



**PROCEDURA APERTA, A RILEVANZA COMUNITARIA, PER L'ACQUISIZIONE DI UN  
SERVIZIO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTUALE, OPERATIVA E VALUTATIVA  
DEI PERCORSI DI SUPPORTO ALL'IMPIEGO IPS  
(INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT)**

**RELAZIONE TECNICA**

## RELAZIONE TECNICA ILLUSTRATIVA

### **I. Individual Placement and Support (IPS)**

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

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

lunghe procedure di preparazione al lavoro, alla ridotta probabilità di ingresso nel mondo del lavoro competitivo.

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

## II. I principi e le prassi dell'IPS

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

Wehman e Moon (1988) sono stati i primi a focalizzare i loro interventi su un modello di sostegno al lavoro da loro stessi definito *place and train*, cioè di contemporaneo collocamento e formazione, capovolgendo la pratica di fornire lunghe preparazioni pre-lavorative prima di trovare un lavoro. Il modello *place and train* prevede l'assistenza alle persone nella ricerca di una occupazione in tempi

relativamente brevi, per poi fornire il training individualizzato e un sostegno adatto alla tipologia di lavoro trovata e alle caratteristiche della persona.

L'IPS trae origine dal lavoro di Wehman e Moon (1988) ed è andato strutturandosi sulla base delle esperienze sul campo degli anni '90. Attualmente esso è manualizzato sulla base di otto principi che qui riprendiamo integralmente (Becker, Drake, 2003; Swanson, Becker, 2010; Drake, Bond, Becker, 2012) e che vengono applicati nella pratica da specialisti IPS formati allo scopo, sulla cui attività si dirà più avanti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### III. Lo specialista dell'impiego IPS

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

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

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

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

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

L'implementazione dei programmi IPS determina inoltre cambiamenti importanti del funzionamento sia delle equipe multidisciplinari dei servizi territoriali di salute mentale che di altre figure chiave dei servizi di assistenza socio-sanitaria. Altri cambiamenti avvengono inoltre nelle strutture organizzative, nella cultura e nel clima interno delle altre agenzie sociali della comunità locale nonché dei sistemi politici di queste ultime.

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

#### IV. La ricerca empirica sull'IPS

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

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

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



## V. L'esperienza dell'Emilia Romagna

In Emilia Romagna nel 2007 più dell'11% degli utenti a carico dei Centri di Salute Mentale era disoccupato e più del 7% percepiva una pensione di invalidità. L'importanza del percorso di inserimento professionale nel mercato competitivo che è stato avviato attraverso il metodo IPS è quindi stata subito chiara sia dal punto di vista simbolico che dal punto di vista del costo sociale.

L'IPS è attivo nella Provincia di Rimini dal 2003 a seguito dell'esperienza pilota condotta per lo studio EQOLISE (Sabatelli et al., 2005), quando, notati i suoi elementi di valore, si è ritenuto opportuno mantenere l'attività IPS presso i CSM dell'Azienda USL di Rimini, affidandola al Coordinamento Opportunità Lavorative, funzione trasversale collocata presso la Direzione Generale. L'IPS a Rimini rientra quindi oggi in uno spettro di progettazioni offerte ai cittadini con gradi di tutela differenti a seconda della richiesta che l'utente stesso formula.

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

Gli utenti sono cittadini aventi o meno certificazione di invalidità, richiedenti opportunità lavorative, in carico ai Servizi socio-sanitari dell'Azienda USL. Non sono previste esclusioni relative alla diagnosi, né secondo criteri di eleggibilità. Il progetto prevede anche il monitoraggio post-assunzione per massimo dodici mesi, in quanto si è valutato impossibile, rispetto alle risorse economiche fruibili, garantire una presa in carico a tempo illimitato degli utenti, così come previsto nella versione americana del metodo. Esiste però la possibilità, per uno stesso cittadino, di rientrare nel progetto, qualora lo richieda, anche dopo una prima conclusione di percorso. Esso è inoltre stato esteso, oltre che agli utenti del Dipartimento di Salute Mentale per il quale tale approccio nacque, anche a quelli provenienti da tutte le aree a integrazione socio-sanitaria delle Aziende USL: Handicap Psico-fisico, Disagio Psicosociale e Dipendenze Patologiche.

L'applicazione del metodo è riconducibile nelle sue linee generali all'approccio ortodosso ricavabile dal manuale IPS di riferimento (Swanson & Becker, 2010); la sperimentazione effettuata e l'esperienza in atto, in linea con l'adattamento al contesto, hanno condotto all'introduzione di modifiche e di elementi innovativi specifici per la realtà e la cultura italiana.

I tassi di occupazione raggiunti dal progetto italiano, se pur con variazioni annuali, sono sempre stati molto elevati, nell'ordine del 50%, superando fortemente i risultati occupazionali raggiungibili con gli altri approcci utilizzati nell'area in questione.



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

## **VI. Fabbisogno dei DSM DP e determinazione della base d'asta**

Occorre ora consolidare e dare continuità all'esperienza iniziata e portare l'applicazione del modello IPS nel maggior numero di Centri di Salute Mentale dei DSM DP regionali disponibili.

A tale scopo nove Direttori di DSM-DP hanno concordato di procedere, per l'acquisizione del "Servizio IPS" all'interno del proprio Dipartimento, con gara d'appalto unica regionale, attribuendo al Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri la funzione di capofila del percorso. Il mandato all'espletamento della gara viene attribuito ad Intercent-ER (Agenzia regionale per lo sviluppo dei mercati telematici).

L'importo a base d'asta sarà determinato sia dal numero dei DSM-DP coinvolti, sia dal numero di operatori effettivamente impiegati in ciascun Dipartimento, elencati nell'accordo intervenuto tra i Direttori di DSM-DP sottoindicati. Si precisa inoltre che mediamente un operatore IPS segue 25 nuovi utenti in un anno.

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

DSM-DP AUSL Piacenza

DSM-DP AUSL Parma

DSM-DP AUSL Reggio Emilia

DSM-DP AUSL Bologna

DSM-DP AUSL Ferrara

DSM-DP AUSL Imola

DSM-DP AUSL Forlì

DSM-DP AUSL Cesena

DSM-DP AUSL Rimini

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

**Tabella 1**

DIPARTIMENTI	Numero nuovi utenti anno	Ore settimanali/ operatore previste di Servizio di supporto all'impiego IPS
DSM-DP PIACENZA	37	1 x 36 ore 1 x 18 ore
DSM-DP PARMA	20	1 x 30 ore
DSM-DP REGGIO EMILIA	25	1 x 36 ore
DSM-DP BOLOGNA	202	2 x 36 ore 5 x 30 ore 1 x 24 ore 3 x 18 ore
DSM-DP FERRARA	20	1 x 30 ore
DSM-DP IMOLA	12	1 x 18 ore
DSM- DP FORLI'	25	1 x 36 ore
DSM-DP CESENA	20	1 x 30 ore
DSM-DP RIMINI	50	1 x 36 ore 1 x 30 ore
<b>Totale</b>	<b>411</b>	<b>600</b>

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

1. il numero di ore annuali previste per i percorsi di supporto all'impiego IPS in un anno, in ciascun dipartimento ed in totale. Il calcolo delle ore complessive è calcolato su una media di 44 settimane lavorative annuali. Inoltre il sostegno fornito all'utente è di tipo individualizzato, flessibile, intensivo e continuativo e ogni nuovo percorso IPS per ogni nuovo utente, impegna mediamente 65 ore all'anno.
2. le ore annuali di supervisione, previste per ognuna delle tre Aree geografiche descritte nel Capitolo Tecnico ed in totale. Sono previste: un massimo di 10 ore mensili per ogni area geografica e quindi 30 ore mensili in totale; un massimo di 120 ore annuali per ogni area geografica e quindi 360 ore ogni anno in totale di attività di supervisione. Il corrispettivo dovuto da ogni Dipartimento per il servizio di Supervisione è direttamente proporzionale al numero complessivo di ore e di percorsi di servizio di supporto all'impiego presumibilmente previsti ogni anno, in ogni DSM DP. La corresponsione della quota mensile per la

supervisione, calcolata e stabilita per ogni DSM DP, è fissa ed è indipendente dal numero effettivo di percorsi di supporto all'impiego IPS utilizzati e supervisionati.

Tali definizioni si riassumono nella tabella 2:

**Tabella 2**

DIPARTIMENTI	Media annuale del numero di nuovi utenti anno	Ore annuali di Servizio di supporto all'impiego IPS	Ore annuali di Supervisione teoricamente ripartite, solo ai fini della spesa, in modo proporzionale per DSM DP
DSM-DP PIACENZA	37	2376	32
DSM-DP PARMA	20	1320	18
DSM-DP REGGIO EMILIA	25	1584	22
DSM-DP BOLOGNA	202	13200	175
DSM-DP FERRARA	20	1320	18
DSM-DP IMOLA	12	792	11
DSM- DP FORLI'	25	1584	22
DSM-DP CESENA	20	1320	18
DSM-DP RIMINI	50	2904	44
<b>Totale</b>	<b>411</b>	<b>26400</b>	<b>360</b>

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

**Tabella 3**

Descrizione	Unità di misura	Prezzo orario €
Servizio di supporto all'impiego IPS	1 ora di intervento	21,62
Servizio di supervisione IPS	1 ora di intervento	30,00

Calcolate e conosciute le ore annuali del Servizio di supporto all'impiego IPS, di Servizio di supervisione IPS e gli oneri vari, si possono calcolare gli importi totali annuali e l'importo della corrispondente base d'asta annuale.

Tale definizione è riassunta dalla tabella 4, che descrive ed esplicita anche gli impegni di spesa di ogni singolo Dipartimento.

**Tabella 4**

DIPARTIMENTI	Ore annuali di Servizio di supporto all'impiego IPS	* Ore annuali di supervisione	Importo annuale € di Servizio di supporto all'impiego	Importo annuale € di Servizio di supervisione IPS	Oneri vari 10%	Importo annuale totale
<b>DSM-DP PIACENZA</b>	2376	32	51369,12	960	5232,912	57.562,03
<b>DSM-DP PARMA</b>	1320	18	28538,40	540	2907,84	31.986,24
<b>DSM-DP REGGIO EMILIA</b>	1584	22	34246,08	660	3490,608	38396,69
<b>DSM-DP BOLOGNA</b>	13200	175	285384	5250	29063,4	319.697,40
<b>DSM-DP FERRARA</b>	1320	18	28538,40	540	2907,84	31986,24
<b>DSM-DP IMOLA</b>	792	11	17123,04	330	1745,304	19.198,34
<b>DSM- DP FORLI'</b>	1584	22	34246,08	660	3490,608	38.396,69
<b>DSM-DP CESENA</b>	1320	18	28538,40	540	2907,84	31.986,24
<b>DSM-DP RIMINI</b>	2904	44	62784,48	1320	6410,448	70.514,93
<b>Totale annuale</b>	26.400	360	570.768	10.800	58.156,80	639.724,80

\* Ripartizione teorica in modo proporzionale per DSM DP, solo ai fini della spesa.

L'importo complessivo dell'appalto posto a base dell'affidamento del Servizio di supporto all'impiego e composto dalla quota per gli interventi di Servizio di supporto all'impiego IPS, dalla quota per gli interventi di supervisione IPS e dalla quota degli oneri vari, come riassunto nella tabella 5.

**Tabella 5**

<b>Servizio di supporto all'impiego IPS</b>	<b>Servizio di supervisione IPS</b>	<b>Oneri vari</b>	<b>Totale per anno</b>	<b>Importo complessivo (3 anni)</b>
570.768	10.800	58.156,80	639.724,80	1.919.174,40