integrate	Divisione Attività socioassistenziali	Divisione Assistenza sanitaria riabilitativa
ASL Roma F	Policlinico Umberto I	Fondazione Padre	Comune di Roma (Assistenza domiciliare)	ASL RM B

	(Rm)	Alberto Mileno (Ass. Infermieristica, centri di riabilitazione, residenze psichiatriche)	a persone affette da AIDS)	(Servizio ambulatoriale Via L. Taldi 37 Roma)
ASL Roma E	Ospedale Sant'Andrea (Rm)	ASL RM E (Case di riposo Rm 1 e RM 3, prestazioni infermieristiche h 24)	Comune di Frosinone (Assistenza domiciliare – Centro sociale anziani – Centro sociale integrato per minori e disabili – Gruppo appartamento per minori)	ASL RM B (Centro diurno Via Q. Maiorana 145 Roma)
ASL Roma D	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Rm)	ASL FG (Comunità terapeutiche per malati psichiatrici, servizi infermieristici e socioassistenziali)	Distretto Sociale B della Provincia di Frosinone (Centro per la famiglia/mediazione familiare)	ASL RM B (Servizio di assistenza domiciliare)
ASL di Foggia		RSA Bellagio (Co) (Gestione RSA)	LazioDISU Università La Sapienza (Assistenza integrativa a studenti universitari disabili gravi)	
ASL di Latina		RSSA Villa Bianca di Mesagne (BR) (Attività socio assistenziale per anziani, ex art. 66 L.R. Puglia 19/2006)	Comune di Roma Municipi V e VII Servizio assistenza domiciliare ad anziani e Servizio assistenza domiciliare a disabili	
ASL Roma G		RSSA Casa Melissa di Mesagne (BR) (Attività socio assistenziale per disabili, ex art. 58 L.R. Puglia 19/2006)	Comune di Roma Municipio VI (Servizio di Dimissioni protette)	

ASL de L'Aquila			Distretto di Aprilia (Lt) (Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ADI-PUA)	
ASP di Palermo			Distretto di Aprilia (Lt) (Assistenza domiciliare con voucher)	
ASP di Caltanissetta			LUISS (Servizio di accompagnamento per studenti disabili)	
ASP di Agrigento				
ASL di Cremona (accreditamento)				

La Divisione Servizi sanitari verso privati è in grado di offrire la presa in carico globale della persona attraverso una forma di assistenza personalizzata, comprensiva di molti diversi servizi a domicilio, che sono identificati nel marchio MaiSoli. Nel corso del 2015 sono stati 240 i pazienti che si sono rivolti a questo servizio.

Per assicurare agli Enti Committenti, ai propri assistiti ed ai lavoratori il congruo livello di attenzione ed efficienza gestionale, la Cooperativa si è dotata di un sistema di Governance articolato in:

- ✓ Direzione Generale, che si occupa del coordinamento generale delle attività aziendali, del modello organizzativo generale e della verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati, delle diverse Divisioni, proponendo eventuali azioni correttive.
- ✓ Direzione Sanitaria, che sovrintende l'erogazione delle attività in collaborazione con il Direttore di Divisione e con i Coordinatori dei servizi, allo scopo di rendere operativa la progettazione; in OSA la Direzione Sanitaria è inoltre incaricata dell'interlocuzione con le Direzioni Sanitarie degli Enti Committenti, delle attività di Ricerca (incluse analisi statistiche e sociologiche che vengono elaborate da un ufficio apposito) della gestione dei flussi informativi in collaborazione con la Direzione ICT; le attività formative in favore del

personale della cooperativa sono oggetto di previsione e programmazione da parte della Direzione Sanitaria, che in tal senso interagisce con il provider nazionale ECM HCTraining; anche l'Ufficio Reclutamento è incardinato nella Direzione Sanitaria, che identifica periodicamente il fabbisogno di nuovo personale.

- ✓ Direzione Amministrativa,
- ✓ Direzione Commerciale,
- ✓ Direzione del Personale,
- ✓ Direzione ICT, a cui è demandato lo sviluppo di software ed applicativi gestionali per i servizi

Per le finalità del presente documento è utile dedicare alcune righe al **Marchio "MaiSoli"**: con questo marchio la Cooperativa si propone al mercato dell'assistenza domiciliare integrata come risposta concreta all'evoluzione del sistema sanitario ed alle sfide che caratterizzano i decenni in cui viviamo; l'obiettivo è la presa in carico completa della persona attraverso una forma di assistenza personalizzata e comprensiva di una moltitudine di servizi a domicilio. Tra le caratteristiche peculiari di MaiSoli vi è:

- ✓ Costante empowerment organizzativo;
- ✓ Coordinazione della multidisciplinarietà;
- ✓ Supervisione dedicata per ogni ambito di servizio;
- ✓ Assoluta personalizzazione del rapporto con l'utente.

Il servizio è su tutto il territorio del Comune e parte della Provincia di Roma. Consiste in una presa in carico totale della persona che prende vita a partire dalla prima comunicazione di intervento. Dopo la segnalazione tramite un apposito numero verde, la Centrale Operativa procede ad una prima analisi telefonica dei bisogni dell'utente, avviando immediatamente la stesura di un pacchetto di intervento che può coinvolgere diversi attori. A seconda delle esigenze e delle prescrizioni mediche, infatti, può essere inviato a domicilio del richiedente un medico specialista,

che effettua una prima valutazione. Qualora dalla prima comunicazione non dovessero emergere criticità di tipo medico, è il Care Manager che pianifica l'intervento in base alle esigenze dell'utente e dei suoi familiari. Il Care Manager è una nuova figura, introdotta dal 2013, che ha lo scopo di essere un punto di riferimento del familiare e del paziente durante tutto il percorso terapeutico ed assistenziale.

A questo punto prende forma il Piano di Assistenza Individuale (PAI), formulato dall'*equipe* multidisciplinare, il cui fine è far fronte alle esigenze socio-sanitarie dell'assistito e della sua famiglia e attivare la strategia migliore per coprire le necessità dei singoli casi.



La formulazione del programma di attività assistenziali e/o terapeutiche e riabilitative è la trasposizione del PAI in una calendarizzazione degli interventi, l'immissione del PAI e dei dati operativi in un software gestionale che contribuisce in modo sostanziale al monitoraggio delle attività svolte. Il personale assistenziale è selezionato in collaborazione con l'Ufficio reclutamento della cooperativa OSA, a seguito dello screening dei circa tremila Cv che giungono in azienda ogni anno.

La Cooperativa OSA, come detto, ha una storia ormai ultratrentennale e molteplici esperienze in campo sanitario; la continua crescita strutturale ha richiesto nel tempo alcuni adeguamenti del modello organizzativo e la ricerca di una sempre maggiore specializzazione delle funzioni organizzative. A tale scopo è stata promossa una strategia che ha cagionato la nascita di alcune nuove aziende, specializzate nella gestione ed assolvimento di funzioni di grande importanza.

Ne è nato un network di imprese che oggi sono indipendenti dal punto di vista funzionale e giuridico, pur mantenendo uno stretto legame con l'azienda "madre"; nella tabella che segue sono sinteticamente descritte le aziende che compongono il network OSA:

Azienda	Descrizione
---------	-------------

	<p>La PPONE è l'azienda che si occupa dello sviluppo di software ed applicativi gestionali per la sanità. Si deve a quest'azienda l'ideazione di uno dei più avanzati prodotti informatici ideati in Italia, il Sistema Gestionale WebAdi®, che ha ricevuto il premio per l'innovazione tecnologica in sanità allo SMAU di Roma tenutosi a maggio 2010 ed è stato finalista allo SMAU a Milano di novembre 2010. PPONE cura il costante aggiornamento e la customizzazione dei sistemi informatici che OSA utilizza nell'ambito delle molteplici commesse in esecuzione.</p>
	<p>Iuvenes è la cooperativa sociale e di inserimento lavorativo (tipo A e B) che si occupa di servizi di logistica, manutenzione e vendita di attrezzature da ufficio.</p>
	<p>HC Training S.r.l. si occupa di progettazione, organizzazione e realizzazione di percorsi ed eventi formativi e di orientamento rivolti a professionisti dell'ambito sanitario. È accreditata presso la Regione Lazio come società erogatrice di attività di formazione e orientamento, è Provider Nazionale ECM n. 704 per la Formazione Continua in Medicina ed è certificata Uni En ISO 9001:2008 (settore EA 37).</p>
	<p>Sicurjob offre la propria consulenza per garantire il corretto adempimento di tutti gli obblighi normativi in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. In tale ambito, per conto delle aziende clienti esegue tutti i servizi necessari, fa valutazione dei rischi e corsi di formazione per lavoratori presso la sede aziendale con personale esperto in tecniche di comunicazione.</p>

 <p>MARKETING & COMUNICAZIONE</p>	<p>Mito Group lavora nel campo del Marketing e comunicazione, con un ampio ventaglio di servizi che comprendono anche l'organizzazione di eventi e la gestione delle pubbliche relazioni. Dallo sviluppo del portale web allo studio e realizzazione delle iniziative pubblicitarie, Mito Group è in grado di assecondare le strategie aziendali con competenza e professionalità.</p>
 <p><i>AB Consulting 2006 s.r.l.</i></p>	<p>AB Consulting 2006 S.r.l. è una società di elaborazione dati, che fornisce consulenza amministrativa e contabile.</p>

1.1.3 La Castelluccia S.c.a r.l.

La Castelluccia S.c. a r.l. è una Cooperativa Sociale costituita nel 2000 nata per valorizzare l'esperienza acquisita nel tempo da un gruppo di professionisti impegnati nello sviluppo e nella realizzazione di programmi terapeutico - riabilitativi di Comunità, residenziali e diurni, rivolti ad utenti con patologie psichiatriche.

La maggior parte del corpo sociale della Castelluccia è costituito da professionisti con laurea in psicologia che hanno conseguito la specializzazione in psicoterapia o che stanno ultimando la propria formazione specifica.

Il mandato sociale e professionale a cui rispondono i soci della cooperativa sociale La Castelluccia è quello di affrontare la problematica legata alla malattia mentale con un approccio integrato e multidisciplinare che considera la "persona" nella sua interezza, rispettandone l'individualità.

In particolare l'intervento è orientato verso lo studio e l'applicazione di metodologie innovative in grado di garantire la più alta possibilità di reinserimento sia sul piano sociale che lavorativo e in particolare di giovani utenti psichiatrici le cui condizioni psicopatologiche non presentino un decorso processuale già definitivamente strutturato.

L'attività della cooperativa si concretizza nella gestione di due Comunità Terapeutico - Riabilitative residenziali denominata "Gnosis Castelluccia" e "La Grande Montagna" entrambe ubicate nel Comune di Marino – RM - in Via Boville n. 1, affidate, con opportuno contratto, dalla Gnosis.

La prima accoglie 20 utenti con patologie psichiatriche conclamate e per i quali si sono rivelati insufficienti altri tipi di interventi come quello ambulatoriale e/o domiciliare; il programma terapeutico - riabilitativo risponde quindi ai bisogni di una fascia d'utenza prevalente nel settore psichiatrico, che - nonostante la giovane età - è ad alto rischio di cronicizzazione tale da richiedere interventi di medio lungo periodo caratterizzati da un discreto livello di complessità al fine di recuperare e mantenere le risorse psichiche e cognitive presenti ed implementare i livelli di autonomia primaria e secondaria oltre ad individuare, unitamente alle famiglie ed ai Servizi Inviati, una possibile progettualità futura.

La seconda Comunità si rivolge invece a 10 utenti, giovani di età compresa tra i 18 ed i 30, in fase di esordio della psicopatologia e con buone risorse sia psichiche che cognitive e per i quali l'intervento terapeutico riabilitativo rappresenta una reale possibilità di guarigione sintomatologica e di reinserimento nel mondo del lavoro anche attraverso percorsi di formazione professionale mirata.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati specifici programmi di intervento rivolti sia all'utenza in uscita dalle strutture comunitarie che alle famiglie; in maniera particolare sono stati attivati progetti di:

- Residenzialità decentrata e di appartamenti autonomi finalizzati a sostenere gli utenti nella difficile fase del dopo Comunità. Questa fase è infatti particolarmente delicata dal momento che l'utente passa da una situazione altamente protetta ad una in cui deve iniziare a sperimentare le abilità e le autonomie acquisite durante il percorso di cura e necessita comunque di un sostegno, seppur parziale, da parte di operatori qualificati. La scarsità di strutture intermedie a bassa intensità assistenziale, come gruppi appartamenti e/o case famiglie, e la difficoltà delle famiglie di organizzarsi autonomamente rende molto complessa la fase successiva alle dimissioni esponendo le persone a fenomeni regressivi e/o a riacutizzazione dei sintomi che richiedono nuovi ricoveri ed interventi sanitari ed alimentano il fenomeno della cosiddetta "porta girevole" ovvero ricoveri continui e passaggi da una struttura sanitaria ad un'altra che, nel caso della patologia psichiatrica, equivale a cronicizzazione ed istituzionalizzazione.
- In collegamento con la residenzialità decentrata e con i gruppi appartamento ma anche a livello territoriale, è stato attivato un progetto di assistenza domiciliare integrata che ha rappresentato un modello innovativo di trattamento per il disagio psichiatrico. In tal senso sono stati realizzati programmi individualizzati di assistenza domiciliare integrata che hanno assunto un carattere sperimentale, in quanto la modalità di intervento si distanzia da una metodologia puramente assistenzialistica, e tenta di costruire percorsi individualizzati, calibrati in base al quadro psicodiagnostico, alle risorse personali e familiari presenti, nell'ottica di una stimolazione delle abilità sociali e di livelli sempre maggiori di

autonomia, che possano condurre il paziente ad un eventuale reinserimento sociale e/o lavorativo.

Tali motivazioni ed intenti si sono inseriti in un quadro attuale dei servizi che, nonostante la disponibilità di una discreta gamma di offerte quali, per esempio, Comunità Terapeutiche, Centri Diurni, ecc., denota una carenza nei servizi alla “persona” che si caratterizzano per maggiore flessibilità e costruzione di percorsi legati alla storia individuale ed ai bisogni specifici.

A livello operativo, si è considerata l’area degli interventi psicosociali che ha presupposto azioni svolte nell’ambiente di vita dell’utente (abitazione autonoma, famiglia, ambiente sociale) facilitando i processi di integrazione e familiarizzazione con le agenzie a questo deputate: centri di aggregazione, di formazione culturale e professionale, attività ricreative e così via.

- Attivazione di Tirocini formativi e di lavoro rivolti sia ad utenti con patologie psichiatriche che a giovani professionisti motivati ad approfondire le proprie conoscenze specifiche ed a misurarsi con l’applicazione sul campo e la traduzione operativa dei concetti teorici e delle metodologie di intervento apprese nel corso degli studi universitari.
- Attivazione di un Centro di Ascolto rivolto al territorio e programmazione di interventi di aiuto alle famiglie. La finalità principale è stata quella di offrire un accoglienza ed un primo ascolto alle diverse forme di disagio e di sofferenza dei cittadini, svolgere un’azione di informazione e di orientamento rispetto alle offerte del Servizio Pubblico ed ai possibili punti di riferimento istituzionali, effettuare un’attenta analisi della domanda e pianificare ed organizzare una possibile risposta individualizzata. Il Centro di Ascolto è stato attivato in collaborazione con il comitato di quartiere e con l’oratorio della vicina parrocchia, in quanto unici punti di riferimento all’interno della realtà locale dove insiste la nostra cooperativa, ma è stata svolta anche un’azione di coinvolgimento delle altre forme di associazionismo locale.
- Cicli di Seminari ed incontri tematici su argomenti inerenti il concetto di salute, di salute mentale, di Comunità Locale integrata e partecipata, di sviluppo locale sostenibile, di problematiche adolescenziali, di genitorialità ed altre ancora.

A livello territoriale sono attive collaborazioni e processi di rete con associazioni regionali e locali. La Castelluccia aderisce a Confcooperative Lazio e fa sinergia con altre cooperative sociali che si occupano di salute mentale, integrazione sociale e reinserimento lavorativo di **persone appartenenti a** fasce svantaggiate. E' inserita nella rete di cooperative sociali che **aderiscono a FederazioneSanità**, FENASCOP (Federazione nazionale e regionale di Strutture Comunitarie Psico Socioterapeutiche), Associazione territoriale Novagorà (composta da associazioni e realtà del terzo settore coinvolte in processi di sviluppo locale partecipato), Consulta Handicap Comune di Marino.

La Castelluccia è socio del Consorzio di solidarietà "Solco Roma".

E' inoltre componente della Consulta Salute Mentale della ASL RM H e del tavolo tecnico per l'applicazione della Legge 328/2000 sull'integrazione socio sanitaria coordinato dal Distretto Socio Sanitario RM H3.

La struttura organizzativa della Cooperativa Castelluccia è a matrice con responsabilità funzionali e di progetto. Tale modello organizzativo assicura il raggiungimento degli obiettivi garantendo esperienza tecnica/professionalità ed innovazione, elementi questi essenziali per gestire al meglio e con qualità i servizi ed i programmi rivolti ad utenti con patologie psichiatriche che, per loro natura, sono attivatori di vissuti negativi e di cronicità.

Le professionalità impiegate all'interno dei progetti (strutture residenziali, assistenza domiciliare, residenzialità decentrata) sono di livello medio alto e specialistico a seconda delle aree in cui sono impiegate. L'attività clinica e di riabilitazione è svolta da personale qualificato e per la maggior parte in possesso del diploma di Laurea in psicologia clinica, con specializzazione in psicoterapia, ed in medicina con specializzazione in psichiatria. Sono inoltre presenti figure tecniche in possesso di laurea triennale (educatore professionale e psicologo junior), infermieri professionali, ed Operatori socio sanitari.

Ciascun progetto è diretto da un responsabile Clinico di progetto che si interfaccia con il responsabile Clinico dei progetti GNOSIS, affidataria dei servizi terapeutico riabilitativi individuali, e con la direzione.

1.2 L'ipotesi alla base del modello

Le tre cooperative, come abbiamo visto, sono di estrazione e dimensione differente, ed hanno già collaborato a diverse attività di studio e di ricerca oltre che operative. Sono nello stesso gruppo di rappresentanza e i suoi referenti si incontrano regolarmente per scambiare pareri ed esperienze. La cooperativa OSA è particolarmente attiva nei servizi di prossimità ed in quelli di assistenza primaria, ha consolidato partnership ed accordi con MMG e Farmacie⁴ oltre che rapporti consolidati di servizio con ASL e Ospedali. Rappresenta un operatore di grandi dimensioni (95 milioni di euro di fatturato) ed è presente in 6 regioni italiane. Le cooperative Gnosis e Castelluccia sono invece di dimensioni più contenute ma presentano un know how specifico nel settore della riabilitazione psichica e psico sociale, nelle quali possono essere definite un'eccellenza per competenze, sperimentazioni, ricerche e efficacia degli interventi. Gli ambiti territoriali sono complementari così come le competenze specifiche.

L'idea di base è quella di creare una nuova area di business comune da svolgere in collaborazione tra i tre soggetti (ampliando la compagine ove ritenuto utile e necessario) in cui far confluire le competenze distintive dei partecipanti in attività comuni ma mantenendo ciascuno la propria autonomia negli ambiti di attività non coinvolti. Obiettivo strategico dell'attività sarà quello di creare e gestire al meglio nuove attività rivolte al mercato privato. Pur in presenza di un forte intervento della mano pubblica esistono spazi che nessuno riesce a presidiare ed intercettare nell'ambito del disagio psichico e psico sociale ed è in questo spazio che si può determinare una nuova stagione di intervento del privato sociale che immette sul mercato i risultati delle sue sperimentazioni e delle sue esperienze, che possono diventare fruibili da una platea più vasta dell'attuale e a condizioni di sostenibilità per gli utenti.

1.3 - L'assetto giuridico: il contratto di rete

Le aziende intendono vincolarsi all'esecuzione del programma di attività siglando un contratto di rete.

L'istituto del contratto di rete tra imprese è stato introdotto nell'ordinamento giuridico dalla L. 9 aprile 2009, n. 33, di conversione del D.L. 10 febbraio 2009 n. 5. La formulazione normativa iniziale risultava particolarmente pesante e stringente dal punto di vista burocratico, imponendo alle

⁴ Vedi <http://www.consorziocap.it/>

costituendo reti vincoli stringenti che avevano determinato l'iniziale parziale fallimento dell'iniziativa; già con l'articolo 42 della Legge n. 122 del 30 luglio 2010, l'istituto è stato ridisegnato e reso più elastico, in particolare con la soppressione dell'obbligo della costituzione di un Organo comune di gestione e di un fondo patrimoniale comune. Il contratto di rete è un modello di aggregazione interaziendale che permette alle aziende, attraverso l'esercizio in comune di un'attività imprenditoriale, di proporsi sul mercato in maniera più forte e coesa, ma senza rinunciare alle proprie specificità. Oggi, dopo che la formulazione iniziale ha subito diverse altre modifiche, l'istituto del contratto di rete sta riscuotendo un crescente interesse da parte delle imprese italiane; ad esempio, alla data del 3 aprile 2016 risultavano sottoscritti 2.793 contratti di rete, di cui 387 a soggettività giuridica, per 13.978 imprese coinvolte⁵, con un incremento rispetto al maggio 2015 del 29,75% per quanto riguarda i contratti (1.962 al 4 maggio 2015⁶) e del 26,1% in termini di aziende aderenti (10.328 al 4 maggio 2015⁷). Dei soggetti aderenti alle reti nel 2015, 801 (circa 8%) risultano essere cooperative, con un trend in netta crescita, se si considera che nel 2012 queste erano appena il 5% del totale⁸. Nella tabella che segue si riportano i dati inerenti il numero di aziende che al 3 aprile 2016 risultavano aderenti ad una rete di imprese⁹:

Regione	Nr. di imprese aderenti a contratti di rete
Abruzzo	730
Basilicata	180
Calabria	347
Campania	765
Emilia-Romagna	1.423
Friuli-Venezia Giulia	524
Lazio	1.170
Liguria	447
Lombardia	2.549

⁵ Fonte dati: InfoCamere

⁶ Fonte dati: Unioncamere

⁷ Ibidem

⁸ Ibidem

⁹ Fonte dati: registroimprese.it

Marche	459
Molise	43
Piemonte	671
Puglia	886
Sardegna	386
Sicilia	287
Toscana	1.355
Trentino – Alto Adige	249
Umbria	291
Valle d'Aosta	18
Veneto	1.198

I motivi che hanno condotto le aziende aderenti alla scelta del contratto di rete per sperimentare nuove offerte di servizi nel campo della salute mentale, sono essenzialmente quelli che hanno decretato il crescente successo di questo istituto nel Paese. In particolare l'elevata flessibilità in termini di obiettivi e organizzazione:

- Per quanto riguarda **gli obiettivi**, il comma 4 ter della citata L. 33/2009 stabilisce che le imprese stipulanti *“perseguono lo scopo di accrescere, individualmente e collettivamente, la propria capacità innovativa e la propria competitività sul mercato”*. Se la causa del contratto è, quindi, descritta in termini economici, piuttosto che giuridici, e alquanto vaghi ed indeterminati, che paiono essere più vicini alle finalità soggettive perseguite dalle parti piuttosto che alla *“funzione economico-sociale”* del negozio, è pur vero che la norma impone che fra gli elementi del contratto figurino il **Programma di rete** con l'enunciazione dei diritti e degli obblighi assunti da ciascun partecipante, nonché delle modalità di realizzazione dello scopo comune. Ciò risulta di particolare interesse poiché sottoscrivendo il contratto di rete le parti, pur mantenendo la propria specifica indipendenza e soggettività giuridica, si obbligano a percorrere insieme una strada imprenditoriale costituita da un vero e proprio programma di lavoro comune. Inoltre eventuali modifiche al contratto di

rete potranno essere apportate velocemente, facilitando l'eventuale ingresso nella rete di nuovi soggetti imprenditoriali.

- In riferimento ai **termini organizzativi** del soggetto identificato con il contratto di rete, la norma dà la facoltà alle parti di prevedere un organo comune, ossia il soggetto *“incaricato di gestire, in nome e per conto dei partecipanti, l'esecuzione del contratto o di singole parti o fasi dello stesso”*, fermo restando che *“Il contratto di rete che prevede l'organo comune e il fondo patrimoniale non è dotato di soggettività giuridica”*; a tal proposito è importante sottolineare che, laddove gli imprenditori per fare rete possono scegliere se stipulare un contratto avente effetti obbligatori tra le parti (*“rete-contratto”*) oppure stipulare un contratto avente effetto costitutivo di un nuovo soggetto giuridico (*“rete-organizzazione”*), le cooperative OSA, Gnosis e La Castelluccia hanno previsto come ipotesi, di dar vita ad **una rete-contratto** gestita da un organo esecutivo incaricato di organizzare il lavoro sulla base del programma stabilito in fase di sottoscrizione del patto ed eventualmente di esserne l'ente giuridico esponenziale in fase di stipula di contratti e svolgimento di attività commerciali.
- Preclusione dell'adesione al contratto da parte di soggetti non imprenditoriali: una delle principali critiche che vengono mosse all'attuale formulazione della norma sul contratto di rete, è che sono esclusi dall'adesione i soggetti, professionisti ed altri, che non sono ricompresi nella fattispecie dell'imprenditore. A tal proposito si sottolinea che le aziende che promuovono il presente studio, si servono abitualmente della collaborazione di professionisti e consulenti per ottenere il necessario supporto specialistico in alcuni ambiti definiti; è il caso dei medici specialisti, la cui consulenza è spesso richiesta dalle ASL nell'ambito delle gare di appalto in campo sanitario assistenziale. Ciò comporta la possibilità di usufruire di dette competenze anche nell'ambito della rete interaziendale, quale apporto professionale da parte delle singole aziende.

Inoltre le aziende aderenti, grazie al contratto di rete:

- Apporteranno al progetto comune il valore specifico del proprio know how, ovvero elementi di maggiore competitività.

- Parallelamente all’offerta di servizi nel campo della salute mentale, potranno realizzare percorsi di ricerca multidisciplinare volti all’individuazione di elementi di ulteriore innovazione nell’ambito di riferimento del programma di rete.
- Potranno usufruire del know how delle aziende partner, ottenendo un proprio vantaggio competitivo.
- Nei confronti della P.A. costituiranno un soggetto interlocutore in grado di rappresentare un punto di riferimento in termini di competenza ed affidabilità operativa.

In questo senso le cooperative della rete si impegnano a condividere requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, metodologici, produttivi, di controllo della qualità e delle procedure, tali da consentire loro di raggiungere obiettivi aziendali altrimenti preclusi alle singole entità.

A titolo esemplificativo, nella tabella che segue si enunciano gli elementi che costituiscono il contributo delle tre cooperative alla rete aziendale:

Azienda	Apporto specifico alla rete aziendale
Cooperativa Sociale Gnosis	- esperienza nella gestione di percorsi psicoterapeutici e psichiatrici riabilitativi, sul modello operativo personalizzato multifase - competenze scientifiche nella sperimentazione ed attuazione di percorsi di intervento basati sul modello psicodinamico - know how relativo alla gestione di percorsi terapeutici semiresidenziali e residenziali multidisciplinari - psichiatri e psicologi con esperienza maturata nella gestione di percorsi di ricerca scientifica
Operatori Sanitari Associati Soc. Coop. (OSA)	- esperienza nella gestione dell’assistenza primaria sanitaria e socioassistenziale - competenze organizzative nel campo dei servizi socioassistenziali, dall’erogazione di servizi domiciliari all’organizzazione ed accreditamento

	<p>di strutture di accoglienza</p> <ul style="list-style-type: none"> - solidità finanziaria - struttura organizzativa basata sulla delega delle attività alle Divisioni Operative, con la supervisione di una Direzione sanitaria - disponibilità sul territorio della Regione Lazio di molte sedi operative già funzionanti ed in grado di assicurare il supporto logistico ad eventuali estensioni di lavoro - esperienza nella fondazione di nuovi soggetti imprenditoriali, come parte di un network multidisciplinare - un network di aziende in grado di supportare la rete con molteplici servizi professionali, che vanno dal marketing alla formazione, passando per la logistica e lo sviluppo informatico
<p>La Castelluccia Cooperativa Sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - competenza nella gestione di progetti integrati per l’inserimento ed il reinserimento sociale di soggetti affetti da patologie mentali - know how relativo a percorsi di presa in carico socioassistenziale e sociosanitaria di soggetti svantaggiati - esperienza nella gestione del primo contatto e del rapporto continuativo con i soggetti malati ed i nuclei familiari di appartenenza - conoscenze scientifiche utili indispensabili alla strutturazione di percorsi terapeutici alternativi/integrativi delle terapie già somministrate, con particolare attenzione alla sostenibilità dei benefici ottenuti

Il contratto di rete non è, dunque, solo uno strumento giuridico per sancire gli impegni delle parti, ma l’opportunità per affrontare il mercato in modo competitivo ed organizzato. Alla base di questa affermazione sta la convinzione, condivisa dagli attori coinvolti, che tale obiettivo sia raggiungibile dalla condivisione di una strategia di penetrazione del mercato basata su prodotti innovativi e sull’efficientamento dei sistemi di erogazione, in particolare quando essi prevedano l’interazione con il sistema sanitario pubblico. Dunque, prodotti offerti sul mercato privato, ma anche in accreditamento con il SSR.

Per quanto attiene il programma della rete che, lo ricordiamo, è uno degli elementi irrinunciabili della formulazione del contratto di rete, prevede:

- La predisposizione di prodotti e servizi comuni tra i partner basati su percorsi terapeutici verificati¹⁰
- Lo sviluppo di una politica commerciale, tariffaria e di marketing volta a favorire:
 - Da una parte la competitività della rete sul mercato
 - Dall'altra la collaborazione con la P.A. per la realizzazione di progetti di presa in carico dei pazienti affetti da disturbi psichici
 - Che sia evidentemente connotata da elementi di equità e di sensibilità alle problematiche sociali che caratterizzano comunque l'operare dei soggetti aderenti.
- La condivisione dei meccanismi di verifica e controllo della rispondenza agli standard operativi stabiliti, anche mediante programmi di certificazione di qualità della rete nella sua interezza
- L'istituzione di un Comitato Scientifico
- La Registrazione di marchio e di un logo della rete
- L'aggiornamento e la formazione degli operatori nelle materie e nelle attività che caratterizzano i prodotti, ad esempio protocolli operativi, uso di sistemi informatici ed applicativi gestionali, ecc.
- La predisposizione di una strategia di incontro, sperimentazione e sinergia con soggetti privati non ricompresi nella rete
- La predisposizione di un portale web che consenta la diffusione delle informazioni sulla rete ed i prodotti, ma anche l'interazione con i pazienti e le loro famiglie attraverso

¹⁰ Vedi allegato 2



progetti di e-health e la gestione, tramite criptazione ed accesso limitato, delle informazioni del sistema gestionale in uso.

Da quanto espresso nei paragrafi precedenti, si evince che l'ipotesi di operatività aggregata da parte delle imprese partecipanti al progetto può rappresentare una corretta modalità per raggiungere livelli aggiuntivi di vantaggio competitivo rispetto alle singole posizioni attuali.

Sul piano operativo le azioni finalizzate alla realizzazione del vantaggio competitivo andranno declinate nel Programma di Rete e costituiranno l'insieme delle attività attraverso la realizzazione delle quali si potranno realizzare gli obiettivi strategici di accrescimento competitivo collettivo.

Fra gli elementi costitutivi ed essenziali previsti dalla normativa affinché il Contratto dia luogo ad una Rete riconosciuta, il sistema di governance può invece essere adottato senza alcun vincolo costitutivo. È tuttavia fuori di dubbio che una rete formata da soggetti diversi, ancorché non numerosi, che intendono marcare un percorso innovativo nel proprio settore di competenza, debba riconoscersi in un organo di governance ben preciso. Essa infatti deve costituire un elemento capace di rafforzare la coesione tra le cooperative aderenti e, contemporaneamente, divenire il garante del raggiungimento degli obiettivi e dell'esecuzione del programma della rete.

La scelta della forma che deve assumere l'organo di Governance è partita innanzitutto dal dettato legislativo che al comma 2 bis dell'art. 42 della L. 122/2010¹¹ recita testualmente che *"...il contratto può anche prevedere...la nomina di un organo comune incaricato di gestire in nome e per conto dei partecipanti, l'esecuzione del contratto e di singole parti o fasi dello stesso"*. La comune interpretazione di questo passaggio, si orienta a notare che, anche se definito "Organo" dalla stessa normativa, non vi sono elementi per supporre che esso possa agire in qualità di organo del soggetto Rete, poiché si configura come "Ufficio", inteso genericamente come complesso di competenze; esso opera quindi come mandatario delle cooperative aderenti alla rete ed è assoggettato al rispetto dei limiti del mandato ed alle precise istruzioni dei mandanti. Del resto, alla lettera e) del comma 4 ter del citato art. 42 della L. 122/2010 si stabilisce che *"il contratto deve indicare il nome, la ditta, la ragione o la denominazione sociale del soggetto prescelto per svolgere l'ufficio di organo comune incaricato di gestire, in nome e per conto dei partecipanti,*

¹¹ Che ha sostituito il comma 4 ter dell'art. 3 della L. 33/2009

l'esecuzione del contratto o di una o più parti di esso"; pertanto è la stessa norma che, pur non indicando quale forma istituzionale essa debba assumere, prevede la forma societaria all'organo comune.

Sul versante organizzativo, è possibile quindi ipotizzare una rete che preveda o meno l'utilizzo di un soggetto entificato societario (c.d. Società Veicolo o new.co interna alla rete) cui delegare il ruolo di Organo Comune della struttura e che si occupi della realizzazione del programma di rete.

La presenza o meno della Società Veicolo influenzerà direttamente i flussi di operatività della rete.

Analizziamo ora le diverse ipotesi organizzative possibili.

[Ipotesi organizzativa in presenza di Società Veicolo](#)

Sul piano organizzativo, ogni impresa della rete ha una partecipazione nella Società Veicolo.

L'organo amministrativo della stessa potrà essere unipersonale (Amministratore Unico) oppure Collegiale (Consiglio di Amministrazione).

Si chiarisce inoltre, che la gestione delle attività operative di ogni nodo rimarrebbe comunque completamente indipendente e autonoma.

La Società Veicolo, come detto, svolge il ruolo di unità coordinatrice che realizza il coordinamento e l'integrazione dei vari attori della rete producendo servizi esterni e fornendo servizi interni, e comunque svolgendo funzioni di staff per l'intera rete.

Aspetto essenziale è che la Società Veicolo svolge tutta una serie di servizi comuni alle imprese appartenenti alla rete: amministrazione, gestione, attività commerciale, acquisti, logistica.

La Società veicolo possiede quindi un ruolo di governo complessivo della rete e rappresenta sostanzialmente un organo di acquisizione e smistamento di ordini e informazioni fra i vari nodi, svolgendo un forte ruolo di gestione e coordinamento.

I costi della società veicolo sarebbero assorbiti trattenendo una parte dei proventi derivanti dall'attività commerciale della rete ed attraverso i conferimenti delle imprese di rete.

La logica seguita è quella di lasciare una quota del ricavo conseguito al fine di coprire i costi della struttura e garantire quel ricarico sufficiente a non farla considerare società di comodo.

Di contro, le economie in termini di costi derivanti dalla partecipazione alla rete, tenderebbero a mantenere inalterato il margine conseguito per i nodi.

Sul piano del “posizionamento” della Società Veicolo rispetto alla rete, possono essere formulate due ipotesi alternative:

- la Società Veicolo entra a fare parte della rete;
- la Società veicolo non entra a fare parte della rete;

1. Società veicolo interna alla rete

Partendo dal presupposto che il contratto di rete costituisce una cornice giuridica nell’ambito della quale trovano regolamentazione i rapporti tra i vari nodi, ove la Società Veicolo partecipasse alla rete sottoscrivendone il contratto, la stessa sarebbe assoggettata alle stesse regole delle imprese nodali.

Questo aspetto, considerando che le imprese di rete sono estremamente simili, per servizi offerti e per mercato servito, rappresenterebbe un ulteriore strumento di controllo sull’attività della stessa, basato sulla condivisione delle “regole del gioco” comuni.

In questa ottica, agendo la Società Veicolo come Organo Comune in qualità di mandatario collettivo delle imprese di rete, il programma di rete (inteso come insieme di attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi strategici) rivestirebbe l’importante ruolo di elemento di definizione ed indirizzo dell’azione della Società Veicolo, il cui scopo sarebbe, in qualità di Organo Comune, la realizzazione del programma di rete.

2. Società veicolo esterna alla rete

In questa ipotesi la Società Veicolo non sottoscrive il programma di rete, mantenendo la propria autonomia rispetto alla compagine reticolare.

La diretta conseguenza è che il programma di rete non funge da strumento di indirizzo e la stessa Società Veicolo vedrà nel proprio oggetto sociale l’unico “vincolo” alle attività gestionali svolte. Di conseguenza risulterebbe meno stringente il controllo (in termini di potere di indirizzo dell’attività) esercitato sulla Società Veicolo da parte delle imprese di rete.

In questo caso si potrebbe optare per un organo amministrativo della Società Veicolo collegiale al fine di garantire maggiore rappresentatività ai soggetti appartenenti alla rete.

[Ipotesi organizzativa in assenza di Società Veicolo](#)

Una ulteriore ipotesi organizzativa prescinde dalla costituzione della Società Veicolo. In questo caso la rete dovrebbe dotarsi di un Organo Comune/amministratore di rete cui demandare l'esecuzione delle varie attività inserite nel programma di rete.

L'Organo Comune, opererebbe in qualità di mandatario collettivo delle stesse, contrattualizzando con i committenti ed i fornitori in nome e per conto delle singole imprese di rete.

La principale differenza con l'ipotesi di cui al punto precedente, risiede nel fatto che:

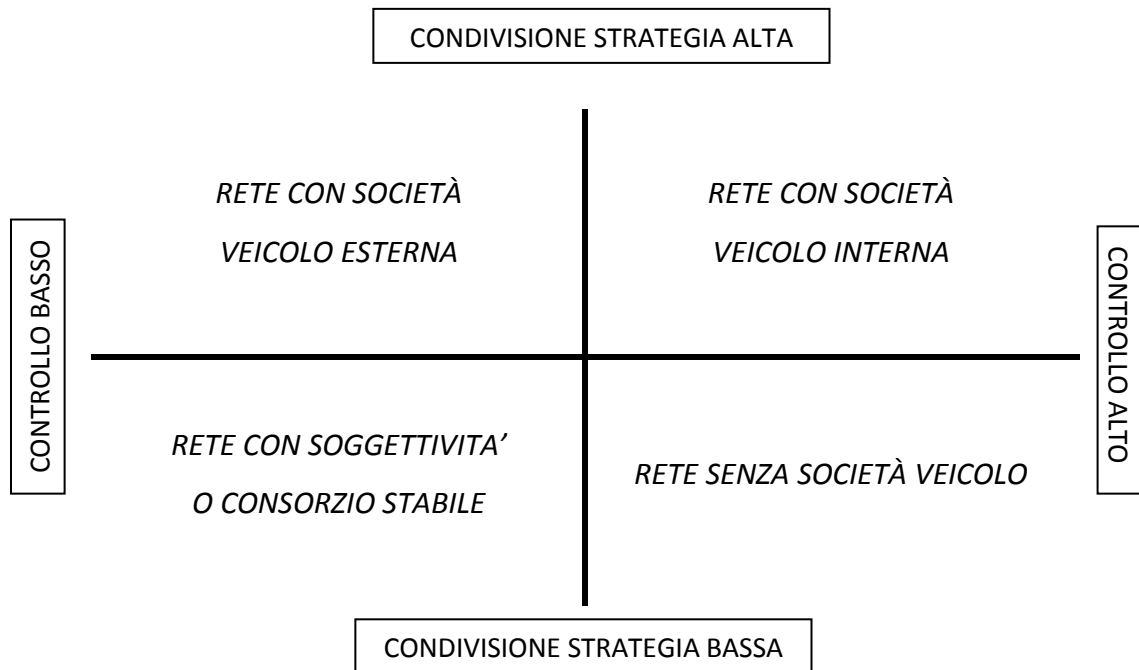
- in questo caso il rapporto tra singola impresa di rete, fornitori e clienti rimane inalterato: l'Organo Comune contrattualizza acquisti e vendite in nome e per conto di ogni singolo soggetto appartenente alla rete il quale, sul piano operativo riceve ed emette singolarmente le proprie fatture.
- Il committente pur interloquendo con un unico soggetto (Organo Comune), continua a mantenere il rapporto con la molteplicità di imprese di rete (riceve non una sola fattura dalla Società Veicolo, ma n fatture dalle varie imprese di rete).

[Ipotesi organizzativa alternativa: rete con soggettività o consorzio stabile](#)

In questo caso la Rete sarebbe un nuovo soggetto, generato dai partecipanti che andrebbe a gestire l'attività comune delle aziende partecipanti come autonomo soggetto giuridico, in cui le imprese assumono una partecipazione.

È un'ipotesi che ha il vantaggio di non duplicare sistemi di governance e lo svantaggio di non legare in un'unica strategia formalizzata le singole organizzazioni delle imprese, che è il vero valore aggiunto del contratto di rete, che si regola proprio sulla formalizzazione di una strategia di business a medio lungo termine che coinvolge direttamente le singole realtà produttive e commerciali e le indirizza verso una pianificazione strategica ed operativa condivisa e consapevole. Anche se in apparenza il legame è più stretto (il nuovo soggetto è autonomo e indipendente e ha una propria autonomia patrimoniale, fiscale e giuridica completa) in realtà la strategia complessiva di accrescimento della capacità competitiva e innovativa dei partecipanti (che è la causa del

contratto di rete senza la quale il contratto è nullo ab origine) si limita solo all'area di business incardinata nel nuovo soggetto, che perseguirà quindi una finalità autonoma rispetto a quella delle aziende partecipanti.



In questo panorama di possibilità la scelta più consona al progetto di collaborazione sembra quella di un contratto di rete senza soggettività con all'interno una società veicolo che svolga il ruolo di governance interna e di interfaccia commerciale esterna.

La veste giuridica che la società veicolo avrà dovrà essere funzionale a tipo di lavoro che andrà a svolgere e potrà essere quindi di tipo cooperativo o societario nelle sue varie forme, ma sarà comunque connotata da elementi forti di socialità ed equità che ne caratterizzeranno fin dalla nascita la mission e la vision.

Analisi Vantaggi/Rischi derivanti dall'aggregazione

Nel presente paragrafo verrà svolta una breve valutazione dei vantaggi e degli eventuali rischi che potrebbero derivare dall'aggregazione e dalla realizzazione delle strategie di cui ai punti precedenti.

1. Vantaggi derivanti dall'aggregazione

Da quanto evidenziato ai paragrafi precedenti, possiamo sintetizzare i vantaggi derivanti dall'appartenenza alla rete possono essere sintetizzati come segue:

Vantaggi strategici:

- Focalizzazione sullo sviluppo delle competenze distintive;
- Cooperazione e corresponsabilizzazione;
- Condivisione di investimenti, costi e rischi

La focalizzazione sulle competenze distintive consiste nel “fare ciò che si fa meglio”; nello specifico si realizza attraverso la messa a disposizione delle proprie competenze di punta per l'erogazione, da parte di una, di servizi che l'altra non eroga o eroga solo in modo sporadico e viceversa. Il vantaggio risiede nel fornire al cliente un servizio di alto profilo senza dover investire risorse in funzioni che verosimilmente qualcuno fa meglio e da più tempo. Nel caso specifico le tre cooperative hanno competenze distintive ben delineate ed in ambiti operativi diversi e non si determina quindi il fenomeno dell'overlapping.

Vantaggi economici:

- economie di scala;
- economie di apprendimento;
- variabilizzazione della struttura dei costi;
- riduzione del rischio operativo
- condivisione del personale

Sotto il profilo economico, l'organizzazione reticolare è funzionale ad economie di scala e di apprendimento. In questo caso specifico le economie di scala sono determinate dalla condivisione del know how e del personale nell'erogazione dei servizi, ma soprattutto dall'utilizzo di strutture esistenti per posizionare i servizi sul territorio.

Nella fattispecie, la contrazione dei costi deriverebbe dall'ottimizzazione dell'utilizzo delle strutture, dallo scambio di informazioni e dall'eventuale scambio di prestazioni e personale tra le aziende partecipanti al progetto.

Vantaggi finanziari:

- Riduzione del fabbisogno finanziario;

- Ridimensionamento degli oneri relativi all'acquisizione di fonti di finanziamento;
- Migliori rapporti con le banche

I vantaggi finanziari sarebbero diretta conseguenza del contenimento dei costi. Questo genera, anche a breve termine, minore fabbisogno finanziario con minori oneri derivanti dall'esposizione finanziaria ed un miglioramento (a medio termine) del rating bancario, che per questo tipo di organizzazione può migliorare fino al 30% in meno per il solo fatto di essere una rete.

2. Rischi connessi all'aggregazione

Lo studio di fattibilità deve valutare i rischi della scelta e degli effettivi costi sopportati.

Rischi economici

- Costi effettivi superiori ai costi preventivati;
- Eccessivi costi di transazione non compensati necessariamente da recuperi di efficienza del processo produttivo;

Relativamente ai rischi economici, occorre considerare il problema della difficile quantificazione dei costi di transazione corrispondenti alla creazione di una struttura di governo atta a gestire le relazioni (management della rete).

Si tratta in particolare di costi sopportati dalla rete e sono connessi all'attività di coordinamento e di controllo. In questo caso i costi derivano dalla costituzione di una società veicolo tra i partecipanti che può essere una società a responsabilità limitata semplificata o a capitale ridotto e che remunera le prestazioni dei suoi organi di governo in funzione dell'attività effettivamente svolta.

Rischi operativi

- Probabilità di comportamenti speculativi e opportunistici.

Data la tipologia di attività da svolgere con il programma di rete e dalla complementarità del panel di imprese coinvolti, i rischi economici ed operativi si ritiene siano assorbibili dai vantaggi generati.

1.4 - L'analisi SWOT

Sulla base delle caratteristiche dei soggetti, del territorio e dell'analisi del mercato¹², e dopo le considerazioni sul modello di business, abbiamo provato a definire una prima analisi SWOT che rende questi risultati:

Punti di forza

Competenze complete per parte sanitaria, assistenziale, di riabilitazione e di reinserimento sociale e lavorativo

Esperienza della compagine in attività di intervento territoriale e di assistenza primaria

Rapporto col territorio

Rapporto con le istituzioni

Punti di debolezza

Situazione sanità nel Lazio

Basse rette per attività convenzionate e accreditate

Difficoltà logistiche

Opportunità

Mercato non presidiato diffusamente da competitor

Piano di rientro della Sanità e possibilità di incremento dei contributi per le prestazioni

Disponibilità del sistema associativo e cooperativo

Disponibilità delle associazioni di famiglie

Minacce

Crisi economica: scarsa disponibilità economica da parte delle famiglie

Cultura ospedalizzante e farmaco centrica diffusa

Considerazione attuale del sistema cooperativo "romano"

¹² Vedi allegato 1



1.5 - Gli investimenti e la loro sostenibilità.

Tutte le trasformazioni e le innovazioni sia di prodotto che di processo che di organizzazione non sono mai senza impatto sulle aziende coinvolte, né tantomeno a “costo zero”. Anche in questo caso saranno necessari sforzi importanti sia dal punto di vista organizzativo che finanziario. In particolare andranno effettuati investimenti, di tipo soprattutto immateriale, per allineare i settori della comunicazione, del marketing, della formazione delle risorse umane e della produzione di servizi. I soggetti coinvolti si faranno carico del fund raising e della messa a disposizione delle risorse necessarie allo svolgimento del progetto. Tutti e tre i soggetti coinvolti hanno negli anni, sia valorizzato le risorse umane che la patrimonializzazione delle loro strutture, e ad oggi posseggono risorse sufficienti per finanziare le varie attività.

Vedremo più oltre le dimensioni degli investimenti occorrenti e la loro destinazione, per il momento segnaliamo due iniziative in corso che possono dare l’idea della capacità di mobilitazione di risorse finanziarie e strutturali da parte dei soggetti coinvolti.

Al termine dell’esercizio 2015 la Cooperativa OSA ha avviato un articolato programma di patrimonializzazione per rafforzare la sua struttura proponendo ai soci la sottoscrizione di azioni di cooperazione e di sovvenzione.

Con l’Assemblea del 14 dicembre è stata apportata una modifica statutaria che a partire dall’anno 2016 prevede per ogni nuovo socio che si unisce alla compagine la sottoscrizione di 300 euro di capitale sociale in luogo dei 25 previsti precedentemente. La somma così sottoscritta può essere versata nel corso del rapporto di lavoro mensilmente. Questo intervento prospetticamente rafforzerà sempre di più il patrimonio della Cooperativa: già a fine marzo 2016 accoglie oltre 170 nuovi soci che hanno così sottoscritto circa 50.000 euro di capitale sociale in luogo dei 5.000 euro precedentemente previsti. Assieme a questo intervento sono state messe a disposizione dei soci 700.000 euro di azioni di socio sovventore e altrettante di socio cooperatore, per un complessivo obiettivo di aumento di 1.400.000 euro da concludersi entro la fine del 2016.

Le preferenze espresse dai soci e le indicazioni ricevute per le sottoscrizioni hanno portato l’organo amministrativo, per favorire la massima partecipazione, ad allungare i termini previsti per

la sottoscrizione e ad aprirli a terzi, privilegiando la formula di adesione all'iniziativa come socio sovventore.

Alla redazione del presente documento sono stati sottoscritti oltre 600.000 euro di capitale sociale e sono in corso operazioni di perfezionamento e raccolta di manifestazione di interesse già disponibili per altri 400.000 euro, rendendo così ragionevole il raggiungimento pieno dell'obiettivo fissato. Inoltre, e sempre in ottica di patrimonializzazione e di miglioramento della gestione finanziaria la cooperativa ha avviato e concluso positivamente le procedure tecniche per l'emissione di un minibond da 10.000.000 di euro.

La cooperativa Gnosis invece sta effettuando un investimento che produrrà nuovi spazi di accoglienza e amplierà le occasioni di lavoro per i soci. Sostanzialmente si tratta della costruzione di nuovi spazi da destinare a residenze assistite per soggetti in uscita dalle comunità residenziali e di spazi per la creazione di attività a valore aggiunto (palestra, laboratori per la formazione al lavoro) e per la riproposizione di un'iniziativa già sperimentata a Cassino con la cooperativa i Naviganti con cui è già in essere un contratto di rete) di apertura di un ristorante con marchio Civico Sociale utile al placement e all'autofinanziamento delle attività.

Per il nuovo progetto di rete saranno necessari investimenti che in massima parte dovranno concentrarsi su quelli "immateriali" e riguarderanno l'organizzazione, l'acquisizione di conoscenze, l'attrezzamento di spazi, e soprattutto il marketing.

A questo proposito la parola marketing e la parola cliente rappresentano quasi un tabù per il movimento cooperativo di matrice sociale, ma è un tabù da sfatare nell'ottica che ci si è prefissi tra le imprese della rete.

L'ipotesi alla base del modello di business è quella di cercare spazi di mercato non coperti e soddisfatti o più semplicemente non raggiunti dal circuito dell'intervento pubblico. In questo senso il marketing e la comunicazione non possono limitarsi al solo settore pubblico o istituzionale ma devono essere il momento in cui si effettua la promessa al pubblico e si fa promozione del proprio essere in grado di mantenerla. E tutti i veicoli possono e devono essere utilizzati.

Va detto che sono stati compiuti notevoli passi avanti nel campo della comunicazione da parte di imprese sociali, cooperative e associazioni no profit. Oggi rispetto ai decenni precedenti anche il

no profit ha riconosciuto il cliente come destinatario dei suoi servizi e prodotti, e con l'avvento della social communication via web gli strumenti sono diventati comunque meno costosi e quindi più utilizzabili per chi è normalmente senza risorse abbondanti da dedicare.

Oggi la comunicazione sociale per il no profit è pressoché appannaggio dei canali social del web 2.0. Si stima che oltre il 90% delle associazioni no profit dispongano ormai di una pagina facebook sulla quale impostano la loro strategia di comunicazione. Un tassello fondamentale che tuttavia è ancora poco riconosciuto sul profilo professionale.

Quella dell'operatore di Social Media Marketing è una delle ultime figure professionali comparse nel web 2.0. Pur se non più di cinque anni fa nella comunicazione sociale per il no profit ancora pochi conoscessero questo ruolo, la sua grande proliferazione e diffusione la ha resa, già da qualche tempo, una figura chiave nella strategia di comunicazione social.

Il suo ruolo, tuttavia, non può essere paragonato a quello che una volta era (e lo è ancora) l'ufficio stampa. Seppur la funzione sembrerebbe la medesima, ossia preparare, creare e diffondere la comunicazione verso l'esterno, la profonda differenza dei canali dovrebbe separare decisamente le due professionalità. Se quella dell'ufficio stampa è una figura concentrata sul "pezzo", ovvero sulla redazione e irradiazione poi di un determinato comunicato, il focus del Social Media Marketing è invece la comunità. La costruzione di un "post", allora, diventa un lavoro ben diverso dalla creazione di un comunicato stampa e, a differenza di questo, esige un disegno più globale, insomma un piano.

La figura del social media marketing viene però ancora misconosciuta, affidando spesso all'ultimo venuto il compito di curare la comunicazione web (anche perché spesso l'ultimo venuto è il più giovane e quindi più avvezzo alle nuove forme di comunicazione) come se si trattasse di un "tempo morto" all'interno dell'economia organizzativa.

Fare comunicazione e promozione sui social non vuol dire soltanto comunicare quello che si fa, come se la propria pagina Fb o il canale Youtube fossero il gazzettino dell'associazione, ma vuol dire creare una comunità, creare contenuti capaci di costruire una relazione con la propria community.

Le capacità professionali stanno nella capacità di intrecciare i canali di comunicazione su un piano di comunicazione che sia in grado di intercettare gli stakeholder e i clienti, creando così una rete sociale che sia la più ampia possibile.

Chiaro che, se l'ingrediente essenziale dei social media è proprio il tempo, ovvero il bene più prezioso per una qualsiasi no profit, allora la comunicazione sociale per il no profit del social media marketing diviene un impaccio, una figura che viene vista come sacrificata a tempo perso. Piazzando così l'ultimo arrivato, senza un piano di comunicazione reale.

E qui andranno superate le logiche che fanno del web e dei social media il pressoché unico canale di promozione dei servizi resi. La rete quindi si doterà per questo di una specifica professionalità ma utilizzerà anche altre forme di comunicazione più diretta, di presenza sul territorio attraverso una serie di canali di prossimità che vanno dalle Farmacie (con cui OSA ha già un accordo di partnership all'interno dei cosiddetti Cap - Centri di Assistenza Primaria in cui è possibile di usufruire una serie di servizi assolutamente a mercato), all'affiancamento di giovani professionisti (psicologi di base) ai MMG ripercorrendo l'esperienza già attuata con successo dall'Università la Sapienza, e soprattutto attraverso i centri di ascolto da istituire in tutta l'area di riferimento. Sarà questo l'investimento più importante di tutto il progetto, che coniuga la capacità di OSA di essere presente direttamente sul territorio e la professionalità e le esperienze di Gnosis e Castelluccia nel settore della riabilitazione psichica e psico sociale. I Centri di Ascolto diventano così mezzi (media) per avvicinare ed incontrare sul territorio tutti quei soggetti che hanno difficoltà a rapportarsi con l'istituzione pubblica, o che hanno lunghi tempi di attesa nell'avvio alle cure da parte del sistema sanitario nazionale. E come gli altri media, sono veicolo di promozione delle attività della rete e dei suoi servizi. Analizzeremo le implicazioni operative all'interno di un paragrafo ad hoc, in quanto, pur essendo un servizio gratuito per gli utenti, lo si può considerare a tutti gli effetti un prodotto assieme agli altri offerti dalla rete, e del tutto in linea con gli scopi sociali della compagine.

La promozione è quindi centrale nella attività della rete e il maggior onere di investimento di tutto il progetto. Il piano strategico di marketing sarà quindi il primo strumento per definire il posizionamento sul mercato, la value proposition e la segmentazione dei vari target di utenti e il pricing dei vari prodotti/servizi.

Operatori Sanitari Associati soc. coop. – onlus
Via Lucio Volumnio, 1 - 00178 Roma



GNOSIS soc. coop. – onlus
Via Boville, 1 – 00047 Marino (RM)



La quantificazione degli investimenti e delle necessità economico finanziarie di sostegno sarà fatta dopo l'analisi dei vari prodotti/servizi da proporre.

Cap 2 - I prodotti

Nel contesto operativo ed organizzativo attuale è condiviso il principio che per curare il disturbo mentale sia necessario partire dalla complessità di ogni situazione, per cui il benessere non è sic et simpliciter l'eliminazione dello stato patologico ma la rimozione dei fattori scatenanti di tipo sociale, economico, culturale.

Il progetto proposto dalla nuova rete, si sostanzia nella messa a regime di un modello integrato di riabilitazione destinato a soggetti portatori di disagio psichico e disagio sociale latente e/o conclamato che prevede interventi specializzati di diversi soggetti all'interno di un vero e proprio ciclo di attività e prestazioni di alto livello professionale scientifico e tecnico delle diverse realtà che vi collaborano.

Questo tipo di intervento è reso possibile dall'integrazione delle competenze delle tre aziende partecipanti e dall'esperienza che esse hanno maturato nei diversi ambiti del contrasto e dell'assistenza al disagio.

La tipologia di servizi con cui la rete aziendale si proporrà al mercato consiste nella integrazione del circuito riabilitativo che parte dalla presa in carico del soggetto disagiato e, attraverso azioni mirate e personalizzate sul soggetto stesso, lo riporta all'interno della società "attrezzato" per vivere in termini di "normalità" le sue relazioni sociali, affettive e lavorative, permettendogli un effettivo reinserimento nella comunità.

Si tratta di un percorso articolato, scomponibile in singoli prodotti erogabili anche separatamente, che vanno dalla presa in carico, alla diagnosi, alla cura attraverso l'utilizzo della comunità terapeutica residenziale e non, alla formazione mirata al reinserimento lavorativo, al coaching e all'orientamento al lavoro fino al placement vero e proprio in strutture di impresa accoglienti e consapevoli del disagio latente sempre possibile in alcuni soggetti.

Il percorso/prodotto è reso possibile dal concorso di tutti i soggetti componenti la rete e dalla integrazione, anche se parziale, con la Sanità Pubblica.

Alcune caratteristiche connoteranno i prodotti della rete:

- **Flessibilità:** i bisogni delle persone con disturbi di natura psichiatrica sono legati all'evoluzione della patologia, ma anche dei mezzi di cura ed assistenza; per questo motivo i prodotti presentati saranno costituiti da un nucleo metodologico di base che evolverà, come a seguire l'evoluzione della patologia e, soprattutto, dei bisogni.
- **Personalizzazione:** il prodotto viene preconstituito e presentato in modo univoco per esigenze di marketing, ma viene adattato alle peculiarità del soggetto/gruppo cui è destinato. Ne scaturisce:
 - La modulazione degli obiettivi e dei tempi di lavoro sulla base dei Piani di Terapeutici Individualizzati (PTI) ed il loro aggiornamento al raggiungimento delle milestones
 - La possibilità di avvicinare diverse professionalità su ogni caso
 - La possibilità di suddividere i prodotti in pacchetti di intervento, per modulare anche i costi e le modalità di pagamento, rispettando la connotazione ideale dei soggetti partecipanti.
- **Prossimità:** è necessario incontrare gli utenti, facendo in modo che il loro bisogno venga intercettato. Le condizioni di vita di una persona affetta da patologie mentali, lo stato di prostrazione che l'assistenza causa alla famiglia, rendono le persone poco recettive, caratterizzate da un atteggiamento di attesa e/o di continua rivendicazione, senza che essi si possano tradurre in atti positivi concreti; per questo la prossimità del servizio si dovrà tradurre in piani di comunicazione ad personam, proposte portate direttamente all'attenzione dei beneficiari, strategie di contatto con nuovi potenziali utenti. In particolare sarà necessario sperimentare una serie di attività di contatto presso i luoghi in cui le esigenze vengono manifestate, in particolare presso i MMG che sono i primi ad intercettare il disagio e nei centri di ascolto che andranno strutturati e gestiti come investimento della Rete.
- **Accessibilità:** il prodotto non può essere efficace e/o utile se non è accessibile; da qui la necessità di una serie di servizi di facilitazione che rendano le proposte accessibili dal punto

di vista economico – condivisione della spesa fra soggetti beneficiari e ASL – dal punto di vista comunicativo – dalla elaborazione scientifica si giunge a programmi di lavoro con obiettivi, percorsi, fasi e modalità di verifica facilmente comprensibili – dal punto di vista operativo – basati sulle reali possibilità dei pazienti.

- **Sostenibilità economica**, dovuta ai seguenti fattori:
 - La rete aziendale è costituita da cooperative, pertanto essa non avrà finalità di lucro ed inoltre sarà soggetta a profili tributari, fiscali e giuslavoristici (CCNL cooperative sociali) specifici della cooperazione.
 - I prodotti si configureranno, di volta in volta, come servizi privati time e cost related, e servizi erogati in base ad accordi con la ASL.
 - Alcuni prodotti potranno essere finanziati anche sulla base di progetti sponsorizzati dagli enti locali, con risorse previste nei Piani di Zona
 - Usufruento dell'impianto organizzativo delle cooperative fondatrici, la rete supporterà costi generali ed amministrativi ridotti, in quanto riconducibili a logiche di scala.

Nel contesto illustrato nell'analisi di scenario¹³ è stato individuato un bisogno espresso e non soddisfatto, cui ci si propone di rispondere in modo opportuno e profittevole sia per gli utenti che per i soggetti promotori, con una ricaduta positiva anche sul sistema pubblico.

La strategia è:

Costruire un percorso che parta dai piani individuali di trattamento e prosegua per tutto l'arco dell'esperienza della terapia, con continuità di trattamento, concludendosi con il reinserimento delle persone in un contesto sociale che sappia comprendere, nel significato letterale del termine, anche i soggetti usciti dalla malattia mentale e le abilità e potenzialità che esse esprimono.

Le parole d'ordine di questo percorso sono quattro: CURARE, ABITARE, LAVORARE, INCLUDERE. Esse sono l'obiettivo cui tenderanno i servizi offerti, pur con la modulazione legata alle reali

¹³ Vedi allegato

possibilità di raggiungimento da parte dei beneficiari. Alcune patologie, infatti, non possono essere curate, ma solo limitate negli effetti, che in ogni caso rendono impossibili percorsi di totale e permanente autonomia personale.

Il business aziendale sarà sostenuto da un mix di prodotti basati su nuovi modelli di presa in carico dei pazienti, i cui passaggi essenziali saranno:

1. Presa in carico del paziente attraverso i canali pubblici e privati
2. Definizione del piano di trattamento con alternativamente:
 - Avvio e accoglienza a servizi psicoterapeutici individuali
 - Avvio e accoglienza in comunità residenziale
 - Avvio e accoglienza in attività semiresidenziale
 - Avvio di attività domiciliare
 - Avvio e accoglienza in comunità alloggio
3. Svolgimento del Piano di Trattamento
 - Psicoterapia individuale e di gruppo
 - Formazione specifica
 - Attività socializzanti
4. Attività di placement.
5. Attività di reinserimento nel proprio ambito familiare e sociale
 - Attività di counseling per soggetti in uscita, famiglie e contesto lavorativo
 - Attività di sostegno psicologico
6. Attività e percorsi di sostegno all'autonomia abitativa

Ad oggi nessuna struttura nel Lazio sarebbe in grado di fornire un servizio completo di questa portata. Come è noto, e come meglio descritto nell'analisi di scenario allegata allo studio, nella maggior parte dei casi le strutture laziali forniscono assistenza.

Analizziamo i 6 punti del modello, premettendo che ognuno di essi sarà, in ragione delle necessità dei pazienti, un prodotto indipendente o la parte di un percorso più complesso.

1) Presa in carico del paziente attraverso canali pubblici e privati

Allo stato attuale, il bisogno viene individuato dal MMG che invia il paziente alle strutture della ASL, che provvedono ad elaborare una diagnosi dettagliata ed il PTI con il conseguente programma terapeutico; gli attori privati non sono coinvolti, a meno che il paziente non debba essere indirizzato ad una struttura di accoglienza, che può essere gestita dal sistema pubblico o privatamente. L'attività terapeutica psichiatrica o psicologica viene erogata nelle modalità previste dalla legge, ovvero presso strutture pubbliche dai propri medici, o da professionisti privati; in questo ultimo caso il costo delle terapie è interamente a carico del paziente, ad eccezione degli eventuali trattamenti farmacologici, il cui carico è distribuito fra il paziente ed il SSR in ragione dell'assetto regionale (totale, parziale o nessun contributo per l'acquisto di alcuni farmaci).

Il sistema attuale denota una criticità significativa nell'insufficienza delle risorse a disposizione – in ulteriore progressiva contrazione – per cui la presa in carico viene correttamente eseguita ma al PTI seguono interventi parziali, che possono prevedere anche lunghi tempi di attesa.

La rete costruirà un modello di presa in carico dei pazienti originale, che, dall'apertura di centri di ascolto e assistenza primaria presso ogni comune dei due distretti presi in considerazione, possa garantire a famiglie e singoli un primo orientamento e un avvio professionale alle migliori opportunità di cura presenti nell'area. Il modello sarà proposto alla Asl di competenza e al relativo DSM come centro di ascolto, in co progettazione ed eventualmente in compresenza da parte di operatori del DSM, che potrà in questo modo esercitare i suoi poteri di indirizzo o semplicemente di monitoraggio e verifica delle attività. Inoltre sarà attivato un progetto sperimentale di affiancamento ai MMG del territorio per l'attivazione di attività di counseling psicologico per i

medici stessi e per i loro pazienti, secondo un modello già sperimentato con successo dall'Università La Sapienza di Roma¹⁴ e da molte Regioni. Saranno mobilitati dalla rete tutti gli attori che sul territorio possono intercettare i bisogni: associazioni, parrocchie e Caritas locali, professionisti che individuano nei loro pazienti bisogni di terapia community based, distretti scolastici e associazioni di genitori, associazioni di famiglie e utenti con problematiche determinate dal disagio psichico e psico sociale legate all'abitare e al reinserimento sociale e lavorativo.

2) Definizione del piano di trattamento

La rete aziendale è formata da soggetti che possono erogare una gamma ampia di servizi a prezzi molto concorrenziali rispetto alle strutture pubbliche; ad esempio l'avviamento alle strutture potrà essere differito nel tempo, qualora non siano disponibili strutture accreditate, e temporaneamente sostituito da servizi assistenziali di tipo domiciliare.

3) Svolgimento del Piano di Trattamento

Il piano di trattamento può prevedere diversi interventi, come psicoterapia, attività socializzanti o di tipo riabilitativo, che potranno essere eseguiti dalla rete presso le strutture che le aziende partecipanti già gestiscono

4) Attività di placement

Il tema è: come è possibile sostenere una persona nel percorso di inserimento ed integrazione nel contesto lavorativo?

Attualmente esistono percorsi di placement condotti in modo sistematico dalle strutture pubbliche legati alla logica del "lavoro protetto" attraverso lunghi tirocini formativi che rappresentano solo un simulacro dell'autonomia lavorativa e spesso sono un parcheggio utile solo ad occupare il tempo dei pazienti coinvolti, mentre la rete potrà, con una struttura organizzativa già pronta:

¹⁴ **Progetto "Lo Psicologo di Base nell'Assistenza Primaria"** Ente: Scuola di Specializzazione Psicologia della salute (Roma) Docente della scuola: Prof. Luigi Solano. Il progetto è finalizzato alla realizzazione di un affiancamento tra Medico di Medicina Generale e Psicologo al fine di fornire un ascolto di tipo integrato medico-psicosociale.

- Elaborare il Bilancio di competenze
- Curare programmi di Empowerment delle competenze, con formazione ad hoc e/o tirocini in aziende
- Effettuare la ricerca di un contesto lavorativo adatto all'inserimento all'interno del mercato del lavoro competitivo
- Avviamento al lavoro: le cooperative della rete fanno parte di enti di rappresentanza che possono rappresentare la chiave di accesso ad un'ampia gamma di possibilità di inserimento.

5) Attività di reinserimento nel proprio ambito familiare e sociale

I percorsi di reinserimento nel contesto sociale hanno durata variabile, poiché oltre alle condizioni del soggetto malato devono essere analizzate e curate con particolare attenzione anche le condizioni socio economiche e personali dei familiari, onde evitare che percorsi riabilitativi di successo possano perdere di efficacia collocando il paziente in una situazione di stress.

Per questo la presa in carico del paziente, per essere considerata globale si deve estendere al sostegno ai familiari, con attività di consulenza e sostegno psicologico, servizi di assistenza domiciliare di base eseguita da Operatori Socio Sanitari, percorsi di formazione/informazione volti a fornire le competenze necessarie ad assumere comportamenti corretti nella relazione personale con il congiunto affetto da disturbi di natura mentale.

6) Percorsi di sostegno all'autonomia abitativa

Alcuni soggetti potranno lecitamente arrivare all'autonomia abitativa attraverso attività diverse, ma, secondo noi, l'abitare in piena autonomia è la conseguenza di un percorso complesso; giungere all'autonomia abitativa è, come vedremo nelle prossime pagine, anche il risultato di un processo che comprende l'inserimento lavorativo e la concomitanza di situazioni simili per esigenze e possibilità personali dei beneficiari (le convivenze fra soggetti con patologie stabilizzate/ridotte sono state sperimentate e si sono dimostrate efficaci strumenti di integrazione).

Le iniziative di avviamento e tutela della residenzialità in autonomia delle persone con disturbi mentali sono diverse e sparse in tutta Italia, ma i risultati ottenuti non sono sempre stati di totale successo. Un'analisi comparativa fra le diverse iniziative individuate in Italia dimostra che:

- Spesso i soggetti avviati ai percorsi di autonomia sono gravati da un'aspettativa troppo grande da parte del nucleo familiare, che vuole credere che il proprio congiunto sia in grado di avere una vita "normale" anche in presenza di patologie conclamate
- Nessun paziente può essere abbandonato a se' stesso dopo aver raggiunto l'autonomia, sia lavorativa che abitativa, poiché la pregressa morbilità costituisce, di fatto, un tratto di fragilità latente
- I percorsi di autonomia abitativa tendono ad avere maggiore successo quando coinvolgono più persone (non più di 4), a causa dei fisiologici meccanismi di solidarietà che si instaurano fra i membri di un gruppo
- La piena autonomia personale, ovvero lavorativa e residenziale, riduce notevolmente il rischio di recidive, purché i soggetti siano costantemente monitorati e supportati da un'équipe.

La rete strutturerà un vero e proprio prodotto "Abitare", così indentificato:

- Presa in carico del soggetto, su delega della ASL o per impulso dellefamiglie
- Strutturazione di un percorso di avviamento all'autonomia che comprenda:
 - L'acquisizione o la riacquisizione graduale delle competenze necessarie per vivere in autonomia
 - Partecipazione al programma di "giornate dell'autonomia"; in un appartamento appositamente allestito, i soggetti partecipanti, inizialmente con il sostegno attivo di operatori specializzati, acquisiranno dimestichezza con il vivere in piena autonomia, nella vita quotidiana. Dalla cura del proprio corpo e dell'ambiente di vita, alla gestione delle risorse economiche, al ricorso al sostegno esterno in casi di



-
- necessità, alla gestione puntuale della propria salute (assunzione farmaci, attenzione al programma terapeutico)
- Il progressivo alleggerimento degli interventi terapeutici, al fine di abituare il soggetto a gestire la propria salute, individuando autonomamente gli stati di sofferenza che necessitano di un intervento terapeutico
 - Ricerca di una sistemazione alloggiativa rispondente alle caratteristiche dell'utente; la rete aziendale, in quanto interlocutrice dell'istituzioni pubbliche locali, formulerà richieste per il riconoscimento del programma "Abitare" anche in sede di programmazione. Ad esempio, in considerazione del fatto che le iniziative di contrasto del disagio mentale – inclusi i programmi di assegnazione di alloggi di edilizia popolare – sono state inserite nella Piano Regolatore Sociale del Comune di Roma sin dal 2006, che nei piani di zona di molti comuni dei Castelli Romani sono presenti programmi per l'housing sociale legate ai piani di zona della legge 167, la rete potrà presentare proprie proposte progettuali volte a favorire l'assegnazione di alloggi ai soggetti in cura. Così come la rete potrà sfruttare, quando definitivamente operativa, la legge sul cd. "Dopo di Noi" e porsi come soggetto gestore dei trust che le famiglie e le istituzioni metteranno a disposizione per la sostenibilità delle cure a lungo termine che molti di questi pazienti dovranno sostenere una volta rimasti soli.
 - Erogazione di servizi di intervento terapeutico e sostegno logistico in favore dei soggetti che avranno raggiunto l'autonomia abitativa.

2.1 Prodotto: Centro di Ascolto

In quanto soggetto attivo sul mercato dei servizi socio sanitari alle persone vessate da disagi dovuti a patologie mentali e non solo, la rete svilupperà attività di marketing. Data la peculiare natura dell'utenza cui essa si rivolge, considerando anche la presenza della sanità pubblica, in veste di ispiratore delle politiche attive, ma anche in qualche modo di concorrente, si ritiene che la principale, se non quasi esclusiva, forma di marketing a livello territoriale, possa essere una rete di Centri di Ascolto capillarmente localizzata nel territorio di riferimento della ASL RMH, di cui riportiamo di seguito alcuni dati demografici¹⁵.

Comuni	Popolazione al 31 dicembre 2014	Numero di famiglie	Numero medio di componenti per famiglia
Albano Laziale	41.708	17.164	2.41
Anzio	53.986	26.733	2.01
Ariccia	19.509	7.913	2.41
Castel Gandolfo	9.033	3.652	2.4
Colonna	4.233	1.696	2.5
Frascati	21.984	9.147	2.38
Genzano di Roma	24.024	9.341	2.51
Grottaferrata	20.337	8.432	2.34
Lanuvio	13.687	5.237	2,61
Marino	42.299	18.039	2,33
Monte Compatri	11.923	5.018	2,37
Monte Porzio Catone	8.704	3.454	2,49
Nemi	1.920	837	2,26
Nettuno	48.654	20.900	2,32
Pomezia	62.422	28.395	2,19
Rocca di Papa	16.888	6.307	2,63

¹⁵ Fonte dati: Istat come rielaborati dal sito www.comuni-italiani.it

Rocca Priora	10.842	4.759	2,3
Velletri	53.213	21.931	2,41
Lariano	13.424	4.952	2,71
Ardea	48.926	22.307	2,19
Ciampino	38.417	16.031	2,39
TOTALE	566.133	242.245	2,39

Fra i dati spicca quello relativo al numero di componenti medi per famiglia, che è leggermente superiore alla media nazionale, che è di 2,35, ma anche a quella regionale che è di 2,24; il dato può essere importante quando si consideri che dal numero di componenti di una famiglia dipende, in termini tendenziali, la sua capacità di accudimento (caring).

Il territorio della ASL RM H comprende 21 comuni e si estende dal mare Tirreno alle zone collinari dei Castelli Romani. L'area, analizzata dai punti di vista socioeconomico, demografico, infrastrutturale ed amministrativo, è caratterizzata da una certa disomogeneità dovuta alla storia di questo territorio, che ha vissuto nei secoli vicende alterne ed interessanti, alle quali certamente non si rende giustizia se ci si limita alla definizione che oggi viene ad esso data, di "area della cintura romana".

Diffondere in un territorio ampio e differenziato la conoscenza dei servizi offerti da una certa azienda, è un'operazione che può risultare complicata. Per questo si ritiene che l'apertura di un centro di ascolto in ogni comune del distretto del ASL RMH possa rappresentare uno strumento efficace di penetrazione del mercato. Per quanto riguarda il presente studio di fattibilità verranno considerati come territori di riferimento quelli compresi nei due CSM coinvolti nell'analisi territoriale e cioè i Comuni di Marino e Ciampino (CSM H3) e i Comuni di Frascati, Colonna, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora (CSM H1).

Per Centro di Ascolto ci si riferisce ad un luogo fisico, presso il quale l'utenza può recarsi per ricevere informazioni, per una prima presa in carico, per essere indirizzata ai servizi e, naturalmente, ricevere una prima forma di supporto da parte di personale specializzato. Il modello

cui si fa riferimento è quello della psichiatria di collegamento e di consultazione (P.C.C.), abitualmente svolta presso le strutture Ospedaliere e/o i DSM, in collaborazione con i Medici di Medicina generale; il servizio garantisce importanti risultati sia sul piano della individuazione precoce dei disturbi psichici, che sul piano della qualità dell'assistenza di base.

La necessità dell'attivazione di una P.C.C. nei territori è abitualmente determinata da alcuni fattori:

- L'aumento considerevole del numero dei malati cronici (infartuati, dializzati, trapiantati, diabetici, malati di cancro) che presentano problemi psichiatrici e sociali,
- Il riconoscimento da parte dei medici di altre discipline che un sostegno di tipo psichiatrico può essere determinante nell'incrementare la compliance da parte del paziente, con una migliore riuscita delle procedure diagnostico- terapeutiche previste;
- Le richieste sempre più pertinenti di un miglioramento della relazione medico-paziente, basato sulla umanizzazione delle relazioni stesse e sull'ascolto, attento ed empatico, delle istanze di chi vive una sofferenza fisica e/o psichica.

I Centri di Ascolto che la rete propone di aprire sul territorio, sempre per la loro funzione di individuazione e canalizzazione dell'utenza, avrebbero due caratteristiche peculiari:

- Fornirebbero servizi a titolo gratuito
- Potrebbero essere aperti presso uffici privati o, tramite specifici accordi, anche presso i CSM

La sostenibilità di una struttura che eroga servizi a titolo gratuito è, naturalmente, un tema che va analizzato nel dettaglio e che è già in parte stato inquadrato nel paragrafo relativo al marketing, a quei cenni va aggiunto che, data la peculiarità dell'utenza, ovvero il suo numero alto in termini relativi, ma ridotto rispetto al totale della popolazione residente nel territorio di riferimento, il Centro di Ascolto può espletare in modo soddisfacente le sue funzioni anche garantendo l'apertura 2 giorni a settimana, per 4 ore al giorno e che la sua gestione è affidata abitualmente a 1

operatore specializzato (professionista psicologo, o assistente sociale, o educatore professionale)¹⁶, pertanto i costi sono effettivamente ridotti.

Il CdA è connesso alla rete interaziendale, ovvero ai suoi uffici operativi, tramite il sistema informativo che consente di inserire i dati dell'utente creando una database aggiornato e verificando in tempo reale la possibilità di erogare alcuni servizi, prenotando online i primi incontri con gli specialisti della rete interaziendale.

Da quanto affermato si rileva come i costi di gestione siano potenzialmente bassi – specialmente nel caso in cui l'ubicazione del Centro di Ascolto sia presso una struttura pubblica. In ogni caso va rilevato che:

- Il CdA è una struttura che nasce per erogare servizi informativi all'utenza
- L'integrazione con le strutture pubbliche avverrà unicamente a seguito di accordi sottoscritti al fine di coniugare le esigenze di presa in carico e cura che contraddistinguono i servizi di natura sanitaria
- Il CdA potrà indirizzare gli utenti a quei servizi di cui dovessero avere necessità e che la ASL non sarebbe nelle condizioni di erogare.
- La presenza nella compagine di OSA permette di effettuare notevoli economie in quanto la stessa dispone di strutture autorizzate per l'assistenza primaria in tutto il territorio di riferimento che saranno messe a disposizione per l'attivazione dei centri di ascolto.
-

Costi

I costi sono rappresentati dal corrispettivo delle prestazioni dei soggetti che presidiano il Centro e dai costi generali (pubblicità, promozione, consumi e costi di amministrazione). Per l'apertura e il presidio di 9 Centri di Ascolto nei comuni dei distretti H1 e H3 sono sufficienti 2 risorse a tempo pieno per un totale di 3400 ore ad un costo medio di euro 20 per ora.

¹⁶ Il centro di ascolto eroga principalmente servizi di carattere informativo, pertanto non sono necessarie figure mediche, anzi il personale con esperienza di carattere sociale può operare con pari efficacia nell'ottica della piena integrazione sociosanitaria.



Operatore	Ore totali	Costo medio orario	Totale
Assistente o Operatore Sociale	3456	20	69120

Ricavi

Trattandosi di attività erogata a titolo gratuito non sono previsti ricavi diretti.

Crono programma

Il crono programma prevede una rapida attivazione dei centri e nessuna necessità di investimento materiale essendo disponibili le sedi delle cooperative coinvolte che dispongono di spazi in tutti i comuni dell'area di riferimento che possono essere utilizzati in quanto non completamente sfruttati per le attività ordinarie dei soggetti coinvolti, per cui trattandosi di risorse interne alla rete non verranno quantificati nell'analisi economica i costi già sopportati dai partecipanti per ammortamenti, pulizie, ecc.

Attività	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Comunicazione Istituzionale												
Promozione												
Attività A Regime												

Analisi economica del prodotto

Gli investimenti sono contenuti dal punto di vista materiale. I costi sono quindi rappresentati dalla manodopera impiegata nel centro e dai costi di esercizio ed in parte da costi di promozione.

Come detto l'attività non prevede ricavi diretti.

**Conto economico di
prodotto***Valuta in Euro*

	Y1	Y2	Y3
Costi diretti di commessa	-34560	-69120	-69120
Manodopera	-34560	-69120	-69120
Costi Start Up			
Costi di esercizio	-5.000	-4.500	-6.000
Pubblicità e promozione	-5.000	-3.000	-3.000
Materiali di consumo		-500	-1.000
Altri costi generali e amministrativi		-1.000	-2.000
Ammortamenti			
Imposte d'esercizio	-	-	-
Totale	-39.560	-73.620	-75.120

2.2 Prodotto: Abitare

Definite le condizioni di contesto sia interne che esterne, valutata la completezza della partnership e il mercato potenziale¹⁷, costruita l'offerta innovativa sulla residenzialità a bassa intensità, è ora possibile definire il modello di business relativo al prodotto, che sarà analizzato attraverso una serie di assumption che saranno analizzate e spiegate.

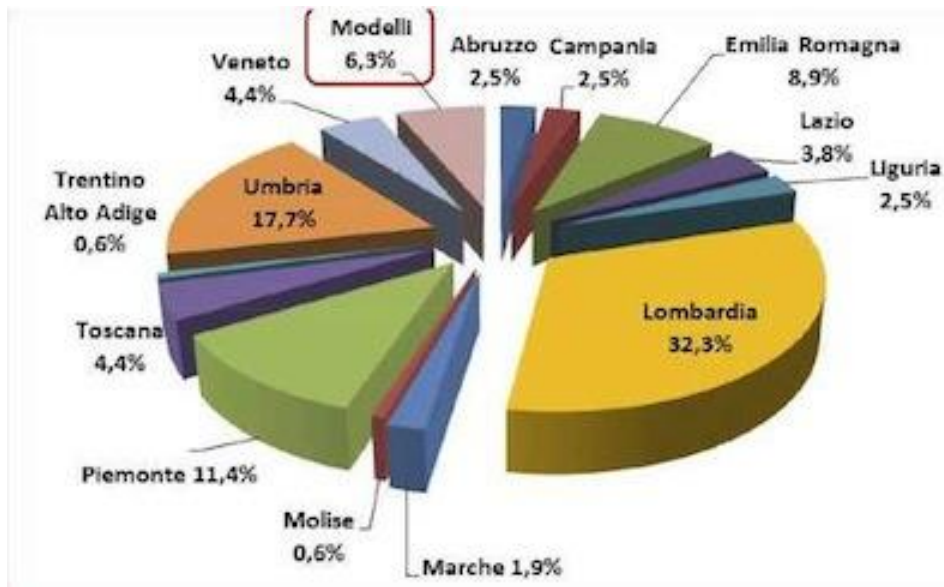
Sarà quindi enucleato un servizio da fornire dal nuovo soggetto che sarà sviscerato sia per i costi che per i ricavi, per i tempi di realizzazione, infine verrà simulato una vera di conto economico utile a definire la sostenibilità delle attività.

Si sottolinea infine che i dati saranno riferiti ai servizi forniti e non riguarderanno l'investimento della componente immobiliare e la sua sostenibilità, che riguardano eventuali partner o fornitori ma non coinvolgeranno direttamente le società della rete. A questo proposito basti un accenno alla sostenibilità degli affitti calmierati e dell'housing sociale.

Lo sviluppo di progetti di edilizia residenziale sociale ben si adatta alla congiuntura economica nazionale. La forte crisi di questi ultimi anni ha, infatti, indotto un'emergenza abitativa sempre più accentuata, cui però rispondono politiche abitative pubbliche (ERP) sempre limitate. uno studio sul mercato immobiliare lombardo proposto da Cresme e Ance Lombardia in cui si evidenzia come **in Lombardia lo scenario delle famiglie nel periodo 2010-2019** sarà così caratterizzato: delle 935.000 nuove famiglie alla ricerca di alloggio, **poco più del 40% sarà in grado di avere accesso al libero mercato**, un altro 42,5% si dovrà orientare all'affitto o ai programmi di edilizia agevolata, mentre circa 162.000 saranno quelle che probabilmente saranno costrette a rivolgersi al segmento sociale, pari al 17,5% circa del totale.

Anche l'Italia quindi si è vista costretta ad intraprendere il cammino verso il Social Housing. Sono oltre 150 i progetti avviati o in fase di cantierizzazione.

¹⁷ Vedi allegato 1



Partendo dall'avvio dei processi di dialogo tra gli operatori pubblici e privati coinvolti sino alla stipula di accordi formali nel 2011 EIRE(Expo Italia Real Estate) considera 157 progetti osservati cui aggiungere un totale di 23 bandi relativi a progetti di Social Housing sparsi per l'Italia.

I 157 progetti entrati nel monitoraggio sono localizzati tra Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Abruzzo, Campania e Veneto. E' in Lombardia che si concentra il maggior numero di progetti (32,3%), seguita dall'Umbria (17,7%) e dal Piemonte (11,4%). Bene anche per Emilia Romagna (8,9%) e Toscana e Veneto, con una pari quota del 4,4%, del totale. Il Lazio è ancora indietro con il 3,8% del totale.

Per quanto riguarda i costi - su questo aspetto si verifica la competitività del modello abitativo - si parla di un costo medio di costruzione che, calcolato su 82 progetti, ammonta a 1.109 €/mq, ma si registrano delle punte verso il basso fino a circa 600€/mq.

Il modello per essere profittevole deve garantire una buona redditività da locazione e basse spese di gestione. Calcolato su 16 progetti, il canone di locazione medio minimo risulta essere di 74,40 €/mq l'anno, mentre il canone medio max. arriva a 80,41 €/mq anno; per un alloggio di 70 mq si parla dunque di circa 434 €/mese (minimo) e un massimo di 469 €/mese. Si tratta di cifre che in una grande città possono risultare estremamente competitive mentre in provincia è più facile coinvolgere il sistema nella trasformazione in housing sociale del costruito invenduto.

Andrà quindi realizzata un'attività di scouting delle opportunità presenti sul mercato per adeguare le necessità di pazienti e famiglie con quella dei "fornitori" di alloggio, studiando le soluzioni più idonee alle esigenze di entrambi.

Per fare un ultimo esempio si prenda un costo di costruzione di € 1000 circa a m² costruito per un alloggio di 75 m² con spese di urbanizzazione e oneri accessori di pari al 30% del costo di costruzione di cui la metà recuperati attraverso la convenzione con i comuni per la cessione di aree in diritto di superficie e lo sconto sugli oneri di urbanizzazione per tali interventi. Risulta un totale di € 85.000 circa per appartamento, in cui possono risiedere 2 persone che pagano un affitto più oneri condominiali più spese di manutenzione e deperimento di circa 750 euro mese per un totale di 9000 euro anno per 15 anni rendono al proprietario € 135.000. Considerando gli oneri finanziari dei mutui oggi particolarmente bassi e l'intervento di strutture pubbliche come la Cassa Depositi e Prestiti o le stesse finanziarie regionali per ulteriore abbattimenti degli oneri sul mutuo, anche i costruttori privati possono considerare l'investimento profittevole.

Costi

Sul fronte dei costi di gestione dell'offerta di servizi per la residenzialità a bassa intensità comporta l'impegno delle figure professionali dello psichiatra, psicologo, educatore professionale, assistente sociale e OSS.

La tabella che segue definisce i tempi di impegno e i costi basati sul costo orario aziendale definito nel contratto nazionale per gli operatori delle cooperative del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo e di inserimento lavorativo - cooperative sociali.

Operatore	Impegno ore anno	Costo ora	Totale
Psichiatra	144	35,41	5099,04
Psicologo	1800	31,42	56556
Educatori professionali	1800	22,88	41184
Assistente sociale	2700	22,88	61776
Operatore sociale	2250	16,78	37755
Totale	8694		202.370,04

Ricavi

Sul fronte dei ricavi la situazione tipo prevede l'assistenza in casa alloggio a 15 soggetti di cui 7 avviati privatamente (soggetti che pagano una retta senza assistenza di contributi pubblici) e 8 soggetti assistiti attraverso invio da parte della ASL¹⁸. Nel caso dei privati la struttura valuta la possibilità di definire rette personalizzate sulla base delle condizioni economiche dei pazienti e delle famiglie per garantire il più possibile la sostenibilità dei costi.

L'ipotesi sotto riportata prevede il pagamento di una retta media da parte dei privati pari al 75% contributo che pagano i soggetti avviati dalla ASL (che per questi servizi paga un 50 euro al giorno per paziente da essa avviato come da convenzione per la terapia riabilitativa ad alta intensità in regime di assistenza domiciliare).

Tipologia	Ricavo annuo	Numero pazienti struttura	Totale
Paziente con diritto a contributo pubblico	18.000	8	144.000
Paziente privato	13.600	7	95.200
Totale			239.200

La sostenibilità per i privati è garantita da un livello di costi totali (vitto, alloggio, terapia, assistenza sociale e presidio anche notturno) di euro 1.913 circa per mese

Vitto	180
Alloggio	300
Terapia/Assistenza	1133
Mobilità E Varie	300
Totale	1913

¹⁸ L'ipotesi è estremamente prudente ed è fatta con lo scopo di evidenziare il Break Even Point dell'attività destinata ai territori dei 2 CSM coinvolti. Dalla conoscenza del territorio e dalle esperienze già svolte il fabbisogno risulta molto più elevato.

che possono essere sostenuti attraverso i proventi dell'attività lavorativa, delle pensioni di invalidità, da integrazione da parte delle famiglie, dai trust legati al dopo di noi e dall'integrazione dei servizi sociali comunali convenzionati.

	Utente con reddito da lavoro	Utente con pensione e accompagnamento
Reddito	1200	
Pensione		270
Accompagnamento		560
Integrazione Comune		300
Famiglie	713	783
Totale	1913	1913

Se paragonati ai costi che le famiglie sopportano per il mantenimento in casa o il ricovero in residenze sanitarie, cliniche private o comunità terapeutiche residenziali, l'offerta è assolutamente competitiva.

Considerando che le Asl per un ricovero in casa di cura o in struttura residenziale pagano circa 150 euro¹⁹ al giorno e non riescono, per carenza di risorse, a soddisfare tutte le richieste, si vede come ci sia spazio per un mercato privato che offra stessi servizi con oneri sostenibili e un risparmio notevolissimo per la finanza pubblica.

Inoltre è possibile ampliare il servizio aggiungendo i servizi per il placement e quelli di integrazione sociale, già sperimentato con successo nell'ambito del progetto ABILI – Abitare Lavorare Includere²⁰, che prevedono sessioni con esperti di placement, tirocini formativi e attività socializzanti sul territorio. Per queste attività non viene fatta una valutazione economica in quanto sono necessariamente parte di un percorso individuale non generalizzabile in termini di costo in quanto dipendente da troppe variabili (condizione del soggetto e tipo di patologia, condizione economica, tempi di rilascio delle attività).

¹⁹ Vedi allegato

²⁰ <http://www.gnosispsichiatria.it/index.php?id=6>

Crono programma

I tempi di attivazione dell'iniziativa e della promozione dell'offerta sono legati al reperimento della disponibilità degli alloggi. Si ritiene plausibile ipotizzare almeno un anno per il reperimento degli alloggi, il coinvolgimento degli enti istituzionali (comuni e ASL), il consolidamento dei rapporti con le associazioni delle famiglie e degli utenti.

Una stima dei tempi prevede sia possibile lavorare a regime dal dopo circa 16 mesi dall'inizio delle attività.

Allo start-up seguiranno le attività per il reperimento degli alloggi, per la comunicazione istituzionale e per la promozione dell'offerta e la previsione è quella di poter avviare una seconda comunità alloggio per la fine del secondo anno di lavoro. Il crono programma è suddiviso per fasi (sequenziali e/o sovrapposte).

Attività 1° Anno	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Comunicazione Istituzionale												
Reperimento Alloggi												
Convenzione Con Asl												
Convenzione Con Comune												
Promozione Dell'offerta												
Reclutamento Risorse Aggiuntive												
Avvio Delle Attività												
Attività A Regime												

Attività 2° Anno	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Comunicazione Istituzionale												
Reperimento Alloggi 2												
Convenzione Con Asl 2												
Convenzione Comune 2												
Promozione Dell'offerta												
Reclutamento Risorse Aggiuntive 2												
Avvio Delle Attività 2												
Attività A Regime												

Analisi economica del prodotto

Anche in questo caso gli investimenti sono contenuti dal punto di vista materiale. I costi sono quindi rappresentati dalla manodopera impiegata nel centro e dai costi di esercizio ed in parte da costi di promozione, che vedono un notevole sforzo sul marketing strategico per definire al meglio lo start up dell'iniziativa.

Conto economico di prodotto

Valuta in Euro

	Y1	Y2	Y3
Ricavi per lavorazione commesse	-	239.200	316.000
Costi diretti di commessa	-	-202.370	-252.963
Manodopera	-	-202.370	-252.963
1° margine	-	36.830	63.037
Costi	-17.000	-6.500	-8.000
Costi Start Up	-12.000		
Servizi marketing strategico	-12.000		
Costi di esercizio	-5.000	-6.500	-8.000
Pubblicità e promozione	-5.000	-3.000	-3.000
Assistenza hardware e software		-2.000	-2.000
Materiali di consumo		-500	-1.000
Altri costi generali e amministrativi		-1.000	-2.000
Risultato operativo lordo	-17.000	30.330	55.037
Ammortamenti			
Risultato operativo netto	-17.000	30.330	55.037
Imposte d'esercizio	-	8.189	14.860
Risultato netto	-17.000	22.141	40.177

2.3 Prodotto: assistenza al Placement (Lavorare)

L'assistenza al placement per gli utenti dei servizi di riabilitazione psichica e psico sociale è un'altra area che è stata considerata per lungo tempo tabù sia dalle imprese soggette agli obblighi di legge, che non avevano la sensibilità sociale di oggi, sia dal mondo della psichiatria, che fino agli anni settanta ha considerato il disabile psichico un soggetto da "custodire" piuttosto che da reinserire nel circuito della società attiva. È il paradigma proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'ICF, che ha spostato la responsabilità della condizione disabile dalla persona in sé al suo contesto di vita, e che propone il tema dei diritti in chiave di opportunità per tutti i cittadini, anche per coloro che presentano una menomazione, consentendo il pieno sviluppo delle abilità che risiedono in ognuno di noi.

La legge 68 del 12 marzo 1999, contenente le norme per il diritto del lavoro dei disabili, si basa sulla ratio della promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone interessate da disabilità nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. In sostanza, la legge parte dal presupposto che non vi può essere una aprioristica esclusione dal mercato del lavoro perché non sempre ad una particolare tipologia o grado di disabilità corrisponde una diminuzione delle capacità lavorative.

I soggetti beneficiari della normativa vigente sono le persone disoccupate e rientranti in una delle seguenti categorie:

- *Soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e portatori di handicap intellettivo con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;*
- *Invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%,*
- *Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi con eventuale correzione;*
- *Sordi; Invalidi di guerra, invalidi civili di guerra e di servizio;*
- *Vedove/i di deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, orfani, profughi e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (categoria quest'ultima alla quale viene dedicata una disciplina ad hoc).*

La legge citata prevede che **i datori di lavoro pubblici e privati siano tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alle sopra elencate categorie** in misura proporzionale alla propria dimensione occupazionale e nello specifico:

- 1 lavoratore se occupano da 15 a 35 dipendenti;
- 2 lavoratori se occupano da 36 a 50 dipendenti;
- 7% dei lavoratori in forza qualora occupino più di 50 dipendenti. In quest'ultima ipotesi è inoltre previsto l'obbligo di inserimento dei soggetti di cui all'art. 18, comma 2 L. 68/99 (*Vedove/i di deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, orfani, profughi e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata*) nella misura di 1 unità (nel caso di datori di lavoro che occupano da 50 a 150 dipendenti) ovvero dell'1% (nel caso di aziende che occupano oltre 150 dipendenti).

Il D. lgs. 81/2015, in vigore dal 25 giugno 2015, è intervenuto in materia, ampliando le tipologie contrattuali attraverso le quali è possibile procedere all'inserimento dei lavoratori disabili nell'organico aziendale.

Confermata la possibilità di assumere disabili con ogni tipo di contratto di lavoro subordinato, tra i quali ad esempio, **contratto di lavoro a tempo determinato, contratto di apprendistato, contratto part time** l'art. 34, comma 3, D.lgs. 81/15, introduce la possibilità per le aziende utilizzatrici di computare nelle quote di riserva ex art.3 l. 68/99 anche i **lavoratori disabili assunti con contratto di somministrazione** per missioni di durata non inferiore a dodici mesi. Ciò implica quindi per le aziende utilizzatrici la possibilità di computare nelle quote di riserva anche soggetti non assunti direttamente bensì tramite contratto di somministrazione di lavoro.

Rilevanti modifiche in materia di collocamento obbligatorio sono introdotte anche dal D. lgs. 151/15, in vigore dal 25 settembre 2015.

Tra le novità, ve ne sono alcune che incidono sulla modulazione variabile degli obblighi quantitativi di assunzione.

Innanzitutto occorre evidenziare che **dal 1 gennaio 2017 verrà eliminato il regime di gradualità**: ciò comporterà che, per i datori di lavoro che impiegano da 15 a 35 dipendenti, l'obbligo di inserimento della categoria protetta prescinderà dall'effettuazione di una nuova assunzione.

Viene inoltre introdotto l'obbligo di computare nella quota di riserva anche i lavoratori dipendenti che risultavano disabili prima dell'instaurazione del rapporto lavorativo, indipendentemente dal fatto che gli stessi siano stati inseriti tramite il collocamento obbligatorio, purché interessati da una capacità lavorativa ridotta al 60% ovvero una disabilità psichica maggiore al 45%.

Altre significative novità sono apportate alle modalità di assunzione nonché agli incentivi ad esse connesse.

A far data dal 1 gennaio 2016, sia nel caso di assunzione nominativa che a seguito della sottoscrizione di convenzioni ed indipendentemente dall'ottemperanza all'obbligo di assunzione, viene previsto un incentivo sotto forma di conguaglio contributivo pari a:

- 70% della retribuzione mensile lorda imponibile nel caso in cui il lavoratore assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato abbia una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79%;
- 70% della retribuzione mensile lorda imponibile nel caso in cui il lavoratore assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato abbia **una disabilità psico-intellettiva superiore al 45%**. In tal caso l'incentivo spetta per un periodo massimo di 60 mesi;
- 70% della retribuzione mensile lorda imponibile nel caso in cui il lavoratore assunto con contratto di lavoro a tempo determinato per un periodo non inferiore a 12 mesi abbia una disabilità psico-intellettiva superiore al 45%. In tal caso l'incentivo spetta per tutta la durata del contratto;
- 35% della retribuzione mensile lorda imponibile nel caso in cui il lavoratore assunto con contratto di lavoro a tempo determinato abbia una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 45% e il 79%.

La legislazione di sostegno apre quindi nuovi spazi su due versanti, sia a vantaggio del lavoratore disabile sia a vantaggio delle aziende, con un favor evidente per l'avviamento al lavoro dei disabili psichici.

La legge n. 68 del 1999 per il diritto al lavoro delle persone disabili prevede all'art. 2 il collocamento mirato. Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione. In questo spazio del collocamento mirato si situano una serie di azioni che servono a colmare per quanto possibile il gap tra disabilità psichica e produttività che possono essere attivate con forme e modalità differenti all'interno di un percorso integrato di riabilitazione.

Per realizzare il prodotto da destinare al mercato saranno utilizzate tutte le metodologie e le tecniche previste dalla legislazione, con un'attenzione particolare al percorso di cura e riabilitazione che il soggetto interessato percorre. Il raggiungimento dell'autonomia lavorativa è una tappa del percorso di cura e le evidenze scientifiche ormai confermano questa impostazione²¹.

E il percorso di cura e riabilitazione proviene da tutta una serie di canali ed esperienze dei singoli soggetti che si stabilizza o meno a seconda delle opportunità che vengono offerte ad ogni soggetto. Il lavoro è uno di questi elementi di stabilizzazione della patologia.

L'aumento dell'autostima, l'autonomia economica, la vita di relazione e la regolazione dei ritmi di vita sono gli elementi che la migliore ricerca individua come fattori stabilizzanti il disagio psichico e la prevenzione di ricadute.

²¹ Vedi allegato 2 e vedi **ISFOL, AA:VV:** le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: opportunità e barriere nei contesti aziendali, Roma 2012 e la numerosa bibliografia scientifica sul tema come ad esempio Becker. D.R. & Bond. G.R.(Eds.). (2002). Supported employment implementation and Mental Health Services Administration. Resource kit. Rockville, MD, Becker. D.R. & Drake, RE. (2003). A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press, Bissonnette. D. (1994). Beyond traditional job development: The art of creating opportunity. Center for Mental Health Services. Substance Abuse Chatsworth. CA: Milt Wright & Associates, Ford. L. H. (1995). Providing employment support to people with long-term mental illness. Baltimore. Brookes.

Nell'analisi di fattibilità ci concentreremo solo su alcuni di questi, l'Individual Placement Support – IPS, che per tipologia si presta a sviluppi anche commerciali interessanti e il più classico sistema dei tirocini formativi. In altra parte dello studio ci soffermeremo sulle attività di formazione professionalizzante che rappresentano un prodotto in qualche modo autonomo dagli altri anche se riconducibile anch'esso al placement.

La metodologia **IPS** (*Individual Placement and Support*) è una tecnica nata presso il New Hampshire Dartmouth Psychiatric Research Center, diretto da Robert Drake e già utilizzata con successo negli Stati Uniti e in Europa²².

Il metodo supera la mentalità assistenziale e permette alla persona di raggiungere posizioni che ne sanciscono l'inclusione sociale, con innegabili benefici per la sua salute mentale, la famiglia, la società e con notevole riduzione dei costi sociali.

Il metodo è concettualmente rivoluzionario: persone con disturbi mentali gravi (schizofrenia e disturbi bipolari in primis) possono accedere a un lavoro competitivo, fuori dalla rete di benefici sociali pur garantiti dallo Stato attraverso i percorsi protetti di formazione e formazione-lavoro previsti dal collocamento mirato attraverso la concessione di Borse di lavoro e Tirocini formativi. Se i percorsi protetti di inserimento lavorativo, dopo una lunga fase di formazione, raramente portano a un'assunzione vera e propria, il programma IPS mira a ottenere un ingresso nel mondo del lavoro basandosi sul sostegno individuale e su una valutazione concreta delle abilità della persona. Le Borse lavoro e i Tirocini formativi non vengono eliminati, ma sono funzionali solo ad alcuni soggetti, in particolare a quelli che non hanno una particolare motivazione al lavoro e all'autonomia e a quelli che necessitano di acquisire particolari abilità. L'IPS invece fa leva proprio su questi due aspetti, quello motivazionale e quello delle abilità residue specifiche e non. I progetti

²² Il progetto di ricerca europeo EQOLISE ha riproposto questo modello nel 2003, al fine di valutarne l'impatto in una realtà, quella del vecchio continente, dove il mercato del lavoro ha regole molto diverse rispetto a quello statunitense e che ha dato risultati più che soddisfacenti. Vedi a proposito del progetto Psichiatria di comunità- La rivista dei dipartimenti di salute mentale, volume 4 anno 2015 per la metodologia e A. Fioritti e V. Trono il sostegno all'impiego con l'individual placement and support (IPS) Nuove proposte per l'inserimento lavorativo. L'esperienza dell'IPS. http://isfoloa.isfol.it/xmlui/bitstream/handle/123456789/1229/Oss_4_2015_Fioritti_Trono.pdf?sequence= Roma, giugno 2015

individualizzati di riabilitazione hanno in questo senso già dato risultati interessanti e le esperienze di campo e di ricerca clinica sono incoraggianti.²³

I criteri minimi di inclusione in un progetto IPS sono: essere disoccupato o inoccupato, effettuare una richiesta esplicita di impiego, avere una forte motivazione. Non è motivo di esclusione avere una diagnosi grave. L'importante è che l'utente sia stabilizzato al momento dell'invio. La motivazione è l'aspetto centrale, in quanto consente di affrontare lo stress connesso alla ricerca del lavoro. L'IPS è una forma di accesso all'impiego senza programmi di formazione e transizione, in base alle attuali condizioni della persona, al suo grado di occupabilità attuale. Comprende un sostegno individualizzato in diverse fasi, il supporto nella ricerca, lo sviluppo e la sperimentazione di proprie capacità e conoscenze per affrontare la ricerca del lavoro, per migliorare l'autonomia, l'autostima, il senso di efficacia personale al fine di operare scelte e sperimentarsi in contesti reali ed integrati.

Da un punto di vista operativo l'intervento è gestito da operatori professionali IPS adeguatamente formati. Gli operatori si occupano di affiancare l'utente nella ricerca del lavoro vagliando le opportunità esistenti sul mercato locale senza però sostituirsi a lui, fornendo suggerimenti ed aiutandolo in tutte quelle operazioni che servono per raggiungere le mete pattuite (dalla preparazione del curriculum alla simulazione di colloqui di lavoro, dalla ricerca sulle fonti informative all'accompagnamento qualora l'utente sia molto emotivo), continuando a monitorarlo ed a fornirgli il necessario supporto anche nella fase di collocazione al lavoro attraverso sinergie

²³ Vedi allegato 2 e progetto ABILI (ABItare, Lavorare, Includere) un intervento complesso e articolato di contrasto a quelle forme di povertà ed emarginazione connesse con la disabilità e il disagio psico-sociale al quale hanno contribuito anche le cooperative Gnosis e Castelluccia in partnership con altre realtà del territorio e con la ASL RM6 finanziato dalla regione Lazio; il progetto si articolava in una pluralità di azioni e di servizi tra loro strettamente correlati, ma ciascuno con proprie caratteristiche specifiche e sull'utilizzo di una metodologia di coinvolgimento attivo della persona/nucleo familiare in situazione di grave deprivazione ed emarginazione sociale; attraverso questa modalità, complementare e non in contraddizione con i tradizionali interventi di natura assistenziale, ci si proponeva di intervenire non soltanto sullo stato critico attuale, ma anche sulle condizioni che determinano lo stato di emarginazione, rinforzando risorse personali e sociali e creando quelle condizioni individuali e contestuali che consentano una più stabile e definita inclusione sociale. L'insieme degli interventi previsti dal progetto concentrava l'attenzione su tre aspetti centrali nell'organizzazione della vita delle persone, attorno ai quali si creano spesso le condizioni che determinano situazioni di esclusione sociale: l'abitazione, il lavoro, le relazioni sociali; il progetto prevedeva in queste tre aree interventi che consentano agli individui di sperimentare situazioni di contesto normali e normalizzanti, che favoriscano l'autonomia, sganciandoli da dipendenze cronicizzanti dalle istituzioni.

con i servizi di salute mentale, con la famiglia, con i colleghi di lavoro ed attraverso l'adozione di tutte le misure e gli interventi finalizzati al mantenimento della propria posizione lavorativa.

Il metodo IPS motiva l'utente, non lo connota come paziente ma come persona, con delle preferenze, dei desideri e delle ambizioni, e lo mette in grado di ricevere una reale soddisfazione professionale. La metodologia IPS prevede pertanto un lavoro mirato a far emergere i punti di forza, la motivazione, le risorse e le abilità che una persona in difficoltà tende a dimenticare o rinnegare, in virtù anche di quella che è la sua condizione di paziente.

Le caratteristiche del metodo IPS quali la flessibilità, la personalizzazione delle azioni, l'integrazione con altri interventi, anche di natura terapeutico riabilitativa, la programmazione degli stessi a partire dalle caratteristiche, motivazioni, bisogni e risorse della persona, lo rendono particolarmente adatto a persone con disagio mentale che, per caratteristiche proprie, richiedono interventi mirati e particolari rispetto alle altre forme di disabilità.

Il metodo a differenza di altri approcci riabilitativi professionali, come inserimenti protetti o borse lavoro, non si basa su valutazioni preliminari e formative, ma punta direttamente alla ricerca attiva del lavoro, agendo sulla sfera del "saper essere" e non solo su quella del "saper fare".

I principi cardine della metodologia IPS sono i seguenti:

- Impiego competitivo,
- Eleggibilità basata sulla scelta dell'utente,
- Rapidità dei tempi,
- Attenzione alle attitudini dell'utente,
- Sostegno continuativo,
- Consulenza sull'opportunità economica (benefit),
- Lavoro sistematico di sviluppo professionale.

L'approccio di fondo è quello del "place and train", cioè dapprima si supporta la persona nel posizionarsi, in tempi il più rapidi possibili, in una postazione lavorativa reale e poi gli si fornisce il sostegno e la formazione specifica per poter mantenere in modo adeguato quel tipo di



professione. Tale impostazione si contrappone alle metodologie più tradizionali caratterizzate invece da un approccio “train and place”; cioè prima di raggiungere l’obiettivo di un lavoro reale è previsto un lungo periodo di formazione in contesti pro tetti. Lo scopo di tale preparazione è quello di far acquisire alla persona le abilità fondamentali per poter sostenere un’esperienza di lavoro reale.

Le due metodiche non sono in contrapposizione andranno utilizzate in funzione delle condizioni di ingresso dei singoli soggetti e delle possibilità del momento dal punto di vista occupazionale.

Il servizio che verrà attivato avrà diverse finestre di ingresso: il centro di ascolto per i soggetti privati e il CSM per i progetti individualizzati che prevedono l’avviamento al lavoro, ospiti delle comunità riabilitative del territorio, soggetti privati con disabilità psico sociale con forte motivazione al placement, associazioni di famiglie e utenti del territorio, soggetti privati intercettati attraverso la gestione e l’erogazione dei prodotti e dei servizi anche di altra natura da parte delle cooperative coinvolte nella Rete. Per far fronte alla domanda saranno inoltre sviluppate convenzioni con aziende del territorio che desiderano attivare assunzioni, obbligatorie e non, in modo concordato e assistito da professionisti del placement²⁴, in modo da realizzare un vero incontro tra domanda e offerta. Va sottolineato che attraverso l’utilizzo della metodologia IPS non si realizza mai l’interposizione al lavoro, ancora vietata dalla nostra legislazione, ed appannaggio di soli soggetti autorizzati come le Agenzie per il lavoro interinale, in quanto le attività si sostanziano dal lato cliente nell’attività di orientamento, sostegno e coaching e dal lato delle aziende in attività di scouting e selezione. Se necessario la società veicolo della rete si doterà delle autorizzazioni necessarie a svolgere l’attività di ricerca e selezione di personale, che potrebbe essere allargata anche a soggetti con diversa disabilità o a soggetti normodotati con difficoltà a rapportarsi col mercato del lavoro.

²⁴ In questa direzione si è mosso un progetto di inserimento realizzato dalla cooperativa Gnosis in collaborazione con Adecco e l’associazione Nuova Linfa per l’inserimento al lavoro di tre disabili psichici inseriti in gruppi appartamento presso la Procter & Gamble nella sede di Roma. La cooperativa Gnosis ha curato il reclutamento e l’inserimento applicando la metodologia IPS.

Inoltre è possibile attivare convenzioni di inserimento presso le cooperative di tipo B per la somministrazione convenzionata di manodopera disabile in base ad accordi quadro sottoscritti dalle organizzazioni rappresentative del movimento cooperativo.

Restando però nell'ambito di interesse dello studio di fattibilità le proiezioni economiche e il cronoprogramma saranno sviluppati sul prodotto assistenza all'impiego competitivo attraverso la metodologia IPS.

Il prodotto è realizzato attraverso risorse già presenti nella compagine (operatori IPS) e non ha bisogno di investimenti strutturali poiché saranno ottimizzati l'utilizzo di spazi e strumenti realizzando economie di scala. Gli operatori infatti utilizzeranno gli spazi e le strumentazioni dei centri di ascolto e delle cooperative coinvolte che risultano idonei e sufficientemente attrezzati per lo scopo. Nella prima fase verranno impegnati 2 operatori già esperti che potranno seguire un gruppo di 30 soggetti²⁵ da avviare al lavoro per cui non sarà necessario prevedere assesment e formazione preliminare.

Costi

Sul fronte dei costi di gestione dell'offerta di servizi per il placement comporta l'impegno della figura dell'educatore professionale con esperienza e certificazione IPS.

La tabella che segue definisce i tempi di impegno e i costi basati sul costo orario aziendale definito nel contratto nazionale per gli operatori delle cooperative del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo e di inserimento lavorativo - cooperative sociali.

Operatore	Impegno Ore Anno	Costo Ora	Totale
Educatori Professionali (2,5)	4000	22,88	91520
Totale	4000		91.520,00

Ricavi

Sul fronte dei ricavi la situazione tipo prevede l'assistenza al placement per 2 gruppi di 15 soggetti ognuno assistito da un operatore IPS a tempo pieno. Nel caso dei privati la struttura valuta la

²⁵ Il manuale operativo dell'IPS prevede che ogni operatore non superi i 25 soggetti da assistere.

possibilità di definire rette personalizzate sulla base delle condizioni economiche dei soggetti e delle famiglie per garantire il più possibile la sostenibilità dei costi.

L'ipotesi sotto riportata prevede il pagamento di una retta media di Euro 3.000 circa per ogni intervento da parte dei soggetti privati avviati al lavoro e di Euro 4.630 per i pazienti avviati dalla ASL con i progetti individualizzati, ipotizzando per entrambi i tipi 150 ore di intervento. I costi possono essere sostenuti dalle famiglie o dai soggetti stessi, in ogni caso può essere definita una modalità di pagamento al buon esito e in forma differita.

Per gli interventi di sostegno successivi all'assunzione saranno applicati i costi orari contrattuali comprensivi di overhead aziendale (all'incirca 25 euro/ora). Per quanto riguarda i soggetti avviati dal CSM attraverso i progetti individualizzati vanno distinti tre modelli di servizio, Alta, Media e Bassa intensità riabilitativa che rispettivamente prevedono l'erogazione di 48, 32 e 16 ore mensili di intervento e vengono pagati dalla ASL a euro 32,15 per ora.

Altro ricavo sarà quello derivante dalla stipula di convenzioni con aziende del territorio per la ricerca e selezione del personale. Come detto (ma ad oggi non risulta in quanto le attività di sostegno ai soggetti in cerca di lavoro e quelle rivolte alle aziende non sono in stretta correlazione funzionale, e potrebbero essere svolte da soggetti diversi, le cooperative sociali per i Percorsi IPS e la società veicolo per i rapporti e le convenzioni con le aziende) la società veicolo della rete, qualora necessario, si doterà delle autorizzazioni necessarie a svolgere l'attività di ricerca e selezione di personale e potrà comunque sottoscrivere accordi di partenariato e collaborazione con soggetti autorizzati.

Ipotizzando il gruppo di 30 soggetti e stimando in euro 2.000 anche il costo per le aziende deriva una ricavo di Euro 174.450 annuo che copre abbondantemente i costi di esercizio dell'attività.

Cliente	Costo Prestazione	Numero Prestazioni	Ricavo Totale
Asl	4630	15	69450
Privato	3000	15	45000
Azienda	2000	30	60000
Totale			174.450,00

Crono programma

I tempi di attivazione dell'iniziativa dell'offerta sono legati all'attivazione dei centri di ascolto e al marketing istituzionale. Si ritiene plausibile ipotizzare almeno 3 mesi per il coinvolgimento degli enti istituzionali (ASL e relativi CSM), il consolidamento dei rapporti con le associazioni delle famiglie e degli utenti e l'attivazione di convenzioni con le imprese del territorio.

Partendo dal presupposto che nella cooperativa Gnosis operano diversi operatori IPS già formati e con esperienza sul campo, e che le tre cooperative della Rete hanno una serie di rapporti consolidato con il territorio di attività della compagine, una stima reale dei tempi prevede sia possibile lavorare a regime dal dopo circa 6 mesi dall'inizio delle attività. Il crono programma è suddiviso per fasi (sequenziali e/o sovrapposte).

Attività 1° Anno	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Comunicazione Istituzionale												
Convenzione Con Asl												
Convenzione Con Aziende												
Avvio Delle Attività 1												
Attività 1 A Regime												
Avvio Delle Attività 2												

Attività 2° Anno	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Comunicazione Istituzionale												
Convenzione Con Aziende												
Attività 1												
Attività 2 A Regime												
Avvio Delle Attività 3												

Analisi economica del prodotto

Gli investimenti sono assenti dal punto di vista materiale. I costi sono quindi rappresentati dalla manodopera impiegata nel centro e dai costi di esercizio e da costi di promozione. La quota di costo amministrativo è maggiore che negli altri prodotti data la natura in qualche modo comunque burocratica dell'attività.

Conto economico di prodotto

Valuta in Euro

	Y1	Y2	Y3
Ricavi per lavorazione commesse	87.225	174.450	261.675
Costi diretti di commessa	-73216	-91.520	-137.280
Manodopera	-73216	-91.520	-137.280
1° margine	14.009	82.930	124.395
Costi	-6.500	-4.500	-5.750
Costi di esercizio	-8.500	-8.500	-8.750
Pubblicità e promozione	-5.000	-3.000	-3.000
Materiali di consumo	-500	-500	-750
Altri costi generali e amministrativi	-3000	-5.000	-5.000
Risultato operativo lordo	7.509	78.430	118.645
Ammortamenti			
Risultato operativo netto	7.509	78.430	118.645
Imposte d'esercizio	2.027	21.176	32.034
Risultato netto	5.482	57.254	86.611

2.4 Prodotto: attività di socializzazione (Includere)

L'attività di inclusione sociale è quella che meno si presta ad essere organizzata in forma di prodotto, poiché rappresenta un contenitore di molteplici azioni positive che mirano ad assistere i percorsi di socializzazione di soggetti fortemente colpiti da quello che si definisce stigma e che spesso convivono con stati personali che ne minano in profondità l'autostima.

Gli aspetti legati all'autonomia abitativa e dell'avviamento al lavoro, che sono i più importanti elementi di inclusione sociale per i soggetti con disagio psichico e psico sociale, sono già stati trattati ampiamente nel presente studio di fattibilità, tratteremo qui gli altri aspetti rappresentativi dell'inclusione, quelli che riguardano la vita di relazione delle persone e l'esercizio dei diritti "sociali" di cittadinanza.

Ci riferiamo alla gestione del tempo libero, allo sport, alla vacanza, allo sviluppo di attività culturali e al coinvolgimento attivo della rete sociale territoriale per includere sempre più chi è stato marginalizzato o escluso dalla vita di relazione. Gli obiettivi di queste attività sono genuinamente socio sanitari e si concretizzano nel

- Contrastare la marginalizzazione e l'emarginazione sociale di persone/famiglie con disabilità e/o grave disagio psico-sociale.
- Incrementare i processi di partecipazione e di cittadinanza attiva di persone con grave disagio mentale.
- Limitare i rischi di cronicizzazione.
- Ridurre i pregiudizi nei confronti della disabilità e della malattia mentale;
- Fornire sostegno psicosociale ed evitare possibili ricadute
- Stimolare la vita di relazione delle persone con disabilità che necessitano di un supporto per raggiungere un soddisfacente livello di integrazione sociale

-
- Prevenire l'istituzionalizzazione
 - Valorizzare le abilità spesso inespresse e stimolare la promozione della massima autonomia
 - Salvaguardare la dignità della persona con disabilità e della sua famiglia
 - Supportare la persona con disabilità, la sua famiglia e il contesto sociale di riferimento
 - Collaborare con i servizi territoriali al fine di creare le condizioni per un'integrazione efficace
 - Offrire prestazioni di supporto all'assistenza domiciliare

Le azioni proposte in questa area si configurano come un possibile proseguimento, estensione ad un più ampio territorio e implementazione di una serie di progetti che le Cooperative facenti parte della costituenda Rete hanno attivato nel corso di questi anni, spesso in collaborazione con Dipartimenti di Salute Mentale e Distretti Socio Sanitari appartenenti alle ASL, al fine di strutturare percorsi di inclusione sociale e interrompere la relazione di natura circolare, di costante e reciproco rinforzo che intercorre tra disagio psichico e isolamento sociale.

Se da una parte infatti esiste una ampia fascia di utenti dei servizi psichiatrici territoriali che mostra congiuntamente gravità clinica, disabilità e marginalità, proponendo criticità talmente complesse e multiformi da non poter trovare una risposta pienamente soddisfacente esclusivamente all'interno dei servizi stessi, dall'altra c'è una gamma, altrettanto se non più vasta, di persone "al limite", che non presentano un disturbo psichiatrico conclamato²⁶, ma che rischiano, in seguito a difficoltà e fragilità personali, familiari e sociali, di trovarsi gradualmente esclusi dal contesto sociale.

In entrambi i casi, sia che si tratti di ricostruire o costruire ex novo un tessuto relazionale e sociale, sia che si tratti di proteggere e rinforzare legami fragili e problematici con la società, appare evidente la necessità di interventi che utili ad intervenire in quelle situazioni di grave

²⁶ Esistono stime attendibili che disturbi mentali come depressione, ansia, attacchi di panico e disturbi del controllo alimentare interessano complessivamente almeno una persona su tre nell'arco della vita e che una su dieci farà ricorso a sistemi di cura per disagio mentale. Vedi ad esempio Dewa CS et al. [Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. Int J Occup Environ Med, 2014; 5\(4\):175-86](#)

emarginazione connesse a situazioni di disabilità e di disagio mentale; prevede la costituzione di esperienze di socializzazione, individuali e familiari, che consentano a persone isolate di sperimentare quelle situazioni di interazione e scambio che rappresentano le basi, accanto all'autonomia abitativa e al reinserimento lavorativo, per un reinserimento sociale in grado di offrire dignità e soddisfazione alla persona.

L'intervento si struttura in diverse tipologie di attività:

Attività 1²⁷: costituzione di uno spazio di accoglienza aperto una volta a settimana che funzioni come portale di accesso ad attività differenti che saranno organizzate di volta in volta, anche in luoghi dislocati sull'intero territorio dell'RM H

- a) L'azione proposta prevede l'individuazione di una sede che funzionerà come un club, una base e un punto stabile di accoglienza dove si svolgeranno alcune attività ed esperienze di socializzazione e dove verranno organizzate, all'interno di una programmazione che riguarderà tutti i partecipanti, le attività distribuite in un calendario trimestrale. La sede potrà coincidere con i centri di ascolto di cui sopra o potrà essere allocata altrove²⁸.
- b) Le attività si organizzeranno attorno ad alcune aree principali (musica, attività culturale, sport, gite, momenti conviviali); alcune attività (laboratori, musica, cene) avranno una cadenza regolare, altre si configureranno come eventi e si svolgeranno 2 volte al mese.
- c) L'intervento sarà attivato in un programma di attività distribuite su 12 mesi con un monte ore complessivo di 760 h di attività oltre alla possibilità di attivare un servizio di accompagnamento alla vacanza per due gruppi di 15 utenti con il supporto di 5 operatori per ogni gruppo per un totale di 1050 ore di impegno.

²⁷ Questa azione si propone di dar continuità ad un progetto del Distretto Socio Sanitario H1 gestito fino a giugno 2012 dall'Associazione Alchimia in collaborazione con il DSM di Frascati, denominato "Sabato club"; tale progetto orientato all'inclusione sociale di soggetti con disagio mentale, ha visto il coinvolgimento in una serie di attività musicali, culturali, sportive, gite e momenti conviviali di persone disagiate, segnalate dal CSM di Frascati e dai Servizi Sociali Comunali del Distretto RM H1, accanto a familiari, cittadini, associazioni del territorio, soci di Alchimia. Gli ottimi risultati quantitativi (coinvolgimento di 116 persone, di cui il 20% familiari e il 30% cittadini attivi) e qualitativi rilevati dalla relazione finale del progetto evidenziano l'efficacia di un intervento che ha rappresentato un punto stabile di riferimento per persone e famiglie in condizione di emarginazione ed esclusione sociale.

²⁸ La sede dei centri potrà essere messa a disposizione ad esempio dai Distretti Socio Sanitari che, ad esempio, in progetti analoghi di tipo sperimentale hanno dato formale adesione e offerto la disponibilità di spazi e attrezzature come forma di compartecipazione a favore degli utenti. La scelta sarà comunque effettuata in base al criterio della maggiore e più equa accessibilità per tutti gli utenti del territorio.

d) Alcuni laboratori verranno condotti da specialisti/maestri; singole attività saranno svolte in collaborazione con Associazioni di famiglie e di Utenti Familiari Esperti.

Attività 2²⁹: costituzione di 3 gruppi multifamiliari che si svolgeranno presso 3 differenti sedi, dislocate sul territorio; si prevede che i gruppi multifamiliari, a cadenza quindicinale e con durata di 2 ore, coinvolgeranno ciascuno in media 10 nuclei familiari e circa 20-25 persone per un totale stimato di 30 nuclei familiari e circa 60-65 persone

Questa azione prevede la costituzione sul territorio di Gruppi multifamiliari rivolti a nuclei familiari che, in seguito al disagio mentale o alla disabilità di uno dei membri e/o a causa di fragilità strutturali preesistenti si trovano in una condizione individuale e familiare di emarginazione ed esclusione sociale; il Gruppo Multifamiliare offre uno spazio di confronto libero in cui ciascuno, persona con disagio o familiare, può attivare esperienze di confronto paritario in cui è possibile sperimentare modalità di gestione del conflitto, di contrattazione, di mediazione e acquisire (o riacquisire) quelle capacità conversazionali necessarie per rapportarsi con i contesti “normali”.

La metodologia utilizzata nella conduzione fa riferimento all’approccio proposto inizialmente in Argentina da Garcia Badaracco³⁰ e si basa sull’ipotesi che esista in ciascun individuo una virtualità sana, spesso imbrigliata all’interno di relazioni e interdipendenze patologiche, che nello scambio e nel rispecchiamento grupppale, può essere riconosciuta, sostenuta e rinforzata; ciascun

²⁹ I gruppi multifamiliari rappresentano per la Cooperativa Gnosis, una modalità di lavoro e una filosofia di intervento in situazioni di grave disagio ed emarginazione che attua dal 2005 all’interno delle Comunità Terapeutico Riabilitative per pazienti adulti con disturbi psichici “La Grande Montagna” e “La Castelluccia”; in tal senso la Cooperativa risponde ad una esigenza emersa in più occasioni negli spazi di confronto formali e informali con le associazioni del territorio, legata alla necessità di presa in carico, in un contesto non connotato chiaramente come terapeutico, di pazienti e famiglie in situazioni critiche, ma prive di un rapporto stabile con i CSM, e di pazienti e famiglie il cui disagio ed emarginazione sociale non può essere chiaramente connotato in termini psichiatrici.

D’altra parte, a fronte di una esigenza molto forte, nel territorio del distretto RM H è presente un solo altro Gruppo Multifamiliare che utilizza l’approccio di Garcia Badaracco, anch’esso però presente in un contesto psichiatrico, il CSM di Frascati.

³⁰ Come riferimento è possibile recuperare metodologia ed esperienze in

Garcia Badaracco, J.E. (1986). «Identification and its vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of the Maddening Object». *Int. J. Psycho-Anal.*, 67, 133-146.

Garcia Badaracco J.E. (1997). *La Comunità Terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Milano, Franco Angeli.

Garcia Badaracco J.E. (2004). *Psicoanalisi Multifamiliare*. Torino, Bollati Boringhieri.

Garcia Badaracco J.E. e Narracci A. (2011). *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*. Torino, Antigone.

incontro di gruppo, della durata di 2 ore, sarà condotto da 2 Psicoterapeuti Familiari che avranno la funzione di mediare le dinamiche gruppalì e di garantire che il gruppo non riproponga quelle modalità di esclusione e sopraffazione che i soggetti hanno sperimentato nei contesti sociali. Il gruppo rappresenta infatti un microcosmo sociale che può funzionare da un lato per le persone più fragili come palestra dove rafforzare le capacità sociali e relazionali, dall'altro per i familiari e gli osservatori come punto di vista privilegiato da cui osservare gli altri senza il filtro dello stigma e del pregiudizio

Attività 3³¹: costituzione di un servizio pomeridiano di accoglienza e mensa che funzioni come spazio diurno di integrazione sociale, sostegno e recupero; il centro offrirà attività di socializzazione ed uno spazio mensa e sarà aperto tre giorni a settimana per quattro ore al giorno, con una utenza di 8 persone

Questa azione prevede la costituzione di uno spazio di accoglienza e mensa per persone con grave disabilità psicosociale che risponda ed una grave carenza sul territorio di servizi assistenziali e di socializzazione pomeridiani.

Si descrivono di seguito le principali caratteristiche del servizio:

Le attività del Centro permettono di garantire:

- L'ospitalità pomeridiana
- L'assistenza, l'accudimento ed l'accompagnamento dell'Utente
- Gli interventi socio-educativo-riabilitativi mirati
- L'educazione al raggiungimento di un adeguato livello di autonomia personale
- Il mantenimento e lo sviluppo delle capacità psichiche, sensoriali, motorie e manuali residue
- La creazione di programmi individualizzati con obiettivi a breve e lungo termine;

³¹ L'intervento intende rispondere ad una richiesta emersa da parte dei genitori degli utenti che afferiscono con diverse modalità di accesso ai servizi delle cooperative ed associazioni del territorio, ovvero di istituire un servizio pomeridiano di accoglienza per gli utenti del territorio, volto a sostenere le stesse famiglie, molto spesso isolate e private di qualsiasi forma di piacere, svago o semplice tempo libero e, nel contempo, a limitare una condizione di solitudine, frustrazione e disagio in cui versano soggetti in condizioni di fragilità sociale. Non sono presenti infatti sul territorio dell'RM H servizi assistenziali ed emergenziali a copertura pomeridiana che vedono coinvolte persone disabili, pur essendocene una forte richiesta da parte del territorio.

- La creazione di rapporti di gruppo con osservazione e verifica delle dinamiche relazionali
- La promozione di iniziative di sensibilizzazione e di inserimento degli Utenti nel contesto territoriale
- Il servizio mensa

La programmazione delle attività socio-educative, promosse dall'Equipe Riabilitativa, si articolerà in una serie di laboratori multidisciplinari e di percorsi strutturati, descritti qui di seguito, funzionali alle capacità residue degli Utenti.

- Laboratorio plastico-manipolativo e grafico-pittorico

Strutturato per la creatività e la libera espressione, può essere organizzato in due angoli: l'angolo della pittura e l'angolo plastico-manipolativo. Ogni Utente ruoterà nelle varie mansioni dell'Unità a Produttività Ridotta. Tale modalità organizzativa permetterà un'attenta osservazione delle dinamiche relazionali tra i partecipanti e la verifica delle stesse.

- Laboratorio di espressione corporea

Il laboratorio si pone come una sperimentazione innovativa di lavoro sul proprio corpo, alla ricerca di una maggiore sintonia interiore e nella relazione con gli altri. Il percorso prevede un intervento di supporto al movimento creativo, con elementi di danza/terapia per favorire un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità. Il laboratorio intende offrire uno spazio a tutti quegli impulsi creativi e desideri di libera espressione che in genere non trovano modo di manifestare nella maniera adeguata.

- Laboratorio musicale

L'attività ruota intorno all'elemento suono, fulcro del progetto, tenendo conto del suo significato nell'accezione più ampia: si parte dal suono come rumore per arrivare al suono come musica. La musicoterapia può infatti essere considerata una modalità per entrare in relazione con la persona attraverso il suono o la musica, considerati strumenti di comunicazione non verbale.

La metodologia di lavoro prediligerà la forma ludica e darà ampio spazio alla creatività degli utenti protagonisti di questa attività e delle loro richieste. Tutte queste esperienze avranno alla base la comunicazione non verbale fatta di suoni, di colori e di movimenti. La musica offre all'utente la possibilità di esprimere e percepire le proprie emozioni, di mostrare o comunicare i propri sentimenti o stati d'animo attraverso il linguaggio non verbale.

- Laboratorio di autonomia

Tra gli obiettivi che il Centro Pomeridiano intende perseguire si colloca in primis il raggiungimento ed il mantenimento delle abilità conseguite dall'Utente con fragilità sociale, nonché il potenziamento, laddove possibile, delle competenze nelle azioni di cura della propria persona: lavarsi, vestirsi, l'uso e la cura degli indumenti, mangiare, sviluppare e mantenere determinate abilità occupazionali.

- Laboratorio teatrale

Con l'ausilio di un animatore si organizzeranno rappresentazioni teatrali nelle quali gli utenti del Centro saranno i protagonisti; saranno attuate manifestazioni e spettacoli pubblici.

- Laboratorio di educazione alla salute

Il laboratorio propone esperienze per condurre l'utente a riflettere sulle proprie abitudini alimentari e a conoscere le caratteristiche di una sana alimentazione per instaurare con il cibo un rapporto consapevole, positivo e sereno.

- Laboratorio di Cineforum

- Uscite sul territorio

L'attività intende offrire agli utenti un'esperienza di forte valore sociale, educativa e formativa, capace di garantire apprendimenti diversi e diversificati attraverso la dimensione del gruppo e del vivere in comunità. Si propone di fornire occasioni di integrazione e di prevenzione dell'emarginazione per quei nuclei familiari che presentano situazioni di disagio sociale. I soggiorni possono essere considerati interventi di sollievo per le famiglie di soggetti in situazione di disabilità che non possono contare su una rete di supporto e che, in situazioni di particolare difficoltà, potrebbero vedere

nell'istituzionalizzazione l'unica soluzione per fronteggiare i problemi. Attraverso questa modalità si intende sperimentare e consolidare una metodologia di rete che coinvolga più soggetti istituzionali in un processo di programmazione partecipata. Il progetto prevede la realizzazione di gite esterne aventi come obiettivo la conoscenza e l'integrazione con il territorio.

- Servizio di accompagnamento alla vacanza

Sarà proposto un servizio di accompagnamento alla vacanza che consenta ai soggetti coinvolti la possibilità di fruire del momento principe di relax durante l'anno, e alle famiglie e ai caregiver la possibilità di recuperare energie e motivazioni. Saranno garantite presenze in numero adeguato delle diverse professionalità occorrenti in funzione della tipologia di partecipanti all'iniziativa e il supporto remoto della struttura di coordinamento attraverso la piattaforma³² di servizio.

- Stanza Snoezelen

La scelta di un lavoro basato sull'approccio delle stimolazioni plurisensoriali nasce dall'esigenza di delineare un adeguato intervento terapeutico ed educativo per i soggetti con una grave compromissione delle capacità relazionali e comunicative. Rispondere al bisogno di comunicazione di queste persone rappresenta un aspetto fondamentale per contenere le problematiche che concorrono a rendere complesso l'approccio relazionale e per poter migliorare la qualità della vita dei pazienti. La difficoltà di individuare un canale comunicativo può determinare un alto livello di frustrazione nella gestione della relazione con le figure di riferimento in generale ed in particolare con le figure assistenziali. Questo compromette l'attuazione adeguata dell'iter riabilitativo, rendendo difficile il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Il progetto si prefigge di utilizzare la metodologia delle stimolazioni plurisensoriali, con particolare riferimento all'approccio Snoezelen, per individuare in questi pazienti il canale comunicativo e rendere così possibile l'apertura alla relazione e al raggiungimento degli obiettivi specifici. La stimolazione multisensoriale viene condotta all'interno di ambienti strutturati ad hoc, che essendo privi di stimoli esterni, facilitano la percezione dell'ambiente circostante, alleviando nel contempo gli effetti di una prolungata privazione.

³² Vedi oltre nel paragrafo riguardante i servizi socio assistenziali

Gli utenti del Centro potranno utilizzare lo spazio strutturato ed attrezzato di tipo Snoezelen con il personale tecnico del Centro, che offre la possibilità di orientare adeguatamente gli interventi riabilitativi sull'area comunicativa ed affettivo/relazionale, oltre che sul livello di motivazione e sull'autostima.

- Percorso famiglia

Nella metodologia della partecipazione e dell'integrazione della persona con disabilità nel contesto sociale risulta quanto mai importante includere un percorso parallelo con i genitori/familiari degli utenti che frequentano il Centro.

Accanto al lavoro con i genitori, si prevede infatti di offrire un supporto psicologico agli utenti, con interventi individuali e/o di gruppo finalizzati ad intervenire su alcune dinamiche particolari attivate all'interno del Centro o su nuclei conflittuali irrisolti, che necessitano un intervento specifico. Per il sostegno ai familiari, la metodologia di lavoro prevede una modalità partecipativa: il genitore avrà un ruolo di soggetto attivo e sarà coinvolto nel progetto riabilitativo del proprio figlio attraverso la condivisione degli obiettivi e delle strategie educative che l'equipe individuerà nella stesura dei singoli progetti riabilitativi. Si prevede la realizzazione di incontri di gruppo e incontri individuali. Gli incontri di gruppo saranno funzionali alla presentazione del percorso ed all'approfondimento di problematiche personali, necessità specifiche, etc. Per quanto concerne l'intervento di sostegno psicologico da attivare sugli utenti, si stabiliranno delle modalità specifiche tenendo conto dell'individualità del singolo e delle specifiche necessità

Costi

I costi previsti riguardano anche in questo caso principalmente la manodopera anche se la componente degli altri costi di gestione è qui più alta data la natura delle attività.

Il personale impegnato in è costituito da:

- 2 educatori (di cui 1 con funzione di coordinatore dell'area)
- 3 maestri d'arte

Per complessive 800 ore

- 10 assistenti per servizio di accompagnamento vacanze

per complessive 1050 ore

- 2 psicologi – psicoterapeuti familiari

Per complessive 300 ore

- 1 Referente clinico organizzativo
- 1 psicoterapeuta
- 1 educatore
- 1 terapeuta della riabilitazione
- 1 personale OSS

Per complessive 2256 ore

In relazione alla specificità delle attività, che si articolano in aree distinte ma strettamente connesse tra loro, il personale sarà prevalentemente impegnato in più aree, al fine di garantire l'articolazione di attività che contribuiscono al medesimo obiettivo del contrasto all'emarginazione e dello sviluppo di processi di inclusione sociale.

Costi	Ore totali	Costo unitario	Totale
<u>AZIONE 1:</u>			
Presenza educatori	600,00	20,00	12.000,00
Presenza maestri d'arte	176,00	20,00	3.520,00
Servizio assistenza vacanza	1.050,00	20,00	21.000,00
Spese materiale laboratori			1.500,00
Pubblicità e promozione (per tutte le attività)			2.000,00
Spese gestione			3.000,00
Trasporti (Gite, eventi, accompagnamento utenti)			6.000,00
AZIONE 2			
Gruppi multifamiliari (Conduzione Psicoterapeuti)	240,00	30,00	7.200,00
Coordinamento di area (prime due azioni)	104,00	20,00	2.080,00
AZIONE 3			
Psicologo referente	144,00	22,00	3.168,00
Terapisti occupazionali	288,00	12,00	3.456,00
Coordinatore centro	576,00	16,50	9.504,00
Educatore	288,00	12,00	3.456,00

Maestro d'arte	192,00	20,00	3.840,00
OSS	768,00	10,00	7.680,00
Servizio mensa			5.822,67
Gestione tecnico - amministrativa			1.711,68
Materiale di consumo per laboratori			2.880,00
Assicurazione R. C.			160,00
Servizi pulizia			1.296,00
Altri servizi (spese gestione varie)			3.000,00
Costo totale			104.274,35

Le azioni proposte in questa area non sono in contrapposizione con servizi o interventi già presenti sul territorio, né rischiano di rappresentare un inutile doppione, esse sono al contrario complementari con le forme di contrasto al disagio psichico attivate da soggetti istituzionali ed altri operatori del privato sociale. Nell'attivare i servizi proposti in questa area di attività, la Rete farà ogni sforzo per collaborare con il DSM e con gli Enti Locali con i quali potranno essere attivati specifici Protocolli di Intesa per ogni attività.

Ricavi

Ricapitolando la tabella sottostante ci indica i servizi e il target di utenza previsto

<i>Servizi</i>	<i>Destinatari diretti</i>
Spazio di accoglienza e attività di socializzazione	Circa 100 utenti
Servizio di accompagnamento alla vacanza	Circa 30 utenti
3 Gruppi multifamiliari x 20-25 persone (10 nuclei familiari)	Circa 60-75 utenti (30 nuclei familiari)
Servizio di accoglienza pomeridiana e mensa	8 utenti

L'accesso ai servizi ha molti canali di ingresso, dalle parrocchie ai servizi sanitari e sociosanitari istituzionali (ASL e Comune), che intercettano i disagi "limite" ai quali non riescono a dare risposte e prese in carico precoci, dalle associazioni di famiglie e utenti e ovviamente al Centro di Ascolto.

Il programma, le attività e le modalità di partecipazione e di accesso saranno rese pubbliche tramite volantini, social network, contatti con i Servizi interessati.

Relativamente a tutte le azioni progettuali, allo scopo di favorire l'articolazione tra aree progettuali che si propongono di raggiungere attraverso interventi complementari il medesimo scopo di garantire processi di inclusione sociale, sarà privilegiato l'accesso al servizio di persone impegnate in progetti di coabitazione e/o in progetti di inserimento lavorativo

Servizi	Destinatari	Retta/mese	Totale
Spazio di accoglienza e attività di socializzazione	Circa 100 utenti	50	50000
3 Gruppi multifamiliari x 20-25 persone (10 nuclei familiari)	Circa 60-75 utenti (30 nuclei familiari)	100	36000
Servizio di accoglienza pomeridiana e mensa	8 utenti	250	24000
Servizio vacanze estive	30	1000	30000
Totale			140.000,00

Crono programma

Attività	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Individuazione e allestimento spazio	■											
Attività presso la sede	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Eventi		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gruppi multifamiliari	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Costituzione dell'équipe riabilitativa	■											
Inviduazione dell'utenza	■											
Inserimento ed Accoglienza	■	■										
Osservazione, analisi dei bisogni	■	■	■									
Pianificazione dei Laboratori	■	■	■									
Servizi alla Famiglia		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Strutturazione del programma educativo	■	■	■	■								
Laboratorio plastico-manipolativo		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio musicale		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Laboratorio logico													
Laboratorio di educazione alla salute													
Laboratorio teatrale													
Laboratorio di autonomia													
Laboratorio multisensoriale													
Uscite sul territorio													
Accompagnamento alla vacanza													
Monitoraggio													

Analisi economica del prodotto

conto economico di prodotto			
<i>valuta in Euro</i>			
	Y1	Y2	Y3
Ricavi per lavorazione commesse	140.000	210.000	252.000
Costi diretti di commessa	-76.904	-115.356	-138.427
Manodopera	-76.904	-115.356	-138.427
1° margine	63.096	94.644	113.573
Costi	-27.500	-31.000	-34.000
Costi di esercizio	-27.500	-31.000	-34.000
Pubblicità e promozione	-2.000	-2.000	-2.000
Materiali di consumo	-7.000	-9.000	-10.000
Altri costi generali e amministrativi	-18.500	-20.000	-22.000
Risultato operativo lordo	35.596	63.644	79.573
Ammortamenti			
Risultato operativo netto	35.596	63.644	79.573
Imposte d'esercizio	9.611	17.184	21.485
Risultato netto	25.985	46.460	58.088

2.5 Prodotto: interventi socio assistenziali

La presa in carico globale degli utenti è possibile solo se, oltre ai servizi di cura psichiatrica, si erogano servizi di assistenza primaria, anche di natura socioassistenziale.

Obiettivi generali dell'attività

L'attività, in linea con la filosofia di fondo dell'aggregazione, intende promuovere la permanenza delle persone al proprio domicilio e prevenire o rimuovere l'isolamento, condizione che tra l'altro finisce con l'acuire anche le eventuali patologie presenti nell'anziano.

La proposta progettuale è volta quindi a fornire risposte diversificate in base allo specifico bisogno fino a rendere il servizio, l'intervento, il progetto costruiti per la singola persona. Ovviamente l'obiettivo è punto di riferimento, dato regolativo ideale che impronta validamente l'esperienza del servizio. Si pensa ad esempio a pacchetti di servizio, comprendenti diverse tipologie di prestazioni che rispondono alle esigenze globali dei pazienti e delle loro famiglie, andando a soddisfare l'esigenza di personalizzare l'intervento in ragione delle peculiari necessità riscontrate.

La realizzazione di piani di intervento "su misura" per gli utenti è a sua volta uno strumento indispensabile per raggiungere anche l'obiettivo dell'abbandono della logica assistenzialistica, per promuovere il protagonismo della persona e della sua famiglia e favorire la riacquisizione, per quanto possibile, di margini di autodeterminazione e benessere complessivo.

E il sostegno alla famiglia è necessario in ogni momento della sua vita naturale, poiché si tratta di un sistema fragile, ma di importanza centrale per la società; le famiglie che ospitano al loro interno una persona affetta da una patologia mentale (o comunque da una disabilità importante) sono esposte ad un alto rischio multifattoriale, pertanto si intende promuovere, nel di implementazione del prodotto, percorsi di sostegno concreto della famiglia. I soggetti vanno infatti aiutati nel loro ruolo di caregivers, ma anche come singoli individui, membri di una famiglia, con esigenze e aspettative personali.

Questa proposta di attivazione di servizi conferisce inoltre notevole importanza al raggiungimento della piena integrazione sociosanitaria sviluppando e potenziando strumenti e procedure già sperimentate a livello locale; il know how aziendale di cui la rete interaziendale è portatrice in questo ambito, è un fattore indispensabile poiché l'integrazione sociosanitaria è, prima che un

problema di natura giuridica e amministrativa, una conseguenza dell'applicazione di corrette logiche gestionali.

Obiettivi specifici

In termini concreti si vuole perseguire le seguenti finalità:

- Evitare alla persona ospedalizzazioni improprie;
- Migliorare la qualità della vita dell'utente e della famiglia nel proprio ambiente naturale di appartenenza, attraverso supporti, aiuti a vari livelli, interventi volti all'attivazione e al rafforzamento delle loro risorse (personali, economiche, strumentali);
- Contribuire a soddisfare i bisogni primari dell'utente laddove esista una carenza di supporti familiari, amicali o di altra provenienza nel processo assistenziale. Ciò crea i presupposti per ristabilire un equilibrio funzionale nella gestione della quotidianità nella propria abitazione;
- Prevenire il peggioramento delle eventuali condizioni cliniche e l'insorgere di ulteriori fattori di rischio, coinvolgendo e ricorrendo immediatamente alle strutture sanitarie territoriali;
- Garantire alla persona il rispetto dei diritti in ambito previdenziale, assistenziale, sanitario ecc., e l'accesso ai servizi territoriali attraverso consulenze informative, sostegno logistico e accompagnamento nella fruizione;
- Favorire e sostenere la persona con ridotta autosufficienza psico-fisica nel mantenimento di una condizione di vita dignitosa, attraverso l'aiuto nella igiene personale, assistenza di base e supporto emotivo.
- Favorire e sostenere processi di integrazione sociale, attraverso interventi di rinforzo delle potenzialità personali ed il coinvolgimento delle risorse territoriali.

[Modello gestionale ed organizzativo del servizio di assistenza domiciliare diretta: Descrizione delle metodologie adottate per la gestione ed organizzazione del servizio](#)

Il principio operativo cui la rete intende conformare l'organizzazione dei servizi che saranno erogati è quello di non sostituirsi alle risorse familiari o amicali o personali dell'utente ma, integrandosi con quelle, agire per una rivitalizzazione e un potenziamento della rete di sostegno.

Al fine di evitare di confermare la persona nello stato di bisogno in presenza di margini di potenziale autonomia e di evitare il rischio che il servizio assuma in sé la delega per la gestione dei suoi propri bisogni, l'attenzione viene posta alla potenziale attivazione dell'utente, alla promozione e sollecitazione della sua residua capacità di provvedere autonomamente alle sue quotidiane necessità.

Il concetto operativo è dunque “prendersi cura” della persona dando centralità alla relazione di tipo umano, valorizzando in questo senso anche il processo di aiuto. In altri termini, si tenderà a dare attenzione all'ascolto pieno e ad un approccio che favorisca l'espressione delle proprie aspirazioni, cogliendo le diverse implicazioni della condizione di bisogno, collocando il momento attuale nella storia personale e nella rete familiare e sociale dell'utente, cercando di individuare tutte le istanze di aiuto che implicitamente l'utente mette in gioco nella relazione stessa.

L'assistente domiciliare ha un compito fondamentale, che è quello di adoperarsi nello sviluppo di un processo programmato per realizzare particolari obiettivi.

Tale processo è finalizzato, come già detto, alla massima valorizzazione delle residue autonomie ed alla facilitazione comunicativa della persona seguita nel contesto di riferimento.

Anche per questo, la logica perseguita è quella del lavoro in équipe, ovvero del sentirsi ed essere parte di un gruppo di lavoro in cui si possa trovare sostegno e competenze diverse per articolare un intervento più adeguato e ottimale al bisogno rilevato.

Da un punto di vista quindi strettamente operativo, il criterio fondamentale è che sia tutta l'equipe a strutturare le forme di azione meglio commisurate allo stato di bisogno dell'utente,



integrando le diverse professionalità e competenze perché lavorino in forma coordinata e mai esclusiva.

Il servizio è destinato ad una pluralità di persone con riduzione, parziale o totale, di autosufficienza. In particolare:

- Persone affette da patologie mentali
- Persone con disturbi psichici a carattere transitorio
- Persone con riduzione, parziale o totale, della capacità cognitiva e/o con grave compromissione neurologica
- Persone in situazioni tali da non poter aver assicurato il minimo accudimento giornaliero (igiene personale ed ambientale, pasti, lavanderia, pagamento bollette, ricette mediche, collaborazione nella gestione economica, spesa, ecc.), con esigenze di cure mediche e di igienico-sanitario
- Persone con disabilità grave dovuta a problematiche di natura mentale, che comportano una riduzione dell'autonomia
- Anziani che, per ragioni anagrafiche, vedono un progressivo decadimento delle funzioni primarie e cognitive.

La peculiare natura della malattia mentale e le conseguenze che essa ha non solo sul malato ma anche sul suo contesto sociale di appartenenza, impongono la realizzazione di interventi volti a soddisfare un'ampia gamma di beneficiari.

La definizione di beneficiari indiretti in realtà non è del tutto calzante in questo contesto, poiché se è vero che la malattia colpisce direttamente una persona, i suoi effetti si estendono a tutta la sua famiglia in modo a volte devastante.

Riportiamo di seguito un'analisi delle difficoltà che la malattia causa alla rete sociale e familiare del malato, indicando i benefici che potranno ad essi derivare dal lavoro che la rete intende realizzare:

Destinatari indiretti	Criticità	Benefici
Famiglia	Difficoltà all'accudimento continuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del senso di angoscia 2. Aumento della disponibilità di tempo da dedicare a se stessi 3. Possibilità di assumere incarichi lavorativi esterni 4. Aumento del tempo da dedicare agli altri affetti familiari
	Assenza diurna per lavoro	
	Altre invalidità presenti nel nucleo, in particolare coniugi anziani	
	Familiari non conviventi, residenti lontano	
	Difficoltà di armonizzare il carico assistenziale con l'attenzione alla propria famiglia (es: donne con figli piccoli)	
Rete sociale di appartenenza	Indebolimento dei legami affettivi	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mantenimento dei legami affettivi 6. Comprensione della malattia e delle conseguenze pratiche 7. Mantenimento dei rapporti di frequentazione
	Difficoltà a comprendere le necessità del malato	
	Allontanamento fisico dalla persona e dalla sua famiglia	
	Scarsità di disponibilità alla relazione personale	
Comunità locale e cittadina	Indebolimento del senso di appartenenza alla comunità cittadina	<p>Mantenimento o rafforzamento del senso di appartenenza alla comunità cittadina</p> <p>Mantenimento di un'attiva base di relazioni sociali fra i cittadini</p> <p>Partecipazione alla vita sociale</p>
	Indebolimento dei legami comunitari	
	Isolamento dei cittadini dal contesto sociale cittadino	

Ricordando che in questo caso stiamo parlando di prestazioni unicamente di natura socioassistenziale, pertanto non comprensive di attività riabilitative e/o terapeutiche, le

prestazioni che verranno erogate sono nella tabella seguente accorpate per ambiti di intervento a seconda della natura e della tipologia dei bisogni che esprime l'utente:

AMBITO DI INTERVENTO	ATTIVITA' SPECIFICHE
La cura e l'igiene della persona	Pulizia personale, alzata con utente collaborante, aiuto nella vestizione, igiene intima a letto, igiene intima in bagno, igiene dei capelli in bagno, igiene dei piedi, igiene dei capelli a letto, aiuto nell'alimentazione, mobilitazione degli allettati, cura della persona a letto, prevenzione del rischio e nel mantenimento della sicurezza dell'utente, attraverso l'adozione di specifici protocolli individualizzati
L'aiuto nel governo della casa e nell'igiene ambientale	Pulizia ordinaria e straordinaria dell'alloggio, cambio della biancheria e lavaggio, riordino armadi e cassetti, lavaggio, piegatura e stiratura e riordino biancheria, preparazione ed aiuto per il pranzo e per gli acquisti, eventuale consegna a domicilio dei pasti, piccola manutenzione dell'alloggio, preparazione pasti, aiuto assunzione pasti, riassetto cucina
L'aiuto per favorire l'autosufficienza	L'assistente sociale programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà. Opera sulle famiglie e sul contesto sociale dell'utente, allo scopo di elaborare un piano di intervento individualizzato sullo stesso. Unitamente alle altre figure professionali, programma, organizza, gestisce e verifica le attività da effettuare.
L'aiuto alla famiglia, al care giver	Sostegno ed educazione ad una corretta gestione di tutti gli aspetti critici connessi alla condizione del paziente. Aiuto nell'utilizzo di ausili sanitari, aiuto nell'utilizzo di attrezzi per il potenziamento e lo sviluppo del grado di autonomia.
Accompagnamento e attività di socializzazione	Accompagnamento per visite mediche e/o specialistiche, l'accompagnamento presso uffici comunali, della ASL, postali, bancari etc. e l'aiuto nel disbrigo di semplici pratiche burocratiche (certificati, bollette, etc.) Commissioni, visite mediche, visite familiari e amici. Organizzazione di momenti di socializzazione presso Associazioni di volontariato, Centri diurni, vari eventi socializzanti.

Il Piano Assistenziale Individualizzato

Nel attività di carattere terapeutico riabilitativo lo strumento di pianificazione utilizzato è il Piano di Trattamento Individualizzato, mentre in ambito sociale si pianifica grazie al Piano Assistenziale Individualizzato; esso viene elaborato da una Unità Valutativa Multidisciplinare ed è il documento dal quale deriva concretamente la natura delle prestazioni che si intendono erogare su base quotidiana ed in ragione di specifici obiettivi personalizzati.

Anche in questo ambito la rete conferisce particolare importanza all'informazione, quale strumento di efficienza, ma anche indispensabile mezzo per l'aggiornamento del PAI, che deve inevitabilmente subire nel tempo degli adeguamenti dovuti all'evoluzione delle condizioni degli utenti.

Poiché ogni intervento deve rispondere a necessità di aiuto che giungono da un utente ma sono inserite nel contesto, occorre puntualizzare ogni istanza di aiuto perché sia rilevata oggettivamente, pena il rischio di proiezioni e false letture da parte della équipe. Questo è un criterio di fondo con cui si vuole dare massima attenzione alla rilevazione dei bisogni di aiuto espressi dall'utente e dal contesto.

L'operazione di decodifica del bisogno è sempre complessa e non immediata, ma è una parte importante del lavoro quotidiano degli operatori che quindi nella loro attività quotidiana eseguono le attività prescritte, ma sono anche attenti a:

- Raccogliere le istanze esplicitate dall'utente
- Decodificare i comportamenti, gli agiti e tutti i segnali oggettivi e le comunicazioni verbali che risentano di confusione o di spostamenti di contenuti per analizzare i cosiddetti "bisogni impliciti", ovvero non soggetti alla piena consapevolezza da parte dello stesso utente
- Confrontare i bisogni rilevati nel contesto con quelli indicati dall'operatore che ha segnalato il caso

- Mediare tra i possibili conflitti tra i bisogni espressi dall'utente e quelli invece avanzati dalla famiglia.

Tale attività può aiutare l'operatore a lavorare con maggiore aderenza alla realtà, realizzando l'intervento più opportuno. Importante in tal senso è la restituzione all'utente e alla famiglia di risposte concrete, non elusive, rispettose del PAI ed efficaci dal punto di vista assistenziale.

L'erogazione del servizio sarà organizzata il più possibile in maniera individualizzata con l'attenzione massima alle richieste degli utenti e dei loro familiari.

Le esigenze di standardizzazione degli indicatori necessari alle verifiche saranno subordinate alla flessibilità basata sulle esigenze dell'utente.

L'equilibrio relazionale, psicologico e dell'organizzazione quotidiana della vita di una persona, risente in maniera marcata della situazione legata alle sue problematiche e ai disagi e non può essere in alcun modo alterato per esigenze di organizzazione del servizio.

Verrà, invece, seguita la direzione opposta, cioè il servizio sarà plasmato il più possibile allo scopo di incontrare le reali esigenze dell'utenza e di non turbare gli equilibri quotidiani, a volte delicati, delle persone. Pertanto, il servizio, così come tutti i prodotti immessi sul mercato dalla rete interaziendale, sarà:

- adattabile rispetto all'insorgenza di nuovi bisogni, specie nel caso in cui vi sia carattere di urgenza, nella logica di costruire una risposta sempre corrispondente alle all'evolversi dei bisogni;
- flessibile in itinere rispetto alla sequenza prefissata di azioni per calibrare i percorsi, gli interventi, le attività, gli strumenti e le risorse.

È peraltro utile distinguere, tuttavia, necessità e richieste, poste dall'utente e dalla famiglia o dalle circostanze, a carattere urgente e quelle invece che prospettano tempi maggiori nell'adattamento dell'intervento. La decodifica dei nuovi elementi è importante per la valutazione della tempistica nella risposta e quindi nel riadattamento dell'intervento.

A seconda quindi del grado di urgenza, sul piano operativo il servizio utilizzerà una molteplicità di strumenti e metodi:

- L'uso di una cartella sociale che consente di raccogliere tutti gli elementi e le informazioni necessarie per un inquadramento della condizione dell'utente e quindi delle istanze di aiuto. La cartella sociale, oltre a consentire una indagine dettagliata degli elementi rilevabili nel contesto, offre una guida per la individuazione dei bisogni di aiuto;
- La visita domiciliare tempestiva, poiché garantisce un'azione conoscitiva immediata e quindi la possibilità di ridisegnare l'intervento e di negoziarlo con il contesto familiare;
- L'uso di smartphone, in dotazione a tutto il personale coinvolto, connessi ad internet e con la app del sistema informativo, che permetteranno una celerità nella ridefinizione delle necessità di aiuto, specie nelle circostanze in cui l'insorgenza di nuovi bisogni ponga il servizio di fronte a una situazione nuova, non prevista, con connotazioni che richiedono una programmazione più mirata dell'intervento.
- La reperibilità del coordinatori e degli operatori, che consente di potersi raccordare dovunque e comunque, permettendo un aggiornamento tempestivo sull'insorgenza di nuovi elementi nella condizione dell'utente (bisogni emergenti) e di concordare modalità, tempi e micro-obiettivi più idonei alla circostanza;
- La riunione di equipe che, attraverso una lettura congiunta della condizione dell'utente e la circolarità delle informazioni tra gli operatori, consente di focalizzare aspetti critici nel contesto di azione e quindi di individuare gli ambiti e gli aspetti su cui incentrare l'intervento relativamente a bisogni di aiuto che lo stesso contesto esprime a diverso livello;
- Il raccordo continuo con il Servizio Sociale del Comune di residenza e/o la ASL, che consente di raccogliere e far circolare elementi di nuova insorgenza che denotino nuovi bisogni, emergenze, urgenze di intervento, modifiche dei bisogni dell'utenza;

Procedura operativa del servizio

Concretamente, l'organizzazione del servizio consta di una sequenza di fasi operative. La tabella seguente indica, per ciascun servizio in oggetto, i singoli passaggi procedurali:

Fase	Attività previste
<p>Individuazione del bisogno</p>	<p>L'utente o la sua famiglia, dopo la presa di contatto con il servizio socioassistenziale della rete ed una attenta analisi della situazione da parte del personale della rete, richiede il servizio.</p> <p>Può anche accadere che l'utente sia inviato da una struttura pubblica o privata, oppure dal Servizio Sociale o dalla ASL.</p>
	<p><i>Modalità e strumenti</i></p>
	<p>Viene aperta sul sistema informativo una scheda personale del nuovo utente, in attesa che giungano eventuali documenti cartacei. La richiesta di attivazione, in questa prima fase deve contenere almeno queste indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il livello assistenziale che si propone • La tipologia di attività svolgere • Un'ipotesi del monte orario del servizio
<p>Avvio del processo assistenziale</p>	<p>Viene proposto e siglato un contratto di servizio fra la rete e l'utente</p>
	<p>Il Responsabile del Servizio redige il piano operativo che precisa, i tempi e la natura delle prestazioni e individua contestualmente gli operatori più idonei alla gestione del caso.</p>
	<p><i>Modalità e strumenti</i></p>
	<p>La contrattualistica è già pronta e deve solo essere compilata con i dati del nuovo utente. Nel sistema informativo si carica il contratto in formato PDF firmato.</p>
	<p>Il Responsabile del Servizio apre un fascicolo personale dell'utente in cui viene raccolta tutta la documentazione in entrata e in uscita.</p>
	<p>Nella prima visita domiciliare si richiede il consenso al trattamento dei dati</p> <p>All'utente viene consegnata la carta dei servizi.</p>

Erogazione dell'assistenza domiciliare	Il personale selezionato espleta il piano assistenziale stilato.
	Le prestazioni vengono registrate su apposito modulo e controfirmate dall'utente o dal familiare di riferimento.
	Gli eventi significativi nel corso dell'assistenza e gli interventi rilevanti verranno annotati nel diario dell'utente e sul sistema informativo tramite la app precaricata sullo smartphone così da documentare l'andamento dell'assistenza
	<i>Modalità e Strumenti:</i>
	Modulo resa prestazione.
	Modulo "Diario interventi"
	Sistema informatico e relativa app d'uso sugli smartphone

La procedura sinteticamente descritta e la relativa modulistica sono inserite nel sistema qualità della Cooperativa OSA e certificate UNI-EN-ISO 9001/2008; quanto riportato costituisce il modello organizzativo con cui la cooperativa al momento gestisce servizi analoghi in altri contesti territoriali. Nella relazione di rete i soggetti e le risorse dei partner saranno istruiti sull'utilizzo della metodologia di intervento per allineare comportamenti e professionalità.

Ogni azione inerente il servizio deve essere documentabile e nell'ottica di rendere tracciabile ogni passaggio procedurale del percorso assistenziale, viene definito un processo formale di erogazione attraverso l'utilizzo di una modulistica approntata preventivamente e, in caso di acquisizione della commessa, riadattata alle esigenze del servizio assimilato. La modulistica è, assieme alle procedure standardizzate, parte del sistema qualità per cui le cooperative che formano la rete sono certificate.

L'uso della modulistica di servizio prima dell'avvio dell'assistenza, nel caso di commessa derivante dal sistema pubblico, dovrà essere preventivamente autorizzato dal Distretto, dopo la verifica della compatibilità con le procedure adottate e/o per predisporre eventuali modifiche; l'elenco della modulistica comprende:

- La cartella sociale

-
- Il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati
 - La carta dei servizi
 - Il Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI)
 - Il Contratto di servizio
 - Il Modulo di Resa Prestazione
 - Il Diario Interventi

Tutta la modulistica relativa all'utente in carico viene raccolta nel fascicolo personale della persona in carico e custodita nel rispetto della legge sulla privacy.

Il controllo delle attività avviene attraverso strumenti cartacei e modalità informatizzate ed è strumentale alle funzioni di monitoraggio e valutazione descritte in un'altra sezione del presente studio.

- Strumenti cartacei: ad ogni prestazione effettuata a favore dell'utente, l'operatore compila il Modulo di Resa Prestazione firmato dall'utente stesso. Il modulo documenta l'orario di inizio e di fine prestazione, evidentemente in pieno assenso e verifica dell'utente stesso;
- Al termine della prestazione resa, l'operatore invia alla centrale operativa, tramite il cellulare ricevuto in dotazione dalla cooperativa, i dati relativi al tempo di effettuazione della stessa, costituendo ciò un efficace e attendibile sistema di verifica in tempo reale della presenza e attivazione a domicilio in ogni prestazione in programma.

Anche l'uso di appositi applicativi web based consente di eseguire il costante controllo delle prestazioni erogate; ciò ha importanza per la rete, per meglio gestire il personale in servizio, comunicando all'utente l'immagine di totale efficienza.

Per una più funzionale circolarità delle informazioni relative al servizio, la rete intende utilizzare il un software gestionale per la fornitura di informazioni, in tempo reale, sulle attività di assistenza, sulla cartella dell'utente, sui Piani di Intervento.

Il sistema, più diffusamente descritto nella sezione inerente i sistemi informatici, se necessario sarà messo in rete con il Distretto, i servizi sanitari della ASL, nonché con i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto in modo da consentire l'immediata circolarità delle informazioni e contribuire a migliorare l'integrazione socio – sanitaria.

I dati saranno aggiornati con frequenza almeno quotidiana e visionabili in tempo reale. Le informazioni, saranno codificate e, quindi, già dall'origine tuteleranno la riservatezza come previsto dalla Legge 196/2003. Ovviamente gli accessi da parte di altri enti saranno possibili solo nel caso in cui siano previsti da specifici accordi, da utilità relative al servizio e tramite il conferimento a singole persone di username e password personali.

[Sede/Centrale Operativa](#)

Per l'effettuazione di servizi alla persona in modalità domiciliare, oppure per la gestione delle strutture d'ascolto, la rete si doterà nel territorio dell'ambito RMH di una sede che sarà il punto di riferimento logistico del servizio per quanto di propria competenza. La sede ospiterà la Centrale Operativa, che è il punto sul quale si incardina l'intero sistema organizzativo/operativo del servizio che sarà fornito. La Centrale Operativa avrà la funzione di punto di riferimento permanente per tutti gli attori coinvolti e quindi anche per gli utenti e le loro famiglie.

Le caratteristiche strutturali della Centrale Operativa saranno pari o superiori a quelle che, nel tempo, stanno raggiungendo standard comuni nei contesti locali in ogni parte d'Italia: uno o più locali adibiti alla pianificazione del servizio, caratterizzati dalla presenza di postazioni informatiche individuali, una stanza per i responsabili, una sala riunioni, un magazzino per i materiali, i servizi.

L'essenza della Centrale operativa possiamo riassumerla in due parole: organizzazione e comunicazione.

La Centrale è un luogo di organizzazione ("combinare risorse per ottenere risultati"). Le risorse professionali presenti sul territorio devono essere combinate per raggiungere uno scopo apparentemente semplice: garantire che a domicilio di ogni utente arrivi il personale adeguato nel momento richiesto. La Centrale Operativa è indispensabile perché da essa il coordinatore, con i mezzi informatici adeguati, può combinare le esigenze del servizio per raggiungere tutti gli utenti: nuovi ingressi, dimissioni, variazioni di piano, assenze programmate ed imprevisti creano un intreccio che può essere dipanato solo con l'esperienza e la pazienza dei coordinatori del servizio.

La Centrale è luogo dove giunge la comunicazione, nel quale i flussi informativi supportati dal software di gestione, le comunicazioni telefoniche, i colloqui degli operatori convocati, le riunioni di équipe si realizzano raccogliendo informazioni, comunicando istruzioni operative, trasmettendo sicurezza e supporto psicologico.

Gli orari di apertura rispecchiano le necessità del servizio nel rispetto di normative e contratti, garantendo in generale una apertura diurna ed affidando la gestione festiva ad un sistema di deviazione telefonica.

Presso la Centrale Operativa sarà possibile accedere al software integrato di gestione del servizio e consultare in tempo reale i dati acquisiti e registrati dagli operatori a domicilio degli utenti. Tramite accessi remoti autorizzati sarà possibile al personale accreditato della stazione appaltante pubblica, accedere alle stesse informazioni, al fine di monitorare costantemente l'andamento del servizio. Nello stesso modo sarà possibile comunicare con i utenti per via telefonica e consultare i dati rilevati e trasmessi dalle periferiche in dotazione agli operatori.

La dotazione strumentale della Centrale Operativa prevedrà:

- Centralino telefonico
- Linea internet ADSL
- Fotocopiatrice
- Fax
- Scanner
- PC Desktop + Monitor
- PC Notebook

Oltre a facilitare le funzioni di coordinamento del servizio la possibilità di fruire di una Centrale Operativa consente di:

- Potenziare il radicamento territoriale della rete nel territorio oggetto del Servizio;
- Facilitare l'interlocuzione fra operatori della rete e interlocutori quali gli utenti;

- Facilitare momenti d'incontro fra operatori e gruppi di lavoro attraverso appositi momenti strutturati di supervisione e di confronto esperienziale;
- Implementare azioni di promozione culturale e di collaborazione con le reti sociali locali intendendo l'associazionismo, il volontariato ecc....

Ruoli e funzioni e dei soggetti coinvolti nella gestione ed organizzazione dei servizi socioassistenziali

Uno staff qualificato di operatori che lavorerà sulla base di procedure che le cooperative della rete hanno adottato da tempo e che corrispondono ai dettami del sistema di certificazione di qualità utilizzato.

Il gruppo di lavoro sarà tuttavia formato anche da altri soggetti, istituzionali e non che, grazie alla notevole esperienza ed al know how posseduto, parteciperanno a vario titolo alla realizzazione di un cammino di lavoro quotidiano improntato alla migliore qualità possibile.

La complessità del lavoro in equipe richiede necessariamente una chiarezza circa il ruolo di ciascuna figura coinvolta e una adeguata integrazione tra le specifiche competenze e funzioni che ciascuno esercita. Nella tabella seguente si rende una sintesi delle funzioni e compiti assegnati agli operatori:

FIGURA	FUNZIONI
<p>Assistente sociale con funzione di coordinamento del servizio</p>	<p>Coordinamento dei servizi socioassistenziali domiciliari</p> <p>Controllare effettività dei servizi, tramite gli strumenti informatici a disposizione</p> <p>Produrre una relazione semestrale sull'andamento e sul budget dei servizi svolto da presentare all'organo di gestione.</p> <p>Garantire l'ottimizzazione delle risorse umane e logistiche</p> <p>Predisporre il piano – ferie degli operatori e provvedere alle sostituzioni inviandone comunicazione tempestiva agli utenti.</p> <p>Raccogliere, analizzare e gestire eventuali reclami da parte dell'utenza.</p> <p>Partecipare alle attività dell'équipe multidisciplinare.</p>

	<p>Partecipare alla Stesura del PAI.</p>
<p>Educatore</p>	<p>Partecipare alle attività dell'equipe multidisciplinare.</p> <p>Assumere tutte le informazioni in relazione all'utenza assegnata per attivare i PAI. Svolge interventi mirati con l'obiettivo di contenere i comportamenti non adeguati e potenziare le capacità residue della persona.</p> <p>Partecipare alle riunioni di equipe per la verifica dei PAI</p> <p>Curare la modulistica di propria competenza</p> <p>Supporta i familiari dell'utente dando indicazioni sui trattamenti quotidiani che il paziente deve svolgere</p>
<p>Psicologo</p>	<p>Partecipare alle attività dell'equipe multidisciplinare.</p> <p>Assumere tutte le informazioni in relazione all'utenza assegnata per attivare i PAI. Svolge interventi mirati con l'obiettivo di contenere i comportamenti non adeguati e potenziare le capacità residue della persona.</p> <p>Partecipare alle riunioni di equipe per la verifica dei PAI</p> <p>Curare la modulistica di propria competenza</p> <p>Supporta i familiari dell'utente dando indicazioni sui trattamenti quotidiani che il paziente deve svolgere</p>
<p>Assistente Domiciliare OSS</p>	<p>Partecipare alle attività dell'equipe multidisciplinare.</p> <p>Assumere tutte le informazioni in relazione all'utenza assegnata</p> <p>Espletare il programma d'intervento intervenendo secondo quanto indicato nel PAI. Si confronta quotidianamente con il coordinatore per relazionare sulle attività svolte.</p> <p>Partecipare alle riunioni di equipe per la verifica dei PAI</p> <p>Curare la modulistica di propria competenza</p> <p>Informare i referenti di area di ogni eventuale assenza o problematica</p>

	particolare dell'utente
Addetta alla Segreteria	<p>Gestire il centralino telefonico</p> <p>Raccogliere, compilare e archiviare la modulistica</p> <p>Espletare le funzioni amministrative di monitoraggio ed elaborazione delle ore erogate, dei dati riguardanti gli operatori, degli aspetti burocratici e procedurali, della documentazione relativa alle spese</p>

I pacchetti di servizio

Come ampiamente descritto, nella pagine precedenti la presa in carico globale dell'utente è la risultante dell'unione coordinata di più e diverse attività assistenziali; un panel di servizi e prestazioni che, partendo dall'analisi puntuale dello stato del paziente e della rete familiare di riferimento, risponde a tutte le esigenze conclamate.

È dunque corretto parlare di pacchetto di servizio, ma è anche giusto considerarlo variabile, come variabili sono le esigenze dei pazienti una volta che le attività assistenziali comincino a raggiungere gli obiettivi stabiliti.

Alla luce di queste considerazioni, il pacchetto di servizio che viene di seguito descritto e quantificato, è esemplare, ma non esaustivo di tutte le possibilità di mix prestazionale.

Servizi e quantità	Descrizione delle prestazioni
Valutazione multidisciplinare	<p>La valutazione multidisciplinare coinvolge diverse professionalità, quali un MMG, uno psicologo, un infermiere, l'assistente sociale responsabile del servizio, un OSS, ovvero la persona che coordinerà gli interventi previsti dal pacchetto.</p> <p>La valutazione multidisciplinare prevede l'analisi, anche domiciliare, delle condizioni di vita e di salute del paziente, al fine della redazione del PAI, il Piano Assistenziale Individualizzato; il PAI è composto dai seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione delle condizioni del paziente, anche in relazione a fattori socio

	<p>ambientali ed economici che riguardano anche la rete familiare di appartenenza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicazione degli obiettivi terapeutici e socioassistenziali - Indicazione dei trattamenti ritenuti necessari - Indicazioni dei tempi, ovvero indicazione del tempo per la verifica degli obiettivi raggiunti. <p>Il pacchetto di servizio prevede anche l'aggiornamento costante del PAI</p>
<p>16 ore di OSS</p>	<p>Il pacchetto di servizio, lo ricordiamo, ha carattere eminentemente socioassistenziale, pertanto si ritiene indispensabile fornire un cospicuo numero di ore di assistenza diretta da parte di un Operatore Socio Sanitario. Le attività che svolge l'OSS sono varie (elencate nella tabella relativa alle attività specifiche) e documentate nell'apposita modulistica</p>
<p>Centrale operativa con reperibilità medico infermieristica</p>	<p>La Centrale operativa è raggiungibile dal paziente 7 giorni su 7 per 12 ore al giorno, per tutte le informazioni e le necessità connesse al pacchetto di servizio. La reperibilità medico – infermieristica è assicurata per garantire un sostegno in remoto per ogni problematica che possa intervenire in ordine a possibili stati di malessere, assunzione di farmaci, ecc.</p>
<p>Servizio di ECG domiciliare</p>	<p>Sovente i farmaci finalizzati al trattamento delle patologie psichiche richiede il controllo cardiaco; a tal fine il pacchetto di servizio comprende un ECG mensile che viene eseguito da un infermiere professionista presso il domicilio del paziente e refertato dal cardiologo entro 24 ore dall'avvenuta trasmissione del dato via web.</p>
<p>Esami ematochimici</p>	<p>In alternativa all'ECG e per pazienti in regime di esenzione riconosciuta dal SSR, il pacchetto prevede l'esecuzione su base mensile, con prelievo a domicilio, degli esami ematochimici di routine, anch'essi sovente prescritti nell'ambito del piano di cura farmacologico.</p>

Costi

I costi sono rappresentati sia dal costo delle risorse umane (interne e d esterne alla compagine), sia dai costi di impianto della struttura. Tra questi ultimi vi sono i costi di affitto dei locali, i canoni di utilizzo dei materiali tecnologici (centralino, fotocopiatrice, pc ecc.) e quelli di cloud computing per gestire i dati in remoto.

Anche in questo caso gli investimenti materiali sono pressoché assenti.

Operatore	Impegno Ore Anno	Costo Ora	Totale
Infermiere (prelievi e ECG a domicilio)	1440	22	31680
Assistente sociale con funzione di coordinamento del servizio	750	20	15000
Educatore	2880	16	46080
Psicologo	2880	25	72000
OSS/Assistente Domiciliare	23040	10	230400
Addetta alla Segreteria	4380	12	52560
Servizi esterni a corpo (analisi cliniche e/o valutazioni ECG)			43200
Totale			490.920,00

I costi di affitto e i canoni sono raggruppati nella voce godimento di beni terzi all'interno dell'analisi economica e sono comunque contenuti, considerando che gli affitti di locali nella zona di riferimento non superano i 600 euro mese per la tipologia di locale occorrente e che quelli per l'utilizzo dei servizi tecnologici e di repository remoto non superano i 400 euro/mese con una stima molto prudentiale.

Ricavi

Il costo mensile del pacchetto di servizio è di € 400,00 mensili. La scelta del pricing deriva dalla competenza e dall'esperienza di OSA nei servizi domiciliari e risulta un costo sostenibile sia attraverso l'integrazione delle prestazioni di ADI, sia attraverso le normali coperture del SSN (analisi, ECG), sia attraverso integrazioni da parte di assicurazioni private.

Si stima che nel corso del primo anno saranno attivati 60 interventi, che a regime raddoppieranno a 120, mentre per il terzo anno di attività potranno salire a 180. La previsione è effettuata sulla

base della considerazione sia del bacino territoriale (9 comuni per complessivamente oltre 160.000 abitanti) che della popolazione intercettata dai 2 CSM di riferimento per circa 2.000 soggetti (e sappiamo che non tutti i soggetti vengono raggiunti dai servizi pubblici).

Cliente	Costo Prestazione/Mese	Numero Prestazioni	Numero Pazienti Assistiti	Ricavo Totale
Privato	400	12	120	576000
Totale				576.000,00

Crono Programma

Attività	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Comunicazione Istituzionale												
Ricerca e attrezzatura sedi												
Selezione e formazione del personale												
Promozione												
Attività a Regime												

Analisi Economica del prodotto

Come per tutti i prodotti proposti anche in questo caso la necessità di investimenti è ridotta e, per quello che riguarda le attrezzature e le macchine da ufficio occorrenti si ricorrerà agli affitti e alla fornitura di servizi tecnologici e di connettività. Tali servizi garantiscono la manutenzione e la piena efficienza della strumentazione, aspetto fondamentale nella scelta della tipologia di acquisto.

Per quello che riguarda gli altri costi vi sono rappresentati le utenze e i costi di gestione amministrativa del personale. La voce ammortamenti non viene considerata e sarà individuata nel conto economico di riepilogo dei vari prodotti.

Conto economico di prodotto*Valuta in Euro*

	Y1	Y2	Y3
Ricavi per lavorazione commesse	288.000	576.000	864.000
Costi diretti di commessa	-223860	-447720	-671580
Manodopera	-223860	-447.720	-671.580
1° margine	64.140	128.280	192.420
Costi	-35.600	-63.700	-85.550
Costi di esercizio	-35.600	-63.700	-85.550
Pubblicità e promozione	-5.000	-3.000	-3.000
Materiali di consumo	-500	-500	-750
Costi per servizi	-21600	-43200	-64.800
Godimento di beni terzi	-6000	-12000	-12.000
Altri costi generali e amministrativi	-2500	-5.000	-5.000
Risultato operativo lordo	28.540	64.580	106.870
Ammortamenti			
Risultato operativo netto	28.540	64.580	106.870
Imposte d'esercizio	7.706	17.437	28.855
Risultato netto	20.834	47.143	78.015

Conto economico di riepilogo delle attività di rete

Considerando la logica di rete il conto economico è solo indicativo e rappresenta la somma delle voci dei singoli prodotti. È comunque indicativo della sostenibilità complessiva dell'iniziativa.

Va considerata, inoltre, la dimensione relativamente ristretta dell'iniziativa, che si ricorda, è stata calibrata su un intervento territoriale che riguarda solo i due distretti del territorio della ASL RMH (rinominata nel frattempo ASL RM 6) e quindi solo 9 comuni e la relativa popolazione.

Le previsioni contenute nelle analisi di prodotto sono estremamente prudenziali e considerano sia i costi che i ricavi in funzione inversa alle previsioni ottimistiche.

Conto economico di riepilogo			
<i>Valuta in Euro</i>			
Ricavi per lavorazione commesse	515.225	1.199.650	1.693.675
Costi diretti di commessa	-408.540	-926.086	-1.269.370
Manodopera	-408.540	-926.086	-1.269.370
1° margine	106.685	273.564	424.305
Costi	-93.600	-114.200	-142.300
Costi Start Up	-12000		
Costi di esercizio	-81.600	-114.200	-142.300
Pubblicità e promozione	-22.000	-14.000	-14.000
Materiali di consumo	-8.000	-11.000	-13.500
Costi per servizi	-21.600	-43.200	-64.800
Godimento di beni terzi	-6.000	-14.000	-14.000
Altri costi generali e amministrativi	-24.000	-32.000	-36.000
Risultato operativo lordo	-26.475	85.744	206.885
Ammortamenti			
Risultato operativo netto	-26.475	85.774	206.885
Imposte d'esercizio		16.003	55.859
Risultato netto	-26.475	43.266	151.026

La considerazione più interessante da fare secondo i partecipanti è che con un intervento coordinato di soggetti diversi, che mettono a disposizione del territorio know how già esistente ed



esperienze già consolidate, come tutte quelle descritte nello studio, si raggiunge un numero di pazienti considerevole (oltre 300 soggetti), con costi accessibili per l'utenza e di molto inferiori a quelli sostenuti dal sistema pubblico nei suoi interventi.

Alcuni costi generali non sono stati calcolati nel prospetto di riepilogo in quanto resteranno per la maggior parte in capo alle aziende partecipanti che dovranno riorientare e non aggiungere alcune attività di cui supporteranno i costi (formazione del personale e gestione amministrativa).



Cap. 3 Elementi di gestione manageriale del nuovo soggetto

Nelle parti che hanno preceduto la presente, abbiamo descritto un sistema aziendale in grado di esercitare il proprio ruolo attivo sul mercato. Un sistema di rete tra cooperative, coordinato da un organo terzo, che basa la propria forza sul mix dei punti di forza delle aziende unite dal contratto di rete. E' pur vero che ogni soggetto imprenditoriale, non importa se la sua natura sia for profit, non profit o addirittura no profit, per sopravvivere ed avere successo nel mercato di riferimento, ha bisogno di alcuni tratti costitutivi ed elementi che ne garantiscano l'adeguatezza e la competitività. Si tratta delle competenze manageriali, delle attrezzature che facilitano e garantiscono la corretta gestione ordinaria del lavoro, e dei sistemi di valutazione utilizzati.

La formazione dei manager e degli operatori

I prodotti, l'individuazione corretta del segmento di mercato nel quale collocarsi, sono fattori importanti per il successo di un'azienda, ma da soli non bastano poiché è indispensabile che le qualità personali degli attori coinvolti nei processi aziendali possano giovare di percorsi formativi continui e di alto livello.

In linea preliminare si deve constatare come ancora oggi, all'alba di un nuovo percorso normativo che dovrà definire meglio il ruolo sussidiario del non profit in Italia, permane a livello culturale una certa attitudine alla residualità da parte del non profit: pur contando su una forza lavoro di circa un milione di persone³³, rappresentando il primo settore produttivo nazionale con un fatturato complessivo di 64 miliardi di €, la tendenza delle persone che lavorano nel non profit è a relegare il proprio valore nell'importanza dei settori in cui si esprime l'impegno. È come se occuparsi di servizi sociali, sanitari o culturali in qualche modo fosse l'unico valore che il non profit può esprimere nel confronto con le aziende for profit. Da qui scaturiscono atteggiamenti che traducono in fatti la cultura della residualità:

³³ Fonte dati: ISTAT 9° Censimento Generale dell'Industria, dei Servizi e delle Istituzioni Non Profit

- Si rifiuta un confronto diretto con il mercato, preferendo trincerarsi dietro una superiorità morale dovuta alla scelta di occuparsi di settori non propriamente remunerativi e/o il vincolo nella distribuzione degli utili ai soci;
- Ci si accontenta dei fondi, quasi sempre insufficienti – nella migliore delle ipotesi garantiscono la sussistenza delle aziende – posti a disposizione dallo Stato per l'esecuzione dei compiti delegati;
- La causa della eventuale mancata crescita dell'azienda viene addebitata ai ritardi nei pagamenti da parte della PA – ciò non sia detto a giustificazione degli apparati pubblici, che sovente non ottemperano al proprio dovere di puntualità nei pagamenti – che impediscono una pianificazione aziendale di ampio respiro.

Su queste problematiche, essenzialmente di tipo culturale, si innestano alcuni comportamenti fallaci dal punto di vista imprenditoriale. Ad esempio, in troppe aziende non profit è possibile rintracciare una certa forma di accentramento della gestione da parte dei fondatori, ma anche l'inesistenza di una pianificazione seria e di ampio respiro che prescindano dalle intuizioni dei fondatori, oppure la tendenza a sentirsi parte debole nella relazione con la Pubblica Amministrazione. In taluni casi il lavoro nell'azienda non profit è considerato un ripiego in attesa "di un impiego migliore" o "in una vera azienda".

Tali difficoltà trovano soluzione esclusivamente nell'acquisizione di strumenti, cognitivi e comportamentali, che aiutino in primis i soci a comprendere il reale valore dell'azienda, non solo e non tanto come non profit, ma come proposta imprenditoriale competitiva ed all'avanguardia. Data la complessità che caratterizza il mercato dei servizi sanitari e sociosanitari, appare chiara la necessità di potenziare il modello organizzativo nella logica della flessibilità e della responsabilizzazione dei singoli, così da crescere mediante processi di sviluppo interno e riorganizzarsi verso nuove situazioni di stabilità suggerite dai cambiamenti esterni. In questo senso è indispensabile un'adeguata formazione manageriale d'elevato livello teorico e tecnico che colmi il divario che ancora investe parte del non profit rispetto alla controparte for profit.

Saper elaborare documenti di pianificazione strategica, gestire in modo manageriale la conoscenza detenuta in azienda (knowledge management), saperne individuare la necessità e servirsi di

software gestionali adeguati alle sfide organizzative del momento, sono solo alcune delle componenti della preparazione e delle conoscenze che il management aziendale deve saper compiutamente padroneggiare.

A proposito di knowledge management una riflessione attenta conduce all'individuazione di almeno due tipologie di management della conoscenza aziendale, ovvero quello rivolto verso l'interno e quello rivolto verso l'esterno.

Il knowledge management prevede che dall'inizio di ogni rapporto di collaborazione, sia esso stabile o transitorio, la conoscenza detenuta di una persona, quale che sia il suo incarico, debba essere individuata per linee generali ed inserita, come patrimonio comune aziendale, all'interno di un sistema di mappatura complessiva. Ciò consente da una parte di ottimizzare le risorse umane a disposizione lasciando ad ognuno lo spazio per esprimere liberamente e costruttivamente le proprie capacità, dall'altra di prevedere meccanismi di mutuo scambio e ottimizzazione dell'interazione umana, in modo che il patrimonio della conoscenza sia gradualmente assorbito dall'azienda e non permanga esclusivo appannaggio dei singoli. Ciò evidentemente ha effetti positivi sulle dinamiche gestionali, sulla possibilità di coltivare un processo di innovazione e miglioramento costante, e consente di replicare le buone pratiche che derivano dalle competenze dei singoli.

Il knowledge management può tuttavia anche essere considerato in termini puramente strategici, grazie ad una peculiare attenzione al consolidamento di partnership capaci di svolgere un'azione propulsiva della società della conoscenza; la condivisione delle conoscenze in questo senso deve avvenire anche in senso interaziendale con i diversi attori coinvolti nei diversi progetti, favorendo la comunicazione, il networking delle conoscenze, lo studio comune di buone pratiche da utilizzare in diversi contesti.

In tale contesto è indispensabile riconoscere l'importanza, se non il primato, dell'innovazione tecnologica che certamente ha dato prova, con sistemi di monitoraggio e valutazione, con software gestionali basati sul cloud, di poter aiutare i processi decisionali e le performance aziendali, anche in ambiti ad alta complessità come quelli di cui si occuperà la rete proposta.

L'uso della tecnologia, del resto, non scoraggia la nascita ed il consolidamento del “capitale sociale” in quanto importante fattore di coesione, costituito da relazioni di conoscenza e fiducia, che coinvolgono in modo attivo ogni membro della compagine, il capitale cognitivo, ovvero coloro che possiedono il know how di più alto valore, così come gli ambiti di supporto tecnico e tecnologico, nella consapevolezza che anche essi giocano un ruolo fondamentale per il raggiungimento della missione e degli obiettivi aziendali.

Come tutte le attività aziendali, anche la formazione deve essere programmata nel tempo, con obiettivi a breve e medio termine perché le ricadute strategiche siano efficaci; essa dovrà inoltre venir garantita costantemente sia al management sia agli addetti operativi, nel rispetto di alcuni principi di base, che andiamo ad analizzare:

- La pianificazione: la formazione sarà inerita in un percorso di attenta pianificazione, costruita su analisi interne ed esterne, ma anche sugli assunti di un processo di apprendimento organizzativo. In questo senso è fondamentale il dialogo con tutti gli stakeholders, che possono essere fonte di informazione e soggetti chiave del processo di gestione strategica della formazione. Naturalmente la prima esigenza considerata sarà l'adeguamento delle competenze, per garantire alla clientela/utenza sempre il miglior livello qualitativo;
- La progettazione: come un vero e proprio prodotto di tipo commerciale, la formazione dovrà entrare in un alveo di valutabilità delle performance derivante da un percorso di progettazione comprendente obiettivi, metodologie e impatti previsti. Ovviamente perché un corso possa divenire efficace strumento di crescita ed i risultati ottenuti possano essere adeguatamente valutati, è necessario che esso sia “ancorato” ad un attento studio valutativo ex ante delle competenze e delle conoscenze di tutti i componenti la compagine sociale.
- Il finanziamento: al pari di altre azioni strategiche – marketing e comunicazione, ad esempio – alla formazione deve essere dedicato uno specifico capitolo nel budget aziendale; ad esso deve peraltro corrispondere una corretta azione di fund raising ed, in chiave strategica, la partnership con enti di formazione, in modo da partecipare la spesa con fondi pubblici ed ottenere l'istituzione di corsi ad hoc per le esigenze individuate.

Sistemi informatici e device elettronici

L'uso dell'informatica applicata alla gestione dei servizi alla persona si è affermato gradualmente a partire dagli anni '90, quando sono state intuite le potenzialità in ordine all'efficientamento ed alla semplificazione di alcuni ambiti del lavoro amministrativo. Dopo circa vent'anni da quando videro la luce i primi sistemi basati su Excel o Access, sono stati fatti molti passi avanti, sia dal punto di vista culturale, sia dal punto di vista tecnico. In primis, anche se permangono resistenze a livello locale, anche la P.A. sta recependo le direttive statali sulla digitalizzazione, appunto, della P.A. e l'auspicio è che il recente varo del nuovo Codice dei Contratti Pubblici (il D.Lgs. 50/2016) possa cagionare l'accelerazione finale di un processo in atto da ormai molto tempo. In seconda istanza va detto, sempre rimanendo nell'ambito di competenza del Terzo Settore, che in alcuni ambiti di servizio, come ad esempio quello sanitario, nessun operatore oggi è sprovvisto di un proprio software gestionale compatibile con i sistemi in uso presso le ASL. In questo senso si può dunque affermare che l'informatica non è più una novità, ma è pur vero che da essa può ancora derivare un vantaggio competitivo per le aziende, specialmente quando esse sappiano farne un uso appropriato allargando i confini tematici di riferimento.

La rete interaziendale oggetto del presente studio farà uso del software gestionale sviluppato in house da OSA, che prima di elaborare un vero e proprio sistema operativo, ha utilizzato strumenti che, dall'iniziale architettura simile a quella di un data base, sono costantemente evoluti in termini di complessità e funzionalità; nel corso degli ultimi anni, invece, si è riusciti a realizzare dei prodotti "web based" che hanno consentito agli stakeholder istituzionali di accedere direttamente ai dati di erogazione del servizio, inviando per via telematica i piani assistenziali e ricevendo, nei casi ove ciò era previsto, la rendicontazione dei servizi direttamente per via telematica

Comunicare – integrare – condividere sono le parole d'ordine della generazione di software gestionali sviluppati da OSA avvalendosi – nella fase realizzativa – di importanti collaborazioni con Vodafone Italia, Rimm BlackBerry, Newmann; lo staff ICT di OSA è peraltro in grado di customizzare i prodotti per renderli pienamente aderenti alle necessità locali

Il software, denominato WebAdi, è un indispensabile supporto alla gestione quotidiana dei servizi poiché prevede:

- Una completa scheda anagrafica sia per gli operatori, sia per i pazienti
- La funzione di gestione degli appuntamenti che suggerisce, direttamente sul terminale personale in uso ad ogni operatore, il calendario di attività quotidiane, consentendo la visualizzazione delle cartelle cliniche dei pazienti
- L'inserimento dei Piani Assistenziali individualizzati e dei relativi aggiornamenti
- La tracciabilità e la rendicontazione in tempo reale delle attività svolte, per la successiva fatturazione dei servizi erogati
- L'interazione degli stakeholder, ovvero la possibilità di entrare nel sistema – con accessi limitati ai dati di proprio interesse – a diversi soggetti, quali i MMG, i pazienti e/o loro familiari, ecc.
- La valutazione delle attività svolte, ovvero l'andamento del PAI in rapporto agli obiettivi assistenziali previsti

Ogni membro attivo dello staff aziendale disporrà di un terminale smartphone tipo Samsung Note 5 o, a scelta, di un tablet pc tipo I-Pad, con cui potrà interagire via web con il sistema.

Connaturata all'uso di un moderno software gestionale è la smaterializzazione dei documenti, ovvero la loro digitalizzazione

Oltre a quelle elencate, che sono le funzioni necessarie alla gestione quotidiana dei servizi aziendali, il sistema adottato dalla rete renderà possibili alcune azioni che possono essere a buon diritto considerate all'avanguardia

Questa funzione porta al superamento di tutti i problemi legati ai documenti cartacei, con evidenti benefici, quali:

- Scrittura facilitata dei documenti
- Archiviazione digitale dei documenti.
- Accesso immediato ai documenti di un paziente.
- Possibilità di stampare ogni volta sia necessario i documenti.
- Documenti non più scritti a mano e quindi facilmente leggibili.
- Possibilità di estrazione dei dati dai documenti per effettuare analisi e statistiche.



Sempre nell'ambito delle attività basate sull'informatica, la rete interaziendale realizzerà un programma sperimentale per la costituzione di una rete e-Care integrata socio-sanitaria attraverso il proprio portale web.

Considerando il cambiamento dei profili di malattia prevalente, ed il tentativo di offrire ai pazienti/clienti servizi volti a garantirne in modo stabile il benessere, tramite l'inclusione sociale in ogni ambito della vita quotidiana, sembra opportuno incentivare anche un mutamento nel concetto stesso di salute, non più da intendere come assenza di malattia, ma come modulazione di obiettivi di "normalità" effettivamente raggiungibili. In questo senso diventa necessario superare i modelli assistenziali di tipo gerarchico e prestazionale, realizzando un modello di presa in carico anche elettronica che privilegi approcci di tipo relazionale e multisetoriale, nell'ottica di E-Health e dell'Information Communication Technology (ICT).

La fase di avviamento del progetto prevede articolate indagini su campioni statisticamente rappresentativi di utenza, utilizzando questionari semi-strutturati somministrati telefonicamente, progettati per una fase esplorativa e conoscitiva del fenomeno oggetto di studio, ulteriormente approfonditi attraverso tecniche di tipo qualitativo per permettere una maggiore comprensione di specifici aspetti; tale consapevolezza consentirà un notevole avanzamento nella direzione della diffusione della cultura della relazione con l'assistito; coerentemente con questo approccio, la formazione servirà anche per mettere lo staff nella condizione di attivare strategie di conoscenza, teoriche e tecnico-metodologiche, delle necessità del paziente, per potenziare la capacità di ascolto, interazione e dialogo e non determinare l'insoddisfazione dell'assistito e degli operatori stessi.

Il modello comunicativo relazionale è, infatti, principalmente caratterizzato dalla preminenza di flussi comunicativi tra i soggetti impegnati in azienda. Nell'era della web society bisogna invece prendere in carico telematicamente il cittadino-assistito con la sua famiglia, e costituire attraverso il portale un servizio e-Care flessibile, che sia in grado di intercettare il bisogno di salute della persona in senso pluralistico e multidimensionale (benessere bio – psico – sociale), creando spazi co-istituiti di incontro tra comunicazione umana e comunicazione dei sistemi organizzativi, sfruttando le potenzialità che offre la mixed research.

La tabella sottostante schematizza alcune caratteristiche del sistema web based per la gestione del servizio di assistenza domiciliare implementato dalla cooperativa OSA negli ultimi anni. Si evidenziano alcuni aspetti, come il modello comunicativo – relazionale e le caratteristiche del servizio, inserendo al contempo il fondamentale nodo mancante nel sistema, ovvero la partecipazione/ coinvolgimento del cittadino-assistito (a destra).

		Modello comunicativo e relazionale	
		Oggi	Domani
Principali nodi comunicativi (Interfaccia relazionale)		Personale amministrativo e sanitario osa, aziende ASL committenti, MMG	Cittadino-assistito/caregiver
Strumenti/tecnologie utilizzate		Sistemi di gestione condivisa in rete di dati assistenziali e amministrativi, device portatili e relative App.	Tecnologie di connessione di rete e videochiamata
		Caratteristiche	
		Oggi	Domani
Servizio offerto		<ul style="list-style-type: none"> • Migliore programmazione del servizio di home care • Migliore comunicazione • Monitoraggio aspetti assistenziali • Estrazione dati statistici 	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment/coinvolgimento cittadino • Soddisfazione/miglioramento assistenza • Facilitazione accesso/conoscenza servizi con eventuale attivazione di reti di solidarietà • Tele compagnia, tele informazione • Condivisione esperienze di malattia pazienti/caregiver • Intercettazione dei bisogni • Personalizzazione dei servizi
Banca dati		Condivisione online dati clinici e amministrativi dei pazienti.	Condivisione online (all'interno di un network e/o di una piattaforma online) di esperienze/ testimonianze di malattia.

Dando seguito a queste premesse si realizzerà un programma di progetti caratterizzato dai seguenti elementi:

- ❖ Obiettivo generale: Costituzione di una rete e-Care integrata socio-sanitaria tramite il portale web della rete interaziendale.
- ❖ Obiettivo specifico: Inserire il nodo mancante nella rete, ossia i cittadini – assistiti, attraverso Progetti di e-Care.
- ❖ Metodi: L'avvento della web society, contraddistinta da una propria mutevole complessità, ha influenzato l'evoluzione dei paradigmi interpretativi e delle tecniche della ricerca sociale. La mixed research, come interscambio tra tecniche qualitative e quantitative, appare essere, soprattutto grazie alla diffusione degli e-method l'approccio più appropriato (anche grazie alle potenzialità in termini di riduzione dell'impatto economico).

In senso generale si tratta di costruire percorsi sperimentali di partecipazione:

- A.** Promuovendo un network di pazienti/familiari, con esperienze e interessi in comune, dove scambiare le proprie esperienze personali vissute in occasioni analoghe, consigliare, supportare e “socializzare” le informazioni costituendo una risorsa di self-help.

Le funzioni che può svolgere un network sono:

- Sostenere l'identità sociale,
- Fornire feedback,
- Mobilizzare le risorse,
- Flusso informativo,
- Sostegno emotivo.

Le azioni previste in questo progetto sono:

- a) Implementazione tecnico informatica del network
- b) Gestione della Community da parte dei moderatori
- c) Analisi delle reti sociali
- d) Pubblicazione online dei report periodici
- B.** Attraverso una iniziativa di 'Narrative based medicine' (NBM), gestito sulla piattaforma interattiva, si può dare spazio, voce e ascolto alle storie di malattia, riconoscendo il valore

terapeutico insito nella narrazione e offrendo una lettura della malattia alternativa al solo evento negativo.

I pazienti potranno:

- Raccontarsi e raccontare la propria esperienza di malattia e assistenza,
- Trasformare il loro vissuto in un patrimonio costruttivo e condiviso,
- Produrre conoscenza e comportamenti utili per se e per gli altri.

Le azioni da compiere nell'ambito di questo progetto sono:

- a) La realizzazione di una piattaforma online, integrata con il portale della rete
- b) L'analisi della NBM e diffusione dei risultati
- c) Pubblicazione online dei report periodici

C. Sostenere la vicinanza emotiva con il paziente e la sua famiglia, attraverso interventi personalizzati di tele compagnia e tele informazione con servizi di:

- Ascolto
- Sostegno
- Informazione
- Intercettazione del bisogno
- Conciliazione

Le azioni da compiere sono:

- a) Selezione e formazione del personale
- b) Contatto con gli assistiti per:
 - a. Mantenere nel tempo una relazione empatica e personalizzata con i pazienti, di volta in volta selezionati sulla base di eventuali caratteristiche
 - b. Raccogliere informazioni sullo stato di salute dell'assistito, rassicurare, ascoltare, rendersi disponibili, anche per ricordare eventi particolari, o ad esempio per ricordare l'assunzione di farmaci, o anche solamente per garantire sostegno umano
 - c. Operare per la conciliazione, individuando con esattezza i problemi segnalati ed indirizzandoli alle funzioni aziendali dedicate al CRM

d. Offrire servizi di natura informativa

D. Favorire l'utilizzo delle risorse socio-sanitarie presenti sul territorio

Attraverso la 'messa in rete' delle informazioni, da quelle istituzionali (Asl, Comune), a quelle di terzo settore, creando un punto di incontro tra domanda di assistenza e offerta dei servizi.

Le azioni da compiere sono:

- a) Screening e selezione delle informazioni inerenti servizi ed opportunità di natura sociosanitaria offerte dal territorio della ASL RMH
- b) Accordo con i titolari dei marchi per la pubblicazione sul portale di link istituzionali

Il portale web

La Cooperativa OSA come parte attiva ed integrante della rete interaziendale implementerà un portale dedicato interamente ai pazienti della rete, allo scopo di favorire l'interazione fra le persone, la condivisione delle esperienze, la circolazione delle informazioni. Il portale sarà, in questo senso, anche un importante strumento per le attività di valutazione dell'attività svolta.

Il portale sarà suddiviso in 3 sezioni, **Area Pazienti, Blog e Community**.

All'interno dell'**Area Pazienti** è presente l'Area Questionari, di grande importanza per la funzione di rilevazione della soddisfazione dell'utenza. In questa area infatti coloro che usufruiscono dei servizi erogati dalla rete hanno la possibilità di esprimere il proprio giudizio:

- Sulla percezione dello stato di salute in differenti momenti del percorso di assistenza
- Su aspetti inerenti la qualità del servizio ricevuto

Tutti i questionari compilati saranno salvati nel database ed utilizzati per valutare e migliorare il servizio offerto dalla rete. Ai pazienti sarà chiesto di compilare i due questionari periodicamente; in tal senso il sistema gestionale in uso invierà memo via email e sul telefono mobile degli all'assistito per ricordargli di compilare nuovamente i questionari.

Questionario sulla percezione di salute: Questo questionario è volto a valutare la qualità della vita dei pazienti in assistenza domiciliare attraverso tre indicatori che rilevano la percezione del dolore, della preoccupazione e della salute in generale. Per questo si richiederà ai pazienti di compilare

tale questionario almeno 15 giorni dopo la loro presa in carico e poi circa ogni 7 giorni (sarà cura dell'azienda ricordare di compilare i questionari attraverso una segnalazione via e-mail e via cellulare). Le semplici domande che saranno rivolte ai pazienti sono:

Il tema di base è: **Come ti senti oggi** (il riferimento è esclusivo alla salute del paziente). La declinazione delle domande sarà:

Articolazione delle domande sul tema della percezione del proprio stato di salute										
1) Chi risponde alle domande?	L'Assistito									
	L'Assistito con l'aiuto di un familiare									
	un Familiare									
Specificare familiare	Coniuge									
	Figlio									
	Nipote									
	Altro									
2) Dolore	Assenza di dolore									
	Moderato dolore									
	Forte dolore									
3) Preoccupazione	Assenza di preoccupazione									
	Moderata preoccupazione									
	Forte preoccupazione									
4) Esprima un giudizio sul suo stato di salute attuale, dando un voto da 1 a 10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Questionario sulla percezione di qualità: Il presente questionario è studiato per conoscere il punto di vista dei pazienti sull'assistenza ricevuta. In questo caso si parla di percezione della qualità e non di qualità sic et simpliciter, poiché la ricerca non si basa su dati oggettivi ma su pareri soggettivi; il fatto che la qualità sia percepita, tuttavia, non diminuisce il valore del dato raccolto. Gli assunti del questionario saranno utilizzati al fine di migliorare la qualità del servizio domiciliare offerto. A tal fine si richiederà la compilazione del questionario dopo circa 30 giorni dalla presa in carico del paziente e poi ogni circa 30 giorni (sarà cura dell'azienda ricordare di compilare i questionari attraverso una segnalazione via e-mail e via cellulare). Il questionario è il seguente:

Questionario sulla qualità percepita dei servizi ricevuti	
1) Chi risponde compila il questionario?	L'Assistito
	L'Assistito con l'aiuto di un familiare
	Un Familiare
Specificare familiare	Coniuge
	Figlio

	Nipote
	Altro
Il personale (professionisti, operatori) che l'assiste	
1) Abitualmente si presenta come socio dell'azienda? (Alcune di queste domande sono valide soprattutto nel caso di assistenza domiciliare da parte di operatori OSS, che possono variare durante l'intero ciclo del servizio)	Si
	No
	Non ricordo
2) Espongono un cartellino di riconoscimento?	Si, sempre
	A volte
	No mai
	Non so, non ricordo
3) Le è stato rilasciato il recapito da contattare in caso di urgenza/necessità? Gli operatori verificano periodicamente che lei lo abbia a portata di mano?	Si
	No
	Non ricordo
4) Quando le richiedono di firmare per i trattamenti/l'assistenza ricevuta?	Tutti i giorni alla fine della prestazione
	Firmo tutti i moduli insieme all'inizio del mese
	Firmo tutti i moduli insieme alla fine del mese
5) Si informano sul suo stato di salute?	Si sempre
	A volte
	No mai
6) Gli operatori che per il servizio debbono toccarla, si lavano le mani prima di iniziare?	Si, sempre
	A volte
	No, mai
7) La informiamo a sufficienza su cosa deve fare in nostra assenza, ad esempio sull'assunzione dei farmaci? Verifichiamo, anche solo telefonicamente, che lei segua le istruzioni terapeutiche e comportamentali?	Si, mi informate sempre e mi aiutate a seguire le terapie
	Quando vedo un vostro specialista mi chiede se ho seguito le istruzioni
	Mi avete spiegato cosa fare quando abbiamo iniziato la terapia, ma poi non mi avete più seguito
	No, ma non è necessario
8) Se lei dimostra, al telefono o con il personale che viene presso la sua abitazione, di avere dei dubbi, le vengono fornite informazioni più chiare? Si sente ascoltato?	Si, sempre
	Non sempre, qualche volta
	No, mai
	Non ho mai avuto nulla da chiedere
Valuti la qualità organizzativa del servizio	
9) Durante il periodo in cui ha usufruito dei nostri servizi, ha mai dovuto chiamare altre aziende? (ad esempio la ASL)	Si
	No
Se si, per quale motivo?	Organizzativo
	Per chiedere informazioni
	Per richiedere un tipo di servizio che voi non erogate
10) Durante il periodo in cui ha usufruito dei nostri servizi, ci ha mai dovuto contattare telefonicamente, tramite mail, o tramite il portale web?	Si
	No

Se sì, per quale motivo?	Per chiedere informazioni
	Per inoltrare un reclamo
Qui può indicare e specificare fatti e questioni non considerati nel questionario	

Il Blog

Attraverso il blog, ed eventualmente con l'assistenza del personale dell'azienda, ciascun paziente potrà pubblicare e condividere le proprie personali storie di vita e di cura, oltre che commentare gli articoli già pubblicati da parte di altri utenti. Alla vita del blog potranno contribuire anche i familiari dei pazienti, riportando la loro esperienza di care giving. Le testimonianze raccolte costituiranno un contributo prezioso che darà modo di:

- Raccontarsi e raccontare la propria esperienza di malattia e cura,
- Trasformare il proprio vissuto in un patrimonio costruttivo e condiviso,
- Produrre conoscenza e comportamenti utili per se' e per gli altri.

Tutti coloro che scriveranno sul blog, lo faranno in maniera libera e spontanea, potendo evidenziare tutti gli aspetti che riterranno rilevanti nella loro esperienza come, ovvero considerazioni legate alla patologia, alle relazioni interpersonali, e al loro vissuto interiore. Il moderatore del blog cercherà di orientare i partecipanti, per quanto possibile, a raccontare se e in che modo, pur nella drammaticità dell'esperienza, avranno trovato la forza, il coraggio, le risorse interiori per reagire al dolore e alla sofferenza, affrontando gli ostacoli che si sono presentati nel tuo percorso. Tutte le testimonianze saranno pubblicate nella sezione "Storie", perché possano trasformarsi in un dono, ricco di significato e di valore anche per gli altri pazienti.

Il blog è un'iniziativa strumentale all'introduzione di dinamiche di Narrative Based Medicine (**Medicina Narrativa**). Con tale termine si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale il cui strumento fondamentale è la narrazione della malattia e del processo di cura da parte dell'assistito o di chi se ne occupa, per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nel percorso di cura (cittadino-assistito e servizi). Il fine è quello di condividere e personalizzare il servizio che l'azienda offre, attraverso l'analisi delle storie raccontate, in modo tale da avvicinare medicina e paziente.

Solo gli assistiti registrati al portale (o coloro che ne fanno le veci) possono inserire storie nel blog e commentare storie inserite da altri assistiti. Il blog può essere visitato anche da persone non direttamente collegate ai servizi erogati dalla rete interaziendale; la possibilità di leggere le storie scritte dagli assistiti viene conferita ad ospiti esterni poiché i redattori delle storie saranno protetti nell'anonimato dallo username assegnato dal sistema informatico. Il sistema garantisce al personale con funzione di amministratore del blog di controllare le storie inserite dagli utenti prima che esse vengano pubblicate sul web (tutto ciò avviene in un apposito pannello di amministrazione in grado di gestire blog e community), con il fine di evitare che l'assistito inserisca contenuti offensivi o che vadano a ledere la privacy di terze parti. Nel blog sarà presente una sezione che illustra cosa sia la medicina narrativa e quale sia il suo scopo.

Le storie sono suddivise in 4 categorie:

- **Patologia:** nell'ambito del disagio psichico, alle patologie sono associate forme di fragilità a volte complesse e variabili, che differenziano e caratterizzano in modo inequivocabile la vita dei pazienti e delle loro famiglie.
- **Rapporti sociali:** Qualità delle relazioni umane, con gli amici, con le istituzioni sanitarie pubbliche e private, con i servizi socio-assistenziali.
- **Esperienze Personali:** Esperienza soggettiva della malattia, cambiamenti nella qualità della vita quotidiana, significati e aspetti emotivi.
- **Altro:** In questa area ognuno potrà raccontare liberamente la sua storia di malattia e assistenza.

La community

L'obiettivo di questa iniziativa è promuovere un **network di pazienti/familiari**, con vissuti ed interessi in comune; si tratta di un luogo virtuale parlare delle esperienze vissute in occasioni analoghe, consigliare, supportare e condividere le informazioni, costituendo una risorsa di auto-aiuto. Le community si sono sovente dimostrate veicolo di un flusso informativo in grado di mobilitare le risorse dei partecipanti per un sostegno emotivo reciproco.



Come per il blog chiunque può leggere le discussioni dei pazienti, ma solo questi ultimi possono parteciparvi attivamente. Le discussioni saranno monitorate dagli amministratori di sistema che potranno anche eliminare discussioni contenenti argomenti che violano il regolamento d'uso.

Sistemi di Monitoraggio e Valutazione: delle attività, dei progetti delle performance aziendali

Come incidentalmente abbiamo avuto modo di illustrare anche nel paragrafo precedente, la valutazione di un servizio può avvenire in diversi modi ed ogni tipologia di valutazione ha una sua importanza specifica. Le valutazioni soggettive inerenti la qualità dei servizi fruiti infatti, raccolte tramite questionari cartacei, oppure con strumenti informatici presenti nell'area pazienti del portale web della rete, hanno una loro specifica importanza ma non sono le uniche forme di valutazione possibile. Per questo motivo, per quanto riguarda le attività terapeutiche e di servizio, superando la logica dell'uso – a volte un po' sterile – di sistemi di valutazione basati su Indicatori Oggettivamente Verificabili stabiliti in modo aprioristico, si formerà un gruppo di pazienti su cui si costruirà un nuovo set di IOV, individualizzati.

Nel caso di specie, la valutazione delle performance è un aspetto delicato poiché, naturalmente, non può essere legata ai fattori comunemente valutati (ad esempio tempo, fatturato, ecc.). Sarà sviluppata una ricerca volta ad orientare una forma di valutazione delle performance legata ai fattori critici dell'attività: terapia, benessere materiale e immateriale, sostenibilità del beneficio. La base per la corretta gestione delle funzioni di monitoraggio e valutazione è rappresentata dagli strumenti che ci mette a disposizione l'informatica, dal software al portale web passando per i device elettronici; con essi è indispensabile verificare che l'intervento sia stato efficace. Nel linguaggio comune la parola efficacia viene usata per indicare il rapporto tra risultati e obiettivi; l'efficacia di un servizio sanitario consiste nel fare le cose giuste alle persone giuste e si identifica con l'appropriatezza e ciò è implicitamente riconosciuto dal DDL 229/1999. Parlando di processi di lavoro, è corretto notare come l'accento sia posto non più solo sulla efficienza intesa come ottimizzazione delle risorse, ma anche sul fatto che in sanità un processo è efficace quando è possibile riscontrare la efficacia delle prestazioni erogate in termini di risultati di salute, ovvero di raggiungimento degli obiettivi prefissati. D'altra parte il solo raggiungimento degli obiettivi

assistenziali non è di per se' garanzia dell'efficienza di un processo, le cui parti devono essere, singolarmente prese, efficaci.

La valutazione può, per sua stessa natura, essere eseguita solo sulla base di un riferimento, gli Indicatori Oggettivamente Verificabili, che sono i panel di riferimento delle valutazioni. Per valutare l'efficacia di un processo come la cura e l'assistenza di pazienti affetti da problemi di natura psichiatrica, dobbiamo considerare il risultato del processo dal punto di vista qualitativo e quantitativo.

Il sistema di indicatori che sarà utilizzato è suddiviso in output e outcome, così suddivisi:

- Output (prodotto), ovvero:
 - ✓ Quantità delle singole prestazioni
 - ✓ Qualità delle singole prestazioni
- Outcome (effetto), ovvero:
 - ✓ Incremento di benessere di breve e lungo periodo
 - ✓ Soddisfazione degli utenti

Inoltre è utile scomporre il processo di lavoro nelle sue componenti, per constatare quali siano gli strumenti e le modalità gestionali di ognuna, ovvero le garanzie di efficacia fornite al paziente ed alla sua famiglia. Per le finalità del presente documento si specifica che l'efficacia del processo di lavoro viene qui indagata in ragione degli outcome di salute e dell'efficacia delle attività che compongono il processo di lavoro stesso.

Gli output quali – quantitativi sono oggetto del processo di monitoraggio e controllo del servizio.

Gli outcome di salute

Nella tabella che segue elenchiamo alcuni IOV relativi agli outcome di salute, ovvero l'effetto del processo assistenziale sui beneficiari dell'intervento.

Indicatore	Modalità di misurazione	Soggetto coinvolto nell'assistenza
Raggiungimento degli obiettivi del PAI	Verifica tramite evidenze documentali	Psichiatra/Psicologo/ Operatore Socio Sanitario
Variazioni del PAI: per precoce e positiva conclusione dell'assistenza, oppure per parziale raggiungimento degli obiettivi	Verifica e calcolo tramite evidenze documentali	
Inserimento e inclusione del paziente nel contesto sociale di appartenenza, in condizioni compatibili con la storia clinica personale (compatibilmente con gli obiettivi Abi.L.I)	Confronto con gli obiettivi del PAI	
Variazione del PAI a causa del peggioramento delle condizioni cliniche	Confronto con la diagnosi iniziale e con le annotazioni alla cartella clinica	Medico specialista Psichiatra

In senso generale invece la rete utilizzerà un sistema articolato di valutazione dei servizi erogati, mirato a verificarne da una parte l'andamento generale, ovvero il loro funzionamento inteso come processo, procedure e gestione complessiva delle risorse (umane, logistiche e strumentali) e, dall'altra, la realizzazione del PAI per ciascun paziente in carico.

La valutazione del servizio nei suoi aspetti gestionali e operativi

Le cooperative che condividono l'idea della rete interaziendale sono certificate a norma UNI-EN-ISO 9001/2008 da cui mutueranno il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ); la norma ISO impone l'uso di strumenti cartacei per il controllo ed il monitoraggio della qualità, quali strumenti di supporto documentale alla procedura, pertanto il sistema informatico, seppur non utilizzato per la certificazione dei processi, rimarrà uno strumento utile ai fini organizzativi.

Esistono diversi tipi ambiti in cui si esercita il controllo obbligatorio secondo il Manuale della Qualità:

- **Controlli in processo**

Le attività di controllo durante l'erogazione del servizio prevedono il monitoraggio delle operazioni, sottoponendo il servizio a prove di conformità. Il controllo verrà effettuato dall'addetto al SGQ della rete in base ai seguenti parametri:

Descrizione Controllo	Frequenza controllo	Tipo di controllo	Criteri di accettazione
Rispetto Pianificazione	Un controllo all'anno ³⁴ per ciascun paziente oppure ove necessario	Verifica diretta a domicilio	Riscontro regolarità e puntualità esecuzione prestazioni
Corretta esecuzione prestazioni	Un controllo all'anno per ciascun operatore oppure ove necessario	Verifica diretta a domicilio	Riscontro della corretta esecuzione della prestazione
Corretta compilazione documentazione	Un controllo all'anno per ciascun IP oppure ove necessario	Verifica diretta a domicilio	Riscontro della corretta compilazione della documentazione

Vengono inoltre effettuate riunioni periodiche interne tra i responsabili dei diversi servizi per la condivisione delle attività in corso ed un confronto sulle criticità emerse durante l'attività gestionale ed assistenziale. La gestione dei reclami e le indagini di qualità percepite sono condotte a livello centrale di Direzione Sanitaria con la collaborazione dei coordinatori di centrale.

• Controlli finali

Si esegue il controllo grazie al sistema informatico e la verifica / riscontro del rispetto dei piani di programmazione mensile. L'esito di tale controllo è l'invio dei dati opportunamente lavorati alla sede centrale per la fase di compenso agli operatori e fatturazione al committente.

Il Sistema di Gestione della Qualità prevede che, oltre ai controlli sulla corretta esecuzione delle attività, il servizio sia sottoposto a diverse tipologie di valutazione nella tabella seguente:

³⁴ In riferimento alla periodicità dei controlli si specifica che:

- Ci si riferisce in primis alle assistenze che vengono erogate a domicilio, ma sono sottoposte a verifica anche quelle erogate presso la sede aziendale
- Il parametro della frequenza si riferisce alla necessità di operare una verifica per confermare la dichiarazione di conformità sulla procedura: in tal senso è opportuno specificare che si tratta della verifica di una procedura, non già dell'avvenuta prestazione
- I controlli sulla correttezza della pianificazione, sulla correttezza dell'esecuzione delle prestazioni, sulla corretta compilazione della documentazione, sono:
 - Effettuati dal personale di coordinamento su base quotidiana, in relazione ad ogni prestazione e ad ogni operatore
 - Eseguiti, nel caso della documentazione cartacea, dal personale di coordinamento contestualmente alla consegna da parte dell'operatore

Sistema di gestione della qualità			
Cosa valutare	Descrizione e caratteristiche	Strumenti	
		Quantitativi	Qualitativi
a) Qualità percepita	- Customer Satisfaction: da parte di utenti ed ente committente	Questionario auto - compilato dall'utente	- Visita domiciliare e/o intervista, rilevazione della percezione di miglioramento dello stato di benessere e soddisfazione dei bisogni - Indagini telefoniche
	- people satisfaction (clima aziendale): da parte di operatori	Questionario auto-compilato dagli operatori	- Riunione mensile di équipe - Supervisione mensile
b) Efficienza	Valutazione degli obiettivi di qualità secondo indicatori prefissati	Griglia di indicatori oggettivi su base numerica	Documento semestrale di analisi dell'andamento dei servizi aziendali
c) Efficacia		Sistema gestionale	
d) Non conformità e reclami	Registrazione e analisi delle incongruenze procedurali	Scheda Non Conformità	Incontri periodici tra i Coordinatori, i Referenti aziendali (amministrativi e sanitari) della rete, i Referenti del Sistema Qualità
	Analisi reclami giunti da parte del paziente/familiari	Scheda reclamo	Colloqui fra Referenti delle attività sanitarie e gli operatori per l'eventuale rilevazione di reclami pervenuti agli operatori anche in forma orale
e) Rintracciabilità della documentazione	Valutazione delle modalità e dei sistemi di archiviazione e gestione della documentazione	Verifica archivi	Monitoraggio modalità di documentazione e archiviazione
f) Ricerca del miglioramento continuo	Valutazione degli obiettivi di qualità secondo indicatori prefissati	Griglia di indicatori	Incontri periodici tra i Referenti aziendali (amministrativi e sanitari) della rete, i Referenti del Sistema Qualità
g) Valutazione del personale	Valutazione della congruenza, della condotta e della compatibilità di ogni operatore con le competenze di servizio	Questionario compilato dai Referenti dei servizi per ogni singolo operatore	Documento semestrale Colloqui individuali con il singolo operatore

La valutazione delle performance

L'organo di gestione della rete, anche in virtù di obblighi di informazione nei confronti delle cooperative impegnate, sottoporrà l'azienda ad un ulteriore processo di valutazione, che

comporta il riscontro dei parametri quantitativi che possono offrire il quadro complessivo dell'efficienza dell'impianto organizzativo.

Si riporta di seguito la tabella riassuntiva del sistema di valutazione del personale adottato

Indicatore	Modalità di calcolo dell'indicatore	Valore standard
Turn over	Numero dimissioni volontarie sul totale del personale	< del 12%
Assenteismo	Numero di assenze annuali rispetto ai giorni totali di lavoro	Inferiore al tasso di assenteismo medio delle tabelle ministeriali
Ritardo	Ore annuali di ritardo rispetto alle ore totali di lavoro affidate ad ogni singolo operatore	< 1%
Fidelizzazione al servizio	Ore di presenza alle riunioni sulle ore totali	> 82%
Continuità nella formazione	Ore di formazione fruite sulle ore fruibili	> 94%
Professionalità nel servizio	Valutazione della presenza di procedure o protocolli per la realizzazione delle attività di erogazione del servizio nel corso degli audit del Sistema Qualità e delle riunioni periodiche dell'équipe di lavoro Valutazione quantitativa del corretto utilizzo degli strumenti di rendicontazione del servizio nel corso degli audit del Sistema Qualità e delle riunioni periodiche dell'équipe di lavoro	Presenza di un Piano della Qualità Specifico per l'intero servizio e di procedure e/o protocolli che coprano tutte le attività svolte Utilizzo di almeno il 98% di tutti gli strumenti di rendicontazione previsti per il servizio
Conformità del servizio (IQP)	Quantità di NC (n° NC/n° pazienti assistiti) Indice di contestazioni/reclami (n° reclami/n° pazienti assistiti)	< o uguale a 1 non conformità/anno per ciascun U < o uguale a 0,5 reclami annui/n° pazienti
Professionalità degli operatori	Numero di contestazioni disciplinari/n° operatori	< o uguale a 0,5 contestazioni disciplinari annuali/n° Operatori
Efficacia del Sistema Qualità	Numero di non conformità rilevate nel corso degli audit interni e dell'Ente di Certificazione	< o uguale a 1 NC/anno per ciascun servizio
Livello di Customer Satisfaction (IQPm)	% di risposte positive al questionario o agli strumenti di misura della CS	> o uguale al 98%

Per ogni processo descritto negli elenchi precedenti, vengono proposti valori target, quantificati sulla base di precedenti servizi e sullo studio del progetto attuale. I valori target per il 2015 sono riportati nella tabella successiva.

Processo	Definizione	Target 2015
QUALITÀ PERCEPITA	Percentuale di soddisfazione dei pazienti	99%
	Percentuale Media soddisfazione dei pazienti	99%
EFFICIENZA	Nr riunioni d'équipe	80
	Nr aggiornamenti del sistema informatico	4
	Rapidità di risposta alle richieste di cura	24 ore
	Turnover di operatori sul paziente	< 2
	Nr Questionari somministrati per ogni utente	2
GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	Non conformità rilevate	< 12
	Non conformità trattate Vs non conformità rilevate	100%
MIGLIORAMENTO CONTINUO	N. azioni correttive e preventive intraprese	100%
	Controlli effettuati	> 180
	Valutazione attività formative	25
	% ore di formazione realizzate	90%
GESTIONE DEI RECLAMI	Reclami chiusi/reclami ricevuti	100%
	Reclami ricevuti	< 8
	Tempi di risposta ai reclami	36 ore



Cap.4 Considerazioni di sistema

Per quanto concerne la realtà italiana è interessante notare come, a fronte di un notevole spessore tecnico scientifico del contenuto delle affermazioni di principio che si sono succedute negli ultimi decenni, i concetti siano ancora lontani dal divenire atti e fatti della prassi comune. Preceduto dalla L 180/1978 (meglio nota come legge Basaglia), il concetto stesso di salute mentale, come del resto è accaduto per quello di “assistenza primaria”, è entrato nella legge istitutiva del SSN solo mediante generiche indicazioni di tipo organizzativo (i servizi territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione a struttura dipartimentale) che di fatto non hanno consentito la piena realizzazione di percorsi di presa in carico dei problemi del paziente lungo percorsi diagnostici – terapeutici – assistenziali continuativi e coordinati. Ed effettivamente questa sembra essere ancora oggi la situazione organizzativa del settore, nonostante la materia sia stata oggetto di numerosi specifici e pregevoli atti di indirizzo succedutisi dal 1994 al 2011.

Gli enunciati legislativi si ispirano ad un ampio panel di principi teorici e pratici, oltre ad essere ancorati a solide basi valoriali; la deistituzionalizzazione della malattia mentale, il reinserimento nella comunità, il primato della prevenzione, della diagnosi precoce soprattutto nell’età infantile ed adolescenziale, della riabilitazione, dell’integrazione funzionale di tutte le componenti sanitarie e di queste con i servizi socioassistenziali (famiglia, scuola, abitazione, lavoro), la valutazione multidisciplinare del bisogno, la progettazione e la gestione coordinata di percorsi sociosanitari personalizzati, di presa in carico dei soggetti con disturbi mentali, sono i principi e gli enunciati che rendono questo settore del welfare un esempio emblematico della frattura che esiste nel nostro Servizio Sanitario Nazionale tra i postulati della governance istituzionale e gli annosi problemi che affliggono l’organizzazione ed il governo amministrativo della produzione dei servizi sanitari e sociali.

Sotto questo profilo l’ingresso della cooperazione della salute mentale nel mondo della cooperazione sanitaria integrata, di cui il presente studio è logica e concreta conseguenza, segna l’occasione di un significativo arricchimento della missione e delle prospettive di azione nel sistema dei servizi di assistenza primaria.

I modelli di riferimento sono quelli del nuovo rapporto pubblico – privato, fondato sul potenziamento della governance pubblica, sull'accREDITamento dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per la salute mentale, sull'affidamento gestionale degli stessi ad imprese cooperative e sul coinvolgimento attivo dei pazienti, delle loro famiglie, del mondo del lavoro.

Non mancano le difficoltà da affrontare e tra queste:

- la grade differenziazione tra le regioni a livello di modelli organizzativi dei servizi di assistenza psichiatrica agli adulti e della tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, alla quale si associano differenze dei tempi di apertura, delle modalità di accesso, delle modalità di presa in carico, dei rapporti tra trattamenti ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e di ricovero. Lo scarso coordinamento tra gli stessi, nonché la debolezza delle forme di integrazione tra pubblico e privato, l'assenza di protocolli congiunti e di équipe multidisciplinari;
- il preoccupante indebolimento dei servizi territoriali e l'arretramento dei livelli di de – ospedalizzazione raggiunti, con il rischio di incremento dei ricoveri e di inserimenti su vasta scala in strutture di tipo residenziale a tempo indeterminato;
- le differenze tra indici di attività e di livelli di assistenza dei vari sistemi regionali che configurano reali disuguaglianze tra cittadini rispetto al diritto alla salute;
- la debole e non uniforme apertura dei processi di cura verso la dimensione sociale (che, al contrario, nel nostro studio viene declinata con proposte operative su abitare, lavorare, includere e sostenere nella quotidianità);
- la non adeguata attenzione ai disturbi che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza in concomitanza dell'indebolimento del ruolo della famiglia e della scuola;
- la crescita dei disturbi emotivi comuni (ansia, depressione) attestata dall'aumento della domanda di aiuto professionale rivolta ai medici di medicina generale, ai pediatri ed alle consulenze specialistiche dei dipartimenti di salute mentale;
- la diffusione dell'uso e dell'abuso di sostanze psicotrope come conseguenza di latenti stati di disagio, fra cui anche comuni forme di stress.

La proposta di sistema che viene formulata a margine del presente documento viene costruita a partire da alcuni punti di forza del sistema della rete interaziendale la cui fattibilità è stata analizzata, ovvero:

- la disponibilità di competenze e professionalità tali da gestire in modo organico e compiuto il processo di costruzione di nuovi modelli di presa in carico dei pazienti;
- la replicabilità della proposta anche in contesti organizzativi e normativi diversi da quello della Regione Lazio, grazie alla conoscenza degli assetti istituzionali e delle legislazioni locali ed alla costitutiva flessibilità delle aziende cooperative alle esigenze dei sistemi con cui si confrontano quotidianamente;
- l'adesione dei progetti di network a obiettivi S.M.A.R.T., ovvero:
 - Specific: la proposta non è generica, ma volta a soddisfare esigenze concrete, la cui sostanza è provata da studi appositamente sviluppati;
 - Measurable: nel caso specifico del nostro studio e delle proposte di sistema in esso contenute, i sistemi di monitoraggio e valutazione, i software gestionali, l'attenzione alla percezione della qualità da parte dei fruitori dei servizi, sono elementi di quella misurabilità che è alla base, come principio scientifico, della replicabilità di esperimenti innovativi;
 - Achievable: ai percorsi imprenditoriali cooperativi proposti si sommano studi e analisi di fattibilità, anche di tipo giuridico, che consentono a tutti gli attori coinvolti di partecipare all'unico comune obiettivo, che è il miglioramento e l'efficientamento del sistema dei servizi alla persona;
 - Realistic: la proposta di azioni di sistema è realistica in quanto formulata come evoluzione organizzativa e gestionale del sistema e non come suo stravolgimento;
 - Time Related: le aziende sono consapevoli del valore di una previsione, ovvero della necessità di porre in relazione obiettivi, azioni e tempi di realizzazione per non relegare le proprie strategie di mercato all'inconcludente ambito del futuribile.

A fronte dell'analisi sin qui svolta, si intende formulare alcune proposte di carattere generale che possono contribuire a disegnare un cammino concreto di integrazione ed evoluzione del sistema dei servizi per la salute mentale:

- Contrastare la marginalizzazione delle anticipazioni culturali, scientifiche ed organizzativo – gestionali che il settore ha saputo esprimere e sperimentare rispetto a principi quali centralità delle storie, continuità dei percorsi, intreccio tra clinica e vita;
- Sviluppare un sistema univoco di certificazione degli operatori che, aldilà dei sistemi di accreditamento, sia leva di selezione e di innalzamento del livello di qualità del settore;
- Superare l'autoreferenzialità mediante lo sviluppo di sistemi di monitoraggio degli esiti e diffondere l'uso di metodi e strumenti già in uso in altri campi dell'intervento sanitario (appropriatezza, accreditamento, audit clinico, revisione tra pari, valutazione da parte dei cittadini);
- Istituzione di un Osservatorio sulle reti di soggetti operanti nel settore; uno strumento di interconnessione non virtuale dei soggetti attivi che possa facilitare il lavoro dei decision maker istituzionali e l'interpretazione del sistema da parte dei nuovi soggetti;
- Definire in modo più preciso i contenuti dei livelli di assistenza per la salute mentale, per rendere effettivamente esigibili i percorsi di cura e di assistenza;
- Stimolare una rinnovata attenzione al lavoro di équipe riconoscendone il valore strategico nei processi di presa in carico dei pazienti complessi;
- Rilanciare la soluzione dei problemi multidimensionali attraverso una maggiore integrazione con tutte le risorse rilevanti, istituzionali e non, presenti sul territorio;
- Promuovere forme evolute di partenariato tra le Istituzioni e la cooperazione sanitaria, fondate sull'accREDITAMENTO e focalizzate sull'affidamento gestionale dei percorsi assistenziali e delle strutture residenziali, semiresidenziali, a ciclo diurno ed abitative.

Pertanto lo studio di fattibilità ha avuto come obiettivo principale la dimostrazione della sostenibilità di un progetto imprenditoriale che, nascendo quale sintesi del know how di cooperative già affermate sul territorio della regione Lazio, sia in grado di proporsi quale interlocutore attivo del SSR e sul mercato dei servizi in favore delle persone affette da patologie psichiatriche.

La rete interaziendale ipotizzata è un soggetto capace di interloquire con le ASL ed i loro DSM, offrendo servizi di qualità tali da sopperire, a costi vantaggiosi, alle difficoltà del sistema pubblico,



ma anche di presentarsi sul libero mercato dei servizi psichiatrici in modo professionale e competitivo.

Il piano di lavoro della rete parte dai centri di ascolto, veri e propri uffici di prossimità capillarmente distribuiti sul territorio ed in grado di assicurare una veloce risposta alle richieste della clientela/pazienti, avviando in tempo reale, quando necessario, il percorso di presa in carico.

Si arriva poi a proposte concrete in termini commerciali, basate sull'idea solo apparentemente assiomatica, che per assicurare il benessere delle persone affette da disturbi della sfera psichica, alla cura sia necessario far seguire percorsi di inserimento nella società, basati sull'inserimento lavorativo, sull'autonomia personale abitativa e sull'inclusione sociale attiva.

A corollario della proposta commerciale si propongono percorsi di presa in carico del soggetto fragile e della sua famiglia dal punto di vista sociale, al fine di garantire un sostegno globale alle diverse esigenze poste dalla quotidianità.

L'uso di device elettronici e di sistemi gestionali avanzati, offre inoltre la possibilità di ampliare il novero dei servizi a quelli di teleassistenza, telesoccorso, telemedicina e teleconforto.

La proposta è forte delle competenze detenute dai soggetti partecipanti alla rete interaziendale ed è coerente con percorsi già in parte attuati ed in via di sviluppo, quale ad esempio il Consorzio per l'Assistenza Primaria – CAP, nato nel 2014 su iniziativa di FederazioneSanità di Confcooperative e presente oggi in 9 regioni italiane. CAP è formula giuridica per interconnettere in rete e coordinare cooperative di medici, cooperative di farmacisti, cooperative di operatori sociosanitari, cooperative di operatori della salute mentale, etc. allo scopo di gestire, attraverso il network, i servizi offerti tramite le farmacie, l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza intermedia a bassa intensità.

A conferire ulteriore valore all'iniziativa consortile, i CAP delle differenti regioni si sono a loro volta impegnati in un contratto di rete per mettere a sistema il know how in un patrimonio comune, al fine di garantire una sanità vicina, efficiente, dal volto amico ed in grado di erogare in tempi rapidi e a costi accessibili prestazioni di alta qualità sul territorio nazionale. La rete offre agli utenti una pluralità di professionisti per salvaguardare gli elevati livelli qualitativi delle prestazioni rese e, al



contempo, assicura ai soggetti consorziati una significativa riduzione dei rischi degli investimenti, supportandoli nel confronto concorrenziale. Nel dettaglio, il contratto di rete prevede il coordinamento e la promozione dell'erogazione di servizi e prestazioni da parte della molteplicità di soggetti consorziati attraverso:

- profili tariffari sostenibili, che rendono accessibile una rete assistenziale di alta qualità anche ad un'utenza a basso reddito;
- servizi di teleconsulto e di telemedicina che consentono la diagnosi specialistica di 2° livello e la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari;
- la fornitura di servizi in tempi molto contenuti;
- il raggiungimento di un'effettiva presa in carico sociosanitaria;
- l'abbattimento delle liste di attesa per le visite specialistiche e gli esami diagnostici;
- l'aumento delle attività di prevenzione.

Il servizio consortile è accessibile tramite le farmacie, presso le quali è possibile prenotare e ricevere i referti, ed è gestito tramite una centrale operativa di interconnessione delle strutture erogatrici.

Chiaramente l'ipotetico partenariato fra la costituenda rete interaziendale di cui è stata sviluppata l'analisi di fattibilità nel presente studio ed il CAP, potrà aiutare una sempre maggiore capillarizzazione dei servizi nel campo del disagio mentale, anche in linea ideale con quanto sostenuto dall'Unione Europea nel suo Green Paper del 2005, dove si dichiara che "Non c'è salute senza salute mentale", e dove si raccomanda ai governi dei Paesi Membri di promuovere politiche di salute mentale improntate all'ottica di salute pubblica, alla deistituzionalizzazione, alla promozione ed alla prevenzione in tutte le fasce di età, all'inclusione sociale, alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali.