

## LOTTO 2 - CTO

**“Gestione centro socio – occupazionale diurno, denominato CTO (Centro di Terapia Occupazionale), destinato a persone con disabilità di media complessità. Servizio a valenza distrettuale.**

**Distretto di Riferimento: REGGIO EMILIA**

### INDICE

Art. 1: Oggetto dell'appalto .....	1
Art. 2: Processo di lavoro .....	2
Art. 3: Destinatari.....	4
Art. 4: Progetto sul Servizio .....	6
Art. 5: Progetti personalizzati .....	8
Art. 6: Territorio .....	9
Art. 7: Staff dedicato .....	10
Art. 8: Verifiche e monitoraggi.....	12
Art. 9: Composizione dei costi e modalita di pagamento .....	13
Art. 10: Durata.....	14

#### **Art. 1: Oggetto dell'appalto**

L'appalto ha per oggetto la realizzazione e organizzazione di un Centro socio-occupazionale diurno, contesto socio-sanitari a valenza distrettuale, a minore intensità assistenziale rispetto ai centri socio-riabilitativi diurni.

Trattasi di “laboratorio socio-occupazionale” destinato a persone con disabilità di media complessità. Si intende, con questo, descrivere disabili con difficoltà motorie e/o cognitive e/o comportamentali tali da non essere in grado di svolgere compiti e mansioni in ambiente non assistito, ma che hanno comunque sufficienti livelli di autonomia per svolgere attività occupazionali di diversa natura in un ambiente adatto e con l'aiuto di operatori. Da questa esperienza possono acquisire nuove competenze proprio nelle aree di maggiore difficoltà, preparandosi così a poter affrontare contesti sociali e occupazionali più complessi e con maggiori autonomie.

Ai fini dell'oggetto dell'appalto, perciò, al Gestore è richiesto di:

- definire un processo di lavoro coerente con gli orientamenti istituzionali e integrato nelle modalità di lavoro del sistema socio-sanitario Disabili Adulti del Distretto di Reggio Emilia, come delineato in art. 2;
- riconoscere il “sistema cliente”, come descritto in art. 3, per strutturare il servizio e diversificare gli interventi in modo adeguato alle specificità degli attori coinvolti e alla diversa natura dei medesimi;
- costruire il Progetto sul Servizio con coerenza rispetto a quanto previsto in art. 4;
- costruire Progetti Personalizzati, secondo le indicazioni esplicitate in art. 5;
- contestualizzare il servizio e i singoli progetti nel territorio di riferimento, impostando azioni e relazioni volte allo sviluppo di comunità, come in art. 6;
- predisporre uno staff dedicato per il servizio, adeguato per titoli, competenze ed esperienze a quanto previsto in art. 7;
- approntare verifiche e monitoraggi, come in art.8, rispetto all'efficacia del processo di lavoro, alla realizzazione e all'andamento del servizio (con riferimento ad aspetti qualitativi, di risultato, organizzativi e partecipativi, relazionali, funzionali, ...), all'evoluzione dei progetti personalizzati, oltre che allo sviluppo di comunità.

## Art. 2: Processo di lavoro

Il processo di lavoro che il Gestore dovrà implementare deve consentire al Servizio oggetto del lotto di collocarsi adeguatamente nel contesto della rete dei Servizi dell'Area Disabili del Distretto di Reggio Emilia, ricompresa nel Piano Distrettuale per la Salute e il Benessere Sociale 2009- 2011 e relativi Piani attuativi, di cui l'ultimo con annualità 2013-2014.

La cultura dell' "azione sociale" è il fondamento del lavoro sociale così come oggi assunto e interpretato dal sistema locale dei servizi sociosanitari integrati, ed è paradigma dell'operare di ciascun attore di sistema. Tale matrice si fonda su alcuni presupposti che sono al contempo culturali e metodologici, e che il Gestore deve assumere e fare propri mediante l'impostazione e l'attuazione di un processo di lavoro adeguato a sostenerli e a tradurli in pratiche quotidiane nel Servizio e nelle progettazioni personalizzate.

Nello specifico:

- la natura relazionale dei servizi alla persona: tutte le azioni (comprese le concrete erogazioni assistenziali) sono costitutivamente inter-azioni. Quel bene che chiamiamo "assistenza" è un prodotto relazionale che sviluppa azioni di portata collettiva, di cui il Centro deve rappresentare una significativa opportunità per lo sviluppo di nuove forme di relazione coi diversi contesti sociali, riconoscendo un protagonismo attivo e una capacità di autodeterminazione dell'utente nelle diverse scelte progettuali. In questo senso riveste una priorità fondante la possibilità di espressione dell'utente, secondo le sue competenze e potenzialità, utilizzando e sperimentando forme comunicative e strumenti diversificati che favoriscano la reciproca interazione;
- il paradigma di lavoro socio-educativo che intende la co-progettazione come un processo dialogico in cui ci si accompagna reciprocamente (utenti, famiglie, contesti comunitari e servizi), ricalibrando attese, risorse e aspettative in un'ottica progettuale;
- la natura pubblica del welfare di comunità, che individua nel sistema dell'offerta pubblico-privato l'asse di alleanze, cooperazione, partnerships (ma anche di competizione sulla qualità), tra attori diversi, in un processo generativo di risorse. Tutto ciò si traduce in un lavorare insieme pubblico, privato, famiglie per un bene comune attraverso pratiche fondate sulla condivisione delle responsabilità, per una comunità che diventa legittimamente componente della sfera pubblica laddove sa assumere iniziative che corrispondano ad esigenze e valori universalmente sentiti. Di conseguenza è dirimente riconoscere competenza ai saperi sociali, oltreché ai saperi professionali, fare leva sulle risorse, oltre che sulle difficoltà delle persone e delle famiglie, avere luoghi e persone che siano reale punto di riferimento per chi è in difficoltà. La ricerca di interazioni possibili e l'integrazione con altri sistemi fondamentali per il benessere delle persone ne caratterizza le pratiche operative. In tal senso, è imprescindibile la partecipazione ai luoghi di discussione e di confronto all'uopo istituiti dal Sistema stesso, nonché la cura e l'accompagnamento delle ricadute in termini di processo all'interno delle singole organizzazioni/equipe di lavoro;
- la costante connessione tra interventi nelle micro-realtà individuali e i fenomeni sociali che caratterizzano le macro-realtà. A ciò corrisponde la necessità di leggere la complessità del territorio nei suoi fattori di rischio e crisi dei legami sociali, ma anche nelle sue risorse presenti e potenziali. Il processo di lavoro nel sociale richiede una costante interazione circolare tra conoscenza e azione in modo da poter concretamente sviluppare e realizzare azioni progettuali contemporanee.

I servizi per la disabilità del Distretto di Reggio Emilia – variamente declinati a partire dall'analisi congiunta dei bisogni espressi da utenti/famiglie/contesto - rappresentano anche l'esito dell'integrazione sociosanitaria tesa a promuovere inclusione e sostegno alla domiciliarità. L'Accordo di Programma Disabili ne diviene, perciò, lo strumento principale di governance, coinvolgendo i diversi attori pubblici e privati attorno ai seguenti presupposti, che il Gestore deve fare propri nella realizzazione del Servizio, mediante un processo di lavoro adeguato a integrarli e valorizzarli nelle prassi quotidiane, rendendoli metodo di lavoro:

- approccio unificato e coordinato della disabilità dal primo contatto alla dimissione sul territorio distrettuale;
- sistema di servizi costituito dalla aggregazione/integrazione di quelli esistenti, per un più razionale utilizzo delle risorse e una maggiore efficacia nei processi di accompagnamento;

- individuazione/creazione di nuove risorse per i bisogni emergenti oggi non tutelati, con particolare riferimento alle patologie sopraggiunte nell'età adulta e alle forme di sostegno alle famiglie per un supporto fattivo alla domiciliarità;
- mantenimento di un unico organo di governo e direzione strategica/valutazione, che sappia valorizzare gli elementi di prossimità all'utente generati dai diversi servizi/contesti;
- incentivazione degli interventi a favore delle famiglie anche attraverso l'integrazione con le Associazioni dei familiari;
- adozione della SCHEDA-UTENTE (come in allegato) quale strumento comune di lavoro e lettura dei bisogni in modo completo, che consente nuove riflessioni specie laddove emergono esigenze non adeguatamente tutelate e raggiunte, e pertanto una co-progettazione dell'offerta più aderente alle criticità riscontrate;
- la costruzione dei problemi su cui lavora il Servizio è collegata con le valutazioni e le ipotesi fatte all'interno dell'area disabili del Distretto, dei Piani di Zona e relativi documenti programmatici, dei diversi Gruppi di approfondimento tematico. (Rif. L 328/00, DPCM sull'integrazione socio sanitaria del 2001, Dg.Is 229/99, legge regionale 2/2003 e il Piano sociosanitario regionale 2008-2010)

Inoltre, il Servizio oggetto del lotto si colloca nel contesto degli interventi socio-occupazionali (così come descritti nei documenti di programmazione socio-sanitaria) con connotazioni socio-abilitative e/o riabilitative che ne caratterizzano il funzionamento e le dinamiche d'interazione con il contesto socio economico. Tali interventi – così come da mandato istituzionale e per titolarità in termini di responsabilità programmatica e gestionale – si qualificano per alcuni elementi, dirimenti per il Servizio oggetto del lotto:

- il posizionamento nella rete dei servizi pubblici di connessione fra interventi socio-assistenziali e socio-occupazionali;
- la funzione di osservazione e accompagnamento, di valutazione e rinforzo delle autonomie e competenze trasversali, spendibili anche nell'interazione col Mercato del Lavoro;
- gli strumenti utilizzati per realizzare le esperienze all'interno di ambienti occupazionali, propri delle finalità socio-terapeutiche, abilitative e riabilitative;
- la centralità dell'attività educativa dei percorsi in cui vengono inserite le persone, in una prospettiva orientata dall'autodeterminazione, e la conseguente attenzione alle modalità comunicative dei singoli soggetti.

Le diverse azioni riconducibili al sistema socio occupazionale, hanno come principale presupposto progettuale che il "lavoro", in senso ampio inteso, sia il vettore principale di inclusione sociale dei beneficiari. È oggetto di investimenti simbolici, di attese rilevanti in relazione alle problematiche dello svantaggio sociale e dell'emarginazione: attese di stabilizzazione, di contenimento, di riferimento. È investito di attese solutive, non sempre coerenti con le caratteristiche che oggi hanno, o che possono offrire, i contesti lavorativi, caratterizzati da precarietà, a termine, con possibilità che a seguito di riarticolazioni organizzative si mettano in crisi fragili equilibri. I servizi sono sempre più sollecitati ad un pensiero attento e non scontato attorno alle modalità che mettono in campo, e al valore che queste possono o meno generare in termini di risorsa soggettiva e sociale.

In tal senso, coerentemente a quanto attuato dagli altri servizi che compongono il sistema, il Gestore deve implementare un processo di lavoro che orienti le azioni e gli interventi sul Servizio e sui singoli a:

- promuovere un concetto di inclusione sociale legato al benessere prima che alla condizione di lavoratore;
- passare da un sistema a "filiera" alla creazione di spazi coprogettuali che consentano una alta personalizzazione;
- pensare l'utilizzo del "sistema" degli strumenti perché possano essere maggiormente funzionali alla diversificazione dei percorsi ed in collegamento con le risorse che il territorio esprime;
- favorire lo sviluppo, accanto ai luoghi di presa in carico, di luoghi di transizione ed accompagnamento, in grado di moltiplicare le occasioni di socializzazione e utilizzo di competenze e autonomie relazionali;
- vivere (attivare) le reti come esercizio di costruzione di valore e non di ricerca di prestazioni.

Il processo di lavoro dovrà assumere la coprogettazione come metodologia per creare le condizioni per uno sviluppo del Servizio condiviso e complementare nel sistema di servizi, rafforzare le finalità del servizio socio-sanitario ed individuare, riconoscere e valorizzare (nuovi) soggetti attuatori e promotori di risposte attive (Partner del Privato Sociale, Associazioni e volontari) a favore delle persone disabili e delle loro famiglie. In particolare, promuovendo e stimolando una progettazione congiunta e la costruzione dei progetti personalizzati in UVH, il Sistema dei Servizi affida al Gestore la realizzazione degli stessi, il supporto e la gestione di percorsi di abilitazione, riabilitazione e di emancipazione sociale nei confronti di utenti disabili, allo scopo di favorire l'integrazione e la valorizzazione di ciascuna persona come protagonista della propria comunità, anche attraverso la costruzione e/o ricostruzione di reti sociali o il supporto alle reti familiari.

Particolare rilevanza nel processo di lavoro del Gestore devono perciò assumere i processi di comunicazione. Il Servizio si regge su processi di comunicazione "interna" al Servizio stesso e al sistema del Gestore e processi di comunicazione "esterna" con i servizi sociosanitari coinvolti, con l'AUSL, con i Poli Territoriali e con tutte le altre realtà coinvolte sul progetto, a partire dai momenti più strutturati con l'UVH. In fase iniziale andranno definite più precisamente, tra i Servizi socio-sanitari e il Gestore, ambiti di responsabilità e modalità di raccordo (su cosa e come è utile scambiarsi comunicazioni, le attese reciproche di informazione, i diversi ruoli nel processo decisionale) che andranno verificati nella loro efficacia rispetto al lavoro con l'utenza.

Il capitolato e il progetto di offerta che verrà aggiudicato, dovranno essere presentati e discussi con gli operatori direttamente coinvolti - sia dei servizi sociosanitari che del Gestore -, per condividerne orientamenti e obiettivi.

L'alleanza sugli obiettivi e la costruzione di raffigurazioni condivise si sostanzia attraverso la partecipazione ad alcuni luoghi ritenuti fin d'ora costitutivi del sistema stesso di servizi alla disabilità, a cui il Gestore è chiamato a partecipare, quali ad esempio:

- il Gruppo Coordinatori<sup>1</sup> e i diversi incontri allestiti sia sull'ambito della Programmazione sociosanitaria che di specifiche progettazioni;
- i raccordi con i poli territoriali e le altre strutture/servizi/associazioni frequentate dagli utenti.

La comunicazione tra operatori deve essere sostenuta anche attraverso riunioni periodiche differenziate (per oggetto e per partecipanti), adeguatamente preparate e documentate, individuate in base alla progettualità del Servizio (per es. valutazione e progettazione sulle singole situazioni tra operatori, valutazione delle richieste delle famiglie in cui possono essere presenti altri professionisti utili ad intervenire sulla tipologia di utenti e famiglie da trattare, ...).

### **Art. 3: Destinatari**

L'attività è rivolta ad un "sistema cliente" di cui fanno parte più soggetti: utente diretto, famiglia, il sistema dei servizi sociosanitari, scuola, associazioni, imprese, contesto della comunità locale, altri servizi. Ognuno è portatore di specifiche esigenze e richieste, di cui va tenuto conto. Il lavoro sociale non può essere costituito solo da interventi sul singolo caso, inteso come singolo utente; la comunità locale in cui i disabili vivono è un interlocutore importante a cui far riferimento per lo sviluppo di progettualità. Il contesto va

---

<sup>1</sup> **Gruppo dei coordinatori:** Luogo istituito quale esito del primo percorso di riprogettazione dell'area disabili (fine anni '90 inizi 2000) per accompagnare la diffusione della conoscenza, lo sviluppo di nuovi apprendimenti e gli orientamenti culturali correlati all'utilizzo della scheda utente (sistema utente, centralità della famiglia, lavoro con il contesto, interazioni fra professionisti ...), in particolare attraverso il sostegno alla funzione di coordinamento, ritenuta lo snodo organizzativo strategico. Nello specifico, il mandato del gruppo è finalizzato a:

- presidiare i processi di lavoro e le conoscenze acquisite
- consolidare i contenuti sviluppati
- favorire sinergie e confronti tra i coordinatori dei servizi
- sostenere metodologicamente e operativamente i servizi, avvalendosi del confronto tra i coordinatori

Il gruppo sino ad ora ha lavorato su tre piste: formazione, progetti comuni/trasversali, lavoro con le famiglie.

riconosciuto come ambito in cui i problemi dei disabili e delle loro famiglie possono trovare ascolto, accoglienza e considerazione positiva: ambito in cui possono essere ritrovate risorse formali e informali e anche in cui favorire l'acquisizione di competenze per affrontare delle problematiche che comunque toccano tante famiglie e per comprendere i rischi di emarginazione e devianza. Per definire più precisamente i contenuti dei progetti va specificata la caratterizzazione del contesto e le modalità con cui si ipotizza di interagire con esso.

Di seguito si delineano specifiche tipologie di destinatari diretti e indiretti:

I destinatari diretti sono distinguibili in due tipologie:

1. la prima, si riferisce a persone per la maggior parte giovani che presentano un grado di disabilità cognitiva media, associata o meno a disabilità motoria; è afferente ai quadranti B e C della Scheda Utente. Tali soggetti possono risultare maggiormente compromessi in alcune delle aree di abilità sociale/relazionale/comportamentale e, per questo, necessitare di un intervento educativo in ambiente protetto che le metta in grado di apprendere modalità di vita sociale confacenti con la propria età e l'aspettativa di inclusione sociale.  
Poiché il principale inviante è la NPIA, tali giovani giungono al Servizio Disabili Adulti con l'esperienza educativa supportata da tecniche specifiche che richiedono continuità nella presa in carico del progetto in atto, pertanto al servizio oggetto del presente lotto è richiesto un costante aggiornamento in tal senso, sia in termini di conoscenze, che di prassi operative e di interazione fra servizi. Per queste persone va previsto un inserimento per obiettivi specifici raggiunti i quali il progetto deve transitare ad altre opportunità maggiormente emancipate, pertanto l'inserimento è da considerarsi a termine.
2. la seconda, individua disabili più compromessi a causa dell'età e/o della loro condizione di base, per i quali gli stimoli e le opportunità proposte consentono la massima espressione delle abilità presenti, è afferente ai quadranti A e D della Scheda Utente.

I destinatari indiretti sono invece così identificati:

1. **Le famiglie degli utenti.** Possono appartenere alle quattro tipologie descritte nella Scheda Utente e pertanto richiedere collaborazioni differenziate che devono rientrare come parte integrante nel progetto di presa in carico. È esperienza attuale il rapporto di collaborazione con famiglie che negli anni di cura da parte della NPIA hanno appreso tecniche educative mirate a migliorare le capacità relazionali e di performances del proprio figlio/a e che pertanto rappresentano per i Servizi risorse irrinunciabili, sia nella realizzazione del progetto individuale sia nell'apporto di conoscenze trasversali all'attività del Servizio accogliente. È pertanto inderogabile approcciare le famiglie in un'ottica di collaborazione "alla pari" prevedendo di conseguenza modalità nuove rispetto al passato.
2. **La rete di prossimità,** rappresentata dalla famiglia allargata e dalle risorse sociali contigue (associazioni, scuola, agenzie culturali e ricreative, realtà del sistema economico - produttivo...). Aiutare il disabile nel percorso socio occupazionale non può prescindere dalla conoscenza, contiguità, frequentazione dei luoghi sociali che di tale percorso fanno parte integrante, primo fra tutti la scuola. Si devono prevedere progetti misti scuola/centro che aiutino la collaborazione, in particolare, negli ultimi anni scolastici. Il funzionamento del Centro prevede anche l'accompagnamento nel tempo libero, pertanto il Servizio deve prevedere un'attenzione alle capacità del disabile nel saper stare nel tempo libero e ciò presuppone frequentazioni di spazi culturali e di svago, quali possono essere agenzie culturali/ricreative/associazioni.
3. **La comunità in senso lato,** intesa come cittadini singoli e insieme di associazioni, organizzazioni e istituzioni della città. Orientare l'azione del Centro verso l'esterno, significa anche ricercare o facilitare percorsi di coesione sociale nella/con la comunità. In tal senso, il contesto diventa partner col quale progettare esperienze che favoriscano reciproche conoscenze e opportunità.

#### Art. 4: Progetto sul Servizio

Al Gestore è richiesta la realizzazione e organizzazione di un Centro socio-occupazionale diurno, che si deve caratterizzare per interventi diretti sui singoli utenti, mediante progettualità in piccolo gruppo e/o contesti gruppalari allargati, entrambi allestiti con la finalità di leggere, sperimentare e sviluppare abilità e competenze in un setting occupazionale protetto qual è quello del laboratorio e altri esterni alla struttura del Servizio, ritenuti adeguati per gli scopi dei progetti.

Ai fini del Progetto sul Servizio, il Gestore dovrà avere cura di:

- completare l'offerta in capo al sistema territoriale dei servizi mediante la creazione di uno spazio socio-occupazionale in grado di valorizzare risorse e autonomie in chiave evolutiva, favorendo e promuovendo una prospettiva di inclusione sociale mediata anche da connessioni e progettualità in/con contesti occupazionali;
- attivare relazioni di contesto in collaborazione con i Poli territoriali del Distretto di Reggio Emilia per la costruzione di rapporti e legami significativi, con attenzione anche ai rapporti interni alla rete dei servizi per disabili, e con una particolare cura nello sviluppo di legami comunitari e sociali.

Il Gestore, in coerenza con gli orientamenti e gli obiettivi individuati dovrà garantire un Progetto sul Servizio con riferimento a:

- utenti diretti: interventi sul singolo e sui gruppi che abbiano a riferimento il contesto di vita (nei servizi, nella famiglia e tra famiglie, nel contesto sociale) nonché di attivazione, da un lato, di strategie relazionali orientate a migliorare le situazioni problematiche sul piano comportamentale; dall'altro, di progetti mirati all'acquisizione di competenze personali in funzione dell'autostima.  
Particolare attenzione è richiesta alla realizzazione di interventi (i) assistenziali; (ii) di cura e tutela della persona quale supporto necessario allo svolgimento di quelle attività che lo stato di bisogno rende difficoltose; (iii) interventi che favoriscono le abilità integrative sociali; (iv) azioni di promozione e mantenimento delle abilità residue.  
Il Gestore dovrà prestare particolare cura a stimolare e valorizzare sia la dimensione identitaria personale che gruppalare, questo anche attraverso progetti collettivi in sottogruppo e attività diverse e diversificate interne ed esterne alla struttura.
- famiglie: le famiglie sono soggetti competenti sia per quanto riguarda il progetto di vita del proprio figlio/congiunto, sia per quanto concerne la qualità desiderata dei servizi. E' pertanto prioritario coinvolgerle (i) in incontri a tema, (ii) in modo individuale per il progetto del congiunto e (iii) in gruppo per argomenti trasversali agli obiettivi del Servizio. Se presenti tipologie di tipo A e B descritte nella Scheda Utente possono essere utili interventi di connessione alle reti informali e/o di promozione di gruppi in funzione di auto-aiuto, nonché di costruzione/attivazione di legami generativi tra loro e col territorio in particolare riferiti a:
  - supporto all'elaborazione della situazione di disabilità, in particolare orientati a mantenere equilibri familiari e ad affrontare i passaggi di vita/snodi critici;
  - facilitazione all'accesso informativo sulle opportunità e iniziative del contesto territoriale;
  - partecipazione alle diverse attività promosse dalla rete dei servizi e dal contesto sociale, per favorire l'individuazione di risorse nuove nel territorio.
- contesto:
  - l'integrazione con la comunità nelle sue diverse espressioni per sviluppare una dimensione di accoglienza della diversità, a partire dall'ambito disabilità, senza però qui esaurirlo.

La gestione del Servizio si intende riferita a n. **20 posti** per favorire la possibilità di frequenze differenziate fino ad un massimo di **35 utenti**. Nella struttura viene garantita **un'accoglienza agli utenti per 49 settimane all'anno**, e per **39 ore e mezzo a settimana**, così distribuite: da lunedì al venerdì, dalle ore 8:30 alle ore 17:00, ad eccezione del martedì che avrà un orario differente, dalle ore 8:30 alle ore 14:00, per garantire

l'equipe settimanale di tutto il personale durante il pomeriggio; riunione che vede perciò la chiusura del laboratorio e delle attività agli utenti.

**Il Servizio è perciò attivo per 42 ore e mezzo a settimana**, comprensive dell'**equipe settimanale di 3 ore** tra gli operatori, al martedì pomeriggio, a seguito della chiusura del centro agli utenti.

Per l'organizzazione sopra delineata, il Gestore dovrà mettere a disposizione del Servizio, almeno **5 operatori a tempo pieno**<sup>2</sup> (rapporto operatori/utenti 1:4, comprensivo di ferie e malattie), di cui almeno 4 dovranno essere educatori, oltre ad **un coordinatore a tempo pieno**<sup>3</sup>.

**I luoghi in cui verranno svolte le attività di cui al presente capitolato sono:**

- interni alla struttura
- esterni alla struttura e ritenuti congrui all'espletamento dei servizi offerti e allo sviluppo del progetto individuale di ciascun utente.

Pertanto, per lo svolgimento delle attività descritte, il Gestore dovrà mettere a disposizione una propria struttura dotata di arredi e attrezzature – e relativa manutenzione, comprese le utenze - all'uopo allestita.

La struttura deve essere dotata di uno spazio di un numero adeguato di stanze per garantire:

- l'ingresso e l'accoglienza degli ospiti,
- il relax dei medesimi in alcuni momenti della giornata e il consumo della merenda (che potrà essere fornita mediante macchinette, portata dagli ospiti o preparata nelle eventuali attività della mattina),
- il consumo e il porzionamento dei pasti, oltre ad altre attività di cucina ritenute congrue col Progetto degli ospiti presenti,
- la possibilità di svolgere in contemporanea attività differenti di laboratorio,
- servizi igienici in numero adeguato alla numerosità degli ospiti,
- oltre a servizi igienici dedicati per gli operatori.

Ogni spazio e arredo dovrà essere adeguato e allestito in modo tale da consentirne l'utilizzo o la fruizione in autonomia da parte di tutti gli ospiti, anche di quelli che necessitano di carrozzina.

Si precisa inoltre che gli spazi e gli arredi a utilizzo quotidiano dovranno essere puliti ogni giorno, mentre quelli a utilizzo saltuario o con periodicità differenti dovranno essere puliti quando utilizzati.

La struttura deve inoltre essere ubicata sul territorio del Comune di Reggio Emilia in una zona che garantisca la fruibilità e l'accessibilità ai mezzi pubblici, oltre ad essere inserita in un contesto di prossimità a luoghi abitativi/produttivi e di socialità.

Rispetto alle attività da svolgersi in esterno, il Gestore dovrà individuare contesti i cui spazi siano adeguati alle necessità dell'utenza, affinché la mobilità e la fruizione da parte degli ospiti non ne vincolino le autonomie e/o le possibilità di partecipazione.

Completano il progetto sul Servizio, il pasto e il trasporto.

Il Gestore dovrà perciò organizzare il servizio di **pasto** (a pranzo) a favore degli utenti, che ne sosterranno direttamente i costi, che saranno da definire tra la Cooperativa e gli utenti/ famiglie, ma che, se consumati internamente al Centro e organizzati dal Gestore, non dovranno superare i €7,90 IVA inclusa a pasto a persona. Tali pasti potranno essere preparati e/o consumati all'interno del Centro, così come in contesti esterni e in luoghi deputati della città, rappresentando anche il momento del pasto una valenza progettuale significativa per i singoli.

Sono un elemento significativo per il progetto, sia in termini di obiettivi che di costi, anche i **trasporti** degli utenti verso la sede del Servizio. Laddove possibile e secondo le progettualità individuali stabilite in sede di UVH, i trasporti sono assolti direttamente dall'utente (mediante mezzi pubblici di trasporto urbano o mezzi propri), potendo rappresentare anche specifico oggetto di lavoro del Servizio in appalto. I trasporti possono essere altresì assolti dalle famiglie degli stessi utenti. Oppure, laddove l'UVH ne individui la necessità, gli utenti potranno fruire del servizio di trasporto pubblico a favore della popolazione disabile, così come definito dai rispettivi Comuni di residenza.

<sup>2</sup> Il tempo pieno si intende a 38 ore/settimana.

<sup>3</sup> Vd, nota 2.

Il Gestore dovrà altresì disporre di un **pulmino** adeguato al trasporto di persone con disabilità, da utilizzare non per il trasporto abituale degli utenti, ma per gite e spostamenti eccezionali e solo laddove non sia possibile utilizzare mezzi pubblici o altre risorse del territorio che favoriscano l'integrazione degli utenti nei contesti della città.

#### **Art. 5: Progetti personalizzati**

Gli interventi diretti sui singoli utenti, che concorrono a definire il Progetto sul Servizio, si devono sostanziare, come detto in precedenza, in attività di piccolo o grande gruppo, all'interno del Centro, così come in contesti esterni alla struttura, e devono ricomprendere non solo il singolo, bensì anche il suo nucleo familiare e contesto di vita.

Tali Progetti personalizzati devono perciò essere orientati ai seguenti obiettivi:

- creare le condizioni perché il disabile possa esprimere al meglio il proprio essere soggetto attivo (comunicazione efficace, possibilità di scelta, ecc)
- mantenere e/o sviluppare le abilità e competenze esistenti ricercando una strumentazione differenziata ed innovativa, offrendo un ambiente stimolante e creativo, "protesico" nell'attenzione ai ritmi, agli stili, alla correlazione attività/obiettivi
- sostenere e supportare il lavoro di cura delle famiglie attraverso appropriate (secondo le diverse caratteristiche) strategie di coinvolgimento nella progettazione e nella verifica della progettualità individuale /progettualità del contesto, in relazione alla loro percezione, competenza, al loro contesto culturale e sociale ed al sistema di valori in cui vivono.

Le funzioni del Servizio, rispetto agli utenti, dovranno perciò essere orientate:

- all'**osservazione** delle abilità e autonomie della persona, delle capacità comunicative, pratico-manuali, oltre che all'approfondimento del rapporto che la persona ha con il contesto occupazionale;
- al **mantenimento delle abilità residue** per gli utenti già presenti afferenti alle tipologie A e D;
- all'**accompagnamento evolutivo** della persona per sostenere e consentire la sperimentazione e l'acquisizione di competenze trasversali, prime fra tutte quelle comunicative possibili per ciascun soggetto (il soggetto può non possedere il linguaggio verbale e comunicare con forme alternative o può possederlo povero e stereotipato, necessitando, pertanto, di modalità che gli consentano una comunicazione più ampia e appagante);
- all'**integrazione e cittadinanza**, perchè gli utenti possano agire e sviluppare, in queste attività socio-occupazionali, contenuti di utilità sociale, relazionale e (ri)abilitativa;
- alla **socializzazione**, per dare modo agli utenti di agire l'incontro con l'altro, il territorio, la comunità e la costruzione di relazioni;
- alla **formazione**, sviluppando sinergie proattive col mondo della scuola e della formazione professionale, per consentire agli utenti periodi di osservazione e sperimentazione in alternanza scuola/lavoro, oltre che per garantire loro una continuità di offerta in termini di apprendimento e di crescita di competenze anche attraverso *percorsi formativi dedicati*.

Nello specifico, gli obiettivi di lavoro sono:

##### rispetto agli utenti:

- sviluppare competenze comunicative efficaci,
- acquisire capacità di scelta realistica,
- acquisire capacità nel saper stare e saper fare sia in ambito occupazionale, che di tempo libero (saper stare in relazione amicale/saper esprimere preferenze e costruire le occasioni per soddisfarle),
- acquisire la capacità di analisi delle proprie risorse e limiti per costruire un proprio progetto di vita realizzabile,
- mantenere attive le abilità apprese stimolando interesse e motivazione;

##### rispetto alle loro famiglie:

- favorire e sostenere una partecipazione attiva e consapevole al progetto di vita del figlio anche per la parte che si realizza al centro,
- supportare la famiglia negli obiettivi trasversali che insieme si intendono realizzare (quali, ad esempio: la costruzione delle interazioni con il territorio, la definizione degli indicatori di qualità dei servizi stessi, ecc).

Il Gestore si attrezzerà per mettere a punto in collaborazione con i referenti dei servizi socio-sanitari (Ausl e Comuni) i **progetti personalizzati, in piccolo o grande gruppo**, finalizzati al miglioramento del benessere psico-fisico e dell'autonomia personale degli utenti, con il sotteso obiettivo di favorirne primariamente l'inclusione sociale e occupazionale. In tal senso, sono richiesti adeguati strumenti di valutazione in grado di rilevare competenze cosiddette trasversali, adeguate allo specifico dei contesti socio-occupazionali e alle dimensioni socio-relazionali.

Nei progetti il Gestore dovrà avere cura di: favorire l'autonomia del disabile nelle sue funzioni essenziali (comunicazione efficace, capacità di scelta, igiene personale, abbigliamento, alimentazione, mobilitazione), prevenire e ridurre i rischi di isolamento ed emarginazione curando le potenzialità relazionali individuali e di gruppo, allestire gruppi di lavoro con gli utenti che possano fungere da contesto osservativo-formativo, favorire il miglioramento ed il mantenimento delle abilità e competenze esistenti dei disabili, curare l'ambiente di vita.

Tenuto conto che il progetto personalizzato indica anche gli obiettivi specifici per ogni situazione del disabile e della famiglia nel suo complesso, oltre che del contesto di riferimento, e che si inserisce in continuità con interventi realizzati da altri operatori, esso sarà espressione delle costanti relazioni con gli altri attori coinvolti: NPIA, DSMDP, Scuola, Poli Sociali Territoriali, altre cooperative sociali, CI, Nuclei territoriali, intermediari del MdL, Enti di Formazione, associazioni del territorio e imprese... Primari contesti d'interazione progettuale sono gli interventi attivi sul versante dell'integrazione lavorativa.

L'integrazione progettuale tra i Servizi socio-sanitari coinvolti per le loro specifiche competenze e titolarità, deve essere espressa nella scheda utente che viene costruita e aggiornata in UVH, grazie alla collaborazione anche del Gestore. La scheda utente ricomprenderà perciò tutti i dati necessari per la programmazione e gestione del progetto personalizzato di ciascun utente, ovvero: l'anamnesi socio-sanitaria, gli elementi che caratterizzano l'ambito socio-relazionale e familiare, la valutazione dell'autonomia e le aree critiche individuate per la riabilitazione socio-sanitaria.

La costruzione delle tipologie di utenza e l'individuazione di obiettivi più specifici verrà rivisitata con gli operatori del Servizio.

L'individuazione delle persone disabili da inserire è fatta dall'UVH esplicitando i criteri di valutazione e di scelta. Le modalità di ammissione e le dimissioni sono parte integrante del progetto di cura e pertanto vaultate nella sede competente dell'UVH, in raccordo con il Gestore nell'individuare tempi e modalità consoni alle situazioni individuali.

## **Art. 6: Territorio**

La territorialità è elemento imprescindibile e prioritario di ogni Progetto Personalizzato, così come del posizionamento del Servizio nel contesto.

Il Servizio dovrà allestire, oltre alle attività interne al Centro medesimo, anche opportunità esterne di integrazione e interazione degli utenti col contesto, sia mediante attività in piccolo che in grande gruppo.

Il Gestore dovrà, perciò:

- sviluppare azioni e relazioni che consentano di ri-conoscere la realtà del Servizio e le sue specificità quali parti integranti della comunità di appartenenza, ricercando – laddove possibile - disponibilità ad accogliere i disabili per esperienze coerenti con i loro bisogni di apprendimento;
- promuovere e sostenere una cultura della diversità come valore anche attraverso attività e progetti che i disabili possono mettere a disposizione del territorio;

- sviluppare processi di lavoro centrati sulla cura e attenzione ad allestire percorsi di accoglienza e inclusione sociale con particolare riferimento a quanto agito dal contesto stesso (reti di vicinato, associazioni, parrocchie, gruppi di riferimento, gruppi di pari.);
- rafforzare l'interazione con il contesto sociale attraverso l'apertura e la sollecitazione di momenti di scambio e di connessione con soggetti e iniziative del Pubblico, del Privato e del Privato sociale, alimentando la prospettiva che le reti sono un patrimonio da mantenere e vivere con protagonismo e non sulla base del semplice "invio".

#### **Art. 7: Staff dedicato**

Per realizzare i servizi/interventi congruenti con gli obiettivi individuati negli artt. fin qui descritti, il Gestore si impegna a ricercare, individuare ed impiegare idoneo personale per garantire lo standard dei servizi richiesti. Così ed in particolare:

- **n. 1 responsabile coordinatore di struttura a tempo pieno (38 ore)**, per realizzare/coordinare/sviluppare i contenuti del presente Servizio, con funzione di supervisione e tenuta rispetto agli obiettivi, dotato di adeguate competenze. Il coordinatore assicura la qualità della vita ed il benessere complessivo degli utenti dal punto di vista biopsicosociale, garantendo un governo unitario del servizio sotto il profilo della qualità tecnica, organizzativa e relazionale. Concorre alla definizione della programmazione ed è responsabile della gestione delle risorse umane, tecniche ed economiche e della valutazione e controllo complessivo del servizio, risponde del risultato finale all'utenza configurandosi quindi come posizione di indirizzo e coordinamento generale delle attività, in particolare per quanto riguarda l'integrazione tra processi socio-assistenziali e sanitari. Concorre alla necessaria continuità del percorso assistenziale della persona definendo le modalità di integrazione e le interfacce interne al servizio/struttura con i servizi socio-sanitari e sociali del territorio. In particolare al Coordinatore compete:
  - la tenuta d'insieme del Servizio oggetto dell'appalto,
  - il sostegno alla costruzione dell'oggetto di lavoro,
  - l'accompagnamento e la conduzione del gruppo di lavoro,
  - il raccordo con gli altri attori sociali coinvolti, in primis le famiglie degli utenti, per costruire e decifrare le problematiche, per raccogliere nuove domande e comprendere come i servizi se ne possano occupare,
  - la connessione tra servizi e risorse territoriali,
  - il raccordo con i servizi sociosanitari, i poli territoriali, l'UVH,
  - la presentazione della documentazione richiesta per dare evidenza delle evoluzioni nella riflessione sui temi oggetto del Servizio e delle persone ivi coinvolte, e nel lavoro svolto,
  - la programmazione delle attività e la condivisione delle stesse con la Committenza.

Pertanto, il coordinatore dovrà essere in possesso di uno dei seguenti titoli, almeno triennali, o requisiti:

- diploma di laurea in servizio sociale;
- diploma di laurea in educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 e successive modificazioni,
- diploma di laurea in scienze dell'educazione (classe L-19) con un curriculum di studio e attività di tirocinio coerenti con il ruolo di coordinatore,
- diploma di laurea in Scienze e tecniche psicologiche,
- diploma di laurea in infermieristica;
- diploma di laurea in sociologia.

Inoltre, anche in assenza di uno dei diplomi di laurea sopra elencati, sono riconosciuti validi i seguenti titoli di accesso:

- certificato di competenze o diploma di qualifica per "Coordinatore Responsabile di struttura/servizio" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978;

- certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo e gestionali specifiche dell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari; in tali casi, è richiesto anche un biennio di svolgimento di funzioni specifiche nel campo;
- curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo con un'esperienza documentata di almeno 24 mesi nel ruolo alla data di avvio del contratto in esito all'aggiudicazione.

- un numero di **operatori adeguato a garantire un rapporto operatore/utenti di 1:4**, oltre a 3 ore di equipe (che deve vedere la presenza di tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti nel progetto).

Il gruppo di lavoro degli operatori dovrà essere composto da almeno **4 figure educative, integrate da almeno un'altra persona con professionalità, competenze e qualifiche differenti** per assolvere a funzioni educativo-professionalizzanti, ricreative e/o atelieristiche, comunicative e assistenziali.

Pertanto, le figure educative dovranno essere in possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti:

- diploma universitario di educatore professionale, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502, e successive modificazioni o titoli riconosciuti equipollenti;
- i titoli dichiarati equivalenti alla Laurea in Educazione professionale (abilitante alla professione sanitaria i educatore professionale) ai sensi del comma 2, art. 4, della legge 42/99 e del DPCM 26 luglio 2011;
- diploma di laurea in scienze dell'educazione/educatore sociale/pedagogia/progettazione e gestione dell'intervento educativo nel disagio sociale e altri diplomi di laurea magistrale o specialistica in materia di scienze dell'educazione.
- l'attestato di abilitazione per educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 10 febbraio 1984;
- l'attestato regionale di qualifica professionale rilasciato in passato ai sensi della direttiva comunitaria 51/92, al termine di un corso di formazione attuato nell'ambito del Progetto APRIS;
- il diploma di laurea triennale in Scienze e tecniche psicologiche o diploma di laurea triennale in sociologia con un curriculum di studio e attività di tirocinio coerenti con l'attività di educatore nei servizi per disabili.

Possono inoltre continuare ad assicurare il ruolo di educatore gli operatori, anche privi dei titoli elencati in precedenza, che alla data di avvio del contratto in esito all'aggiudicazione svolgano le funzioni di educatore, a condizione che possiedano almeno uno dei seguenti requisiti:

- diploma di laurea con esperienza documentabile di almeno 12 mesi in ambito educativo nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari ed educativi per disabili;
- diploma di scuola secondaria superiore con esperienza documentabile di almeno 24 mesi in ambito educativo nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari ed educativi per disabili.

L'altra figura, o altre eventuali figure, a completamento del gruppo di lavoro, dovranno avere qualifiche e/o competenze tali da assicurare le funzioni sopra menzionate, come ad esempio: atelieristiche, di conduzione di laboratori, comunicative, ...

Nessun operatore può avere un incarico sul Servizio oggetto del lotto inferiore a 20 ore settimanali.

Oltre alle competenze specifiche richieste dalle varie funzioni individuate come oggetto del lotto, al suddetto personale è in ogni caso richiesta anche la capacità di:

- analisi delle problematiche dell'utenza e l'individuazione di attività loro mirate,
- valutare e riconoscere legami e reti presenti nel territorio,
- partecipare al lavoro di progettazione e valutazione sulle singole situazioni e sull'offerta del Servizio complessivamente,
- produrre documentazione,
- elaborare/trattare/analizzare i dati di utenti, famiglie e Servizio, estendendo la capacità di analisi anche alle problematiche collegate in un'ottica di cooperazione tra i Servizi e di flessibilità intrinseca nell'orientare autonomamente i processi di lavoro,

- partecipare agli UVH,
- promuovere e sostenere processi di comunicazione e integrazione interni e con le realtà esterne.

Il Gestore dovrà garantire con costi a proprio carico attività di **formazione** dedicata, con particolare riguardo alla progettazione sociale di progetti e programmi in linea con le finalità e gli obiettivi prioritari di coinvolgere le famiglie, di apprendimento di tecniche a garanzia di continuità educativa progettuale con la NPIA e di integrazione col territorio.

Tale formazione, di **almeno 30 ore all'anno** e di cui a fine anno dovrà essere fornita relazione scritta, dovrà infine integrarsi ed arricchirsi con le iniziative formative comuni, qualora organizzate dai Servizi Pubblici, e coinvolgenti altri soggetti o Servizi impegnati nell'ambito della disabilità e/ delle attività socio-occupazionali e di politiche attive del lavoro. I costi della formazione sono a carico del Gestore.

Il Gestore si impegna a contenere il turnover del personale, fornendo a FCR, in tal senso, indicazioni sulle modalità. Deve inoltre garantire la sostituzione del personale assente ad ogni titolo, riorganizzando il Servizio affinché gli utenti ne subiscano il minor disagio possibile. Laddove venga sostituito personale sul Servizio a quello subentrante deve essere garantito un affiancamento adeguato per comprendere a pieno il funzionamento e gli obiettivi del Servizio, oltre che per un congruo passaggio di consegne rispetto alle situazioni degli utenti in carico al Servizio.

#### **Art. 8: Verifiche e monitoraggi**

Il Gestore deve approntare diversi livelli di verifica e monitoraggio, volti a valutare:

- il PROCESSO DI LAVORO, rispetto alla flessibilità e agilità con cui viene costantemente riadeguato alle necessità del Servizio e al posizionamento del medesimo nel Sistema, oltre che nel territorio;
- il PROGETTO SUL SERVIZIO, nei termini di efficacia interna, perciò capacità di rispondere al programma previsto, così come di efficacia esterna, ovvero di capacità di rispondere ai problemi originali che hanno motivato il servizio stesso, mantenendo un'attenzione costante alle evoluzioni del "sistema cliente" affinché il Servizio sia in linea con tali cambiamenti;
- i PROGETTI PERSONALIZZATI, in termini di evoluzione degli utenti e dei loro contesti, adeguatezza degli interventi rispetto alla finalizzazione degli obiettivi condivisi e alla soddisfazione/percezione delle persone coinvolte;
- le relazioni con il TERRITORIO, con riferimento alla quantità degli attori e alla qualità dei legami e collaborazioni implementate per ciascun progetto personalizzato, così come per il servizio complessivamente inteso;
- lo STAFF DEDICATO, nei termini di adeguatezza e finalizzazione delle risorse messe in campo, ma anche di motivazione e razionalizzazione delle stesse.

Nel processo di lavoro devono perciò essere previste delle verifiche intermedie, con tempistiche e interlocutori differenziati:

- almeno una volta all'anno - fatte salve situazioni contingenti valutabili all'uopo - verrà realizzata la valutazione congiunta sul Servizio complessivamente inteso, eventuali necessità di modificazione dell'offerta e innovazioni. Sono coinvolti in questo processo di valutazione, i referenti dell'AUSL, di FCR, del servizio sociale territoriale competente per funzione, e del Gestore, oltre al coordinatore UVH. La valutazione sarà suffragata da una relazione scritta i cui contenuti richiameranno orientamenti e obiettivi così come condivisi con la stazione appaltante e i servizi sociosanitari.
- almeno una volta all'anno – o con maggior frequenza per evoluzioni significative di progetto – verrà realizzato l'incontro di UVH tra Gestore (nelle persone del coordinatore e degli operatori direttamente coinvolti) e referenti dei Servizi sociosanitari, rispetto alla realizzazione dei progetti individualizzati.

Al fine di monitorare l'andamento del servizio e il processo di lavoro nelle sue diverse componenti, così come impostato dal *gruppo di monitoraggio*<sup>4</sup>, è richiesto al Gestore di concorrervi con la produzione mensile di strumenti di riscontro in ordine a:

- dati a supporto del monitoraggio della spesa;
- dati sui progetti individuali degli utenti ove sono registrati i dispositivi utilizzati, i contesti ospitanti, i tempi progettuali, le presenze, gli interventi effettuati e le eventuali modificazioni educative;
- dati a sostegno degli interventi straordinari e/o estemporanei realizzati in integrazione col territorio (corsi di formazione, attività di gruppo, ...);
- rilevazione del programma delle attività;
- diario dell'andamento organizzativo complessivo;
- dati di presenza degli operatori e di realizzazione delle equipe e delle formazioni, oltre a ogni altro dato che si riterrà utile a progetti e attività.

Tutti questi processi e strumenti trovano la loro ragion d'essere nella consapevolezza di costituire parte attiva nel sistema dell'offerta e, in tal senso, concorrervi anche attraverso la partecipazione a luoghi di governo e programmazione dell'intero sistema, quali, ad esempio, il Gruppo Interistituzionale<sup>5</sup> che oggi rappresenta lo snodo significativo nei processi dell'integrazione socio-sanitaria e dei conseguenti percorsi progettuali.

#### **Art. 9: Composizione dei costi e modalità di pagamento**

Per ogni anno di vigenza contrattuale, il costo del Servizio si compone delle seguenti voci:

- **Quota a misura**, pagata in base alla copertura dei 20 posti disponibili. La copertura di ciascun posto è calcolata sulla frequenza degli utenti in mezza giornate, definite "pezzi". Ne consegue perciò che ciascun posto si compone di 9 mezza giornate a settimana disponibili per gli utenti (una mezza giornata è dedicata all'equipe degli operatori, perciò il Servizio è chiuso agli utenti; la mezza giornata di equipe non è valorizzata a parte, ma è considerata nella valorizzazione delle altre 9 mezza giornate), perciò di 9 pezzi per ciascuna settimana di apertura del Servizio. **Per ogni pezzo saranno riconosciuti € 27,90 al netto dell'IVA se dovuta, solo in caso di presenza dell'utente e perciò di copertura del posto. L'importo massimo presunto è di € 246.086,82 al netto dell'IVA se dovuta.** In caso di assenze inferiori o uguali a 15 giorni consecutivi, sarà riconosciuto l'80% dell'importo sopra indicato per le presenze. In caso di assenze superiori ai 15 giorni consecutivi, non sarà riconosciuta alcuna valorizzazione economica.
- **I costi previsti per la sicurezza**, comprensivi di percorsi formativi su rischi interferenziali e specifici, oltre che di eventuali materiali e presidi necessari a garantire condizioni di sicurezza per operatori e utenti, non ribassabili, ammontano ad **€ 1.170,00 al netto dell'IVA se dovuta, complessivi.**

Tutti i costi riportati sopra, saranno da fatturare a FCR, che provvederà al loro pagamento e ad espletare le procedure di rendicontazione definite dall'Ufficio di Piano del Distretto di Reggio Emilia, mediante la piattaforma "Penelope" dell'AUSL, provvedendo altresì a fatturare all'AUSL le spettanze del FRNA e alle due Unioni quanto di loro pertinenza.

---

<sup>4</sup> Il gruppo di monitoraggio quali - quantitativo dei Servizi, costituito su mandato dell'Ufficio di Piano, è composto dai livelli istituzionali e opera stabilmente da circa 4 anni, per monitorare l'andamento della spesa dei servizi, ma anche per raccogliere e analizzare i dati di gestione affinché possano essere funzionali alla revisione, programmazione e progettazione dei servizi, così come dei progetti dei singoli.

<sup>5</sup> Il Gruppo Interistituzionale è un gruppo composto dai referenti responsabili delle Istituzioni Pubbliche e del Privato Sociale che concorrono alla realizzazione del Sistema dei Servizi a favore della popolazione Disabile del Comune di Reggio Emilia; è volto a garantire continuità culturale e progettuale, per assumere e monitorare dall'interno i contenuti del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale, per contribuire alla lettura dei nuovi bisogni emergenti.

**Art. 10: Durata**

Il presente appalto avrà durata **36 mesi** dalla data di stipula.

La Ditta Aggiudicataria è obbligata a **dare avvio al servizio** al massimo 30 giorni dopo l'aggiudicazione definitiva.