

ACCORDO TRA I COMUNI DI CASTELFRANCO EMILIA E SAN CESARIO SUL PANARO, L'UNIONE COMUNI DEL SORBARA ED IL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE DELL'AUSL DI MODENA – DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA - PER L'INTEGRAZIONE SANITARIA, SOCIALE E SOCIO-SANITARIA NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE. ANNI 2016 -2019

L'anno il giornodel mese dipresso
.....

TRA

Gli Enti del Distretto di Castelfranco Emilia, come di seguito rappresentati,

IL COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA, in persona del Sindaco Reggianini Stefano, nato a Modena il 29.11.1971, C.F. RGGSFN71S29F257C, domiciliato per la sua carica in Castelfranco Emilia, Piazza della Vittoria, 8,

IL COMUNE DI SAN CESARIO SUL PANARO, in persona del Sindaco Gozzoli Gianfranco, nato a C.F., domiciliato per la sua carica in San Cesario sul Panaro in Piazza Roma, 2,

L' UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA, in persona del Presidente Silvestri Francesca, nata a il, C:F:, domiciliato per la sua carica in Bomporto alla Via Per Modena,7,

AZIENDA USL DI MODENA – Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, di seguito denominato Dipartimento, nella persona del suo Direttore dr. Fabrizio Starace, nato a Napoli il 24.07.1958 Cod. Fisc. STR FRZ 58L24 F839F e domiciliato per la carica in viale Muratori 201, nominato con decisione n. 190 in data 12.10.2010;

AZIENDA USL DI MODENA – Distretto di Castelfranco Emilia, di seguito denominato Distretto, nella persona del suo Direttore Dallari Antonella, nata a il ____ Cod. Fisc., domiciliato per la carica in

Premesso che : una politica di salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche non si esaurisce in indicazioni relative ai soli sistemi di cura, la salute mentale della popolazione è infatti un concetto ben più vasto della semplice assenza di malattia e la sua tutela chiama direttamente in causa molteplici attori istituzionali e non, con il compito di costruire quella rete di relazioni e porre in atto quelle azioni finalizzate alla prevenzione, alla promozione della salute, alla integrazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Il vigente Piano Sociale e Sanitario regionale prevede infatti tra le linee di sviluppo da realizzarsi nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche la promozione della salute mentale ed il contrasto dei Disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo patologico (GAP) della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata del benessere psicologico, relazionale e sociale .

Con il presente accordo si intendono disciplinare le modalità di lavoro multi professionale con particolare riferimento ai soggetti coinvolti dai fenomeni di disagio sociale e psichico e/o disturbi

da uso di sostanze e da gioco d'azzardo patologico. Permane comunque una tipologia di utenza conosciuta da entrambi i servizi, con disturbi meno gravi, per la quale potrebbe essere necessario valutare, in relazione a progetti specifici, una progettazione degli interventi congiunta.

Per quanto attiene al Servizio di Neuropsichiatria si allega al presente documento una procedura operativa disciplinante il passaggio dei pazienti dalla minore alla maggiore età, rinviando ad una integrazione successiva del presente accordo una disciplina del lavoro multi professionale per altre tipologie di bisogno.

Richiamate:

- la Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n.175/2008 con la quale è stato approvato Piano Sanitario e Sociale regionale 2008-2010, successivamente prorogato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 117/2013, ed in particolare il cap.6 " Salute mentale e Dipendenze patologiche "
- la Deliberazione della Giunta Regionale n.2011/2007 con cui tra l'altro viene istituito un rinnovato "Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) "
- la Deliberazione della Giunta Regionale n.698/2008 " Programma regionale dipendenze patologiche – obiettivi per il triennio 2008-2010"
- la Deliberazione della Giunta Regionale n.313/2009 " Piano attuativo Salute mentale 2009-2011" che delinea la programmazione regionale del settore in ambito sanitario e socio-sanitario, prevedendo tra l'altro, azioni volte a qualificare i processi assistenziali e la promozione della salute mentale sul territorio, favorendo il passaggio da una pratica centrata quasi esclusivamente sulle strutture residenziali, a progetti di cura personalizzati, basati sulla valutazione multidisciplinare dei bisogni specifici di salute e di reinserimento sociale, prevedendo altresì a livello di ambito distrettuale l'individuazione di modalità operative nuove per garantire l'integrazione, a partire dalla presa in carico comune.
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1012/2014 "Approvazione delle linee guida regionali per il riordino del Servizio Sociale Territoriale (SST)" nel quale tra l'altro è prevista la necessaria integrazione con il Distretto Sanitario dell'AUSL ed i Dipartimenti " .. *in modo da favorire l'integrazione delle politiche di prevenzione, promozione e protezione ..* " prevedendo in particolare l'applicazione " ..*di accordi stabiliti ai fini di realizzare l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale, promuovendo azioni di integrazione professionale ed organizzativa tra i dirigenti e gli operatori dei servizi sanitari e del SST.*."
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1554/2015 " Linee d'indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute" il quale si configura come uno strumento innovativo di assistenza territoriale, attivabile da parte dei DSM-DP in collaborazione con i servizi sociali, in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria in grado di :
 - realizzare progetti sempre più personalizzati che pongano al centro i bisogni della persona
 - garantire una effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi
 - sostenere la domiciliarità ed il lavoro di cura delle famiglie
 - evitare la cronicità e ridurre i ricoveri impropri

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art.1 - Oggetto

Oggetto del presente accordo è la realizzazione di un sistema socio-sanitario integrato nel campo della salute mentale e del contrasto delle dipendenze patologiche, finalizzato alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche.

L'accordo riunisce in un quadro organico gli attori, gli impegni e le azioni che concorrono a promuovere la salute e a contrastare la malattia mentale e la dipendenza patologica, utilizzando un approccio allargato al concetto di salute pubblica in base al quale la salute mentale è una

componente basilare della salute globale della comunità; esso prevede altresì le modalità di attivazione del nuovo strumento di assistenza territoriale definito “ *budget di salute*”

Art.2 - Finalità ed obiettivi

Finalità della presente convenzione è quella di perseguire la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel territorio del Distretto di Castelfranco Emilia, della tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattia mentale di ogni tipo e gravità e nel contrasto alle dipendenze patologiche di tutta la popolazione , in età evolutiva ed adulta.

Si tratta della realizzazione di una politica di salute pubblica, che comprende organicamente tutti gli interventi di prevenzione, promozione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale, educazione sanitaria relativi alle persone con disturbi mentali e/o dipendenze patologiche . I valori fondanti di tale politica sono la lotta allo stigma, la partecipazione, la continuità assistenziale e di cura, l'innovazione, la verificabilità dei percorsi.

Sono obiettivi specifici del seguente accordo :

- produrre servizi essenziali e prestazioni appropriate assicurando unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale di tutte le risorse;
- garantire la produzione di prestazioni e servizi che pongono al centro i bisogni delle persone;
- garantire una effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi con il fine di fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;
- garantire un livello etico nei trattamenti particolarmente di utenti con ridotta autonomia personale;
- valorizzare come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale ed imprenditoriale.

Art.3 - Destinatari

Destinatari dell'accordo sono i diversi soggetti coinvolti dai fenomeni di disagio sociale e psichico e/o dipendenze patologiche, con riferimento agli adulti e loro contesti familiari, anche in presenza di altre forme di disabilità o in età avanzata. Particolare attenzione va rivolta alle famiglie sia come portatrici di bisogni che come risorsa.

Le tipologie di utenza per le quali si ritiene prioritario elaborare un progetto di presa in carico socio-sanitaria congiunta sono:

1. persone con disturbi psichiatrici gravi e/o medi, e/o che presentano dipendenze patologiche e connesse problematiche sociali dovute a condizioni di povertà non solo economica ma soprattutto culturale e relazionale;
2. persone con disturbi psichiatrici , e/o che presentano dipendenze patologiche, gravide o con figli minori, che hanno responsabilità in ordine alla cura e alla tutela dei figli, le cui capacità necessitano di valutazione, eventuale integrazione o sostituzione, con riferimento ai doveri di tutela, che debbono essere garantiti dagli Enti Locali, in ottemperanza in alcune situazioni a un decreto della magistratura minorile;
3. persone con disturbi psichiatrici, e/o che presentano dipendenze patologiche, che hanno una autosufficienza fisica compromessa che le rende incapaci di svolgere le attività della vita quotidiana in modo autonomo dovuta a una disabilità o al naturale percorso di invecchiamento.

Art. 4 – Gli organi della programmazione e della pianificazione degli interventi

Comitato di Distretto

Il Comitato di Distretto è l'organo politico istituzionale che esercita la funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale, alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, a cui in particolare compete definire gli indirizzi generali, gli obiettivi di

lavoro e che procede alla verifica dei risultati nell'ambito delle competenze di cui al presente accordo.

Composizione e modalità di funzionamento del Comitato di Distretto sono stabiliti in apposita convenzione.

Ufficio di Piano (UdP)

L'Ufficio di Piano (UdP) è un organo tecnico-amministrativo di ambito distrettuale di supporto al Comitato di Distretto che svolge, in riferimento al presente atto, funzioni di coordinamento al fine di:

- assicurare efficacia e sistematicità di azione nell'ambito dei servizi e delle attività;
- promuovere la connessione in rete tra i servizi;
- promuovere l'integrazione organizzativa e professionale;
- coordinare lo sviluppo dei servizi;
- promuovere la ideazione, la messa a punto e la realizzazione di progetti e servizi innovativi;
- monitorare e verificare l'attuazione della convenzione e l'effettivo perseguimento degli obiettivi in essa contenuti.

Per l'approfondimento di tematiche relative agli ambiti di competenza della presente convenzione l'UdP si può articolare in "gruppi di lavoro tematici" nella cui composizione adotta criteri di ampio coinvolgimento e partecipazione dei servizi, dei soggetti istituzionali, dei soggetti gestori di servizi anche privati, delle organizzazioni rappresentative degli utenti, delle associazioni di volontariato, dei professionisti interessati.

Art. 5 - Funzioni degli Enti Locali e del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Gli Enti Locali

I Comuni/Unione sono titolari delle funzioni amministrative e dei compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali, socio-sanitari e dell'erogazione delle prestazioni.

I servizi e gli interventi del sistema locale comprendono in particolare:

- Servizio Sociale Territoriale (SST) al cui interno è previsto lo sportello sociale ed il Servizio Sociale Professionale.
- Consulenza e sostegno alle famiglie e a chi assume compiti connessi al lavoro di cura e alle responsabilità genitoriali anche attraverso servizi di sollievo;
- Servizi e interventi a sostegno della domiciliarità rivolti a persone che non riescono, senza adeguati supporti, a provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana;
- Accoglienza familiare di persone prive di reti di supporto;
- Servizi e interventi residenziali e semi-residenziali volti all'accoglienza di persone i cui bisogni di cura, tutela ed educazione non trovano adeguato soddisfacimento nell'ambiente di vita;
- Servizi e interventi volti ad affiancare le famiglie negli impegni e responsabilità di cura;
- Servizi e interventi quali case e centri anti-violenza, finalizzati a fornire consulenza, ascolto, sostegno e accoglienza a donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica;
- Servizi e interventi di prevenzione, ascolto, sostegno e accoglienza per minori vittime di abuso, maltrattamento e abbandono;
- Servizi e interventi volti a promuovere opportunità per adolescenti e giovani nei loro ambienti di vita, anche attraverso l'utilizzo di spazi di ascolto, aggregazione e socializzazione;
- Servizi e interventi di prima necessità rivolti a persone a rischio di emarginazione anche per l'accoglienza, il sostegno e l'accompagnamento dei percorsi di inserimento sociale;
- Interventi di sostegno all'inserimento lavorativo delle persone di cui alle specifiche normative di riferimento;

- Misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)

Il Dipartimento garantisce a tutti i cittadini le cure primarie, ovvero il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone che, nel loro insieme, costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria continuativa. Tale forma assistenziale è centrata sui bisogni delle persone affette da patologia psichica e/o da dipendenza patologica, ha valenza di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, e si giova di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata.

Presso il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Dipendenze Patologiche (SDP) dell'Azienda USL, Distretto di Castelfranco Emilia, afferenti al Dipartimento, vengono realizzate attività ambulatoriali e domiciliari di risposta alle urgenze-emergenze, di consulenza-collegamento ai medici di medicina generale (Programma Leggieri) e alle strutture ospedaliere e di consulenza e presa in carico (valutazione diagnostica, trattamento, elaborazione e conduzione del programma terapeutico – riabilitativo) di cittadini sofferenti di un Disturbo Psichiatrici e/o di una Dipendenza Patologica.

Il Centro di Psicologia Clinica Adulti offre interventi di valutazione e trattamento ad utenti la cui sintomatologia ha una indicazione di trattamento ambulatoriale prevalentemente psicologico, con percorsi clinici trasversali ai servizi del territorio su proposta dei professionisti del DSM-DP, del Dipartimento di Cure Primarie (DCP) e dei Medici di Medicina Generale (MMG).

A tali servizi compete la responsabilità clinico-terapeutica nella realizzazione dei programmi e degli interventi.

Art. 6 – Metodologia di intervento

La realizzazione di progetti e interventi socio-sanitari integrati prevede una metodologia specifica che si avvale del modello della Casa della Salute di Castelfranco Emilia e del Budget di Salute che viene di seguito presentata per fasi di intervento.

6.1 - Segnalazione di una nuova situazione

Il servizio che ha avuto il primo contatto (SST, CSM, SDP) procede ad una prima raccolta di informazioni e a una prima lettura del problema presentato, ponendo particolare attenzione all'analisi della natura delle reti primarie della persona, così come emerge dagli elementi forniti dalla persona stessa e/o da altre persone significative.

Qualora, l'operatore coinvolto in questa prima istanza, ravvisi la presenza di elementi di specifica competenza degli altri servizi di cui al presente accordo, procede alla segnalazione dopo aver raccolto il consenso dell'Utente.

della situazione, attraverso una breve relazione scritta, al servizio interessato.

Referenti dei servizi cui trasmettere la relazione sono:

- Responsabile del SST dell'Ente di residenza dell'utente;
- Responsabile CSM;
- Responsabile SDP.

A seguito dell'inoltro della segnalazione i referenti di cui sopra individuano, gli operatori responsabili del caso (Servizio Sociale Professionale ambito territoriale o/e tutela minori, Medico Psichiatra, -SDP) con l'indicazione di contattare l'altro referente.

6.2- Definizione del Progetto

Una volta condivisa la presa in carico globale dei bisogni della persona, gli operatori responsabili del caso procedono con una fase di approfondimento congiunto concernente:

- la valutazione specifica e condivisa, anche in collaborazione con il medico di medicina generale, degli elementi, di pertinenza di ciascun servizio, che compongono il quadro presentato;
- la definizione di un Progetto personalizzato condiviso e la programmazione di un piano di lavoro congiunto;
- l'opportunità di coinvolgimento di altri soggetti: familiari, volontari, etc.

Il Progetto personalizzato di cui sopra, definito in maniera congiunta dai diversi operatori coinvolti tenendo conto delle indicazioni emerse nella fase di valutazione di cui sopra, definisce gli obiettivi che si desidera raggiungere e dei quali deve essere possibile valutare l'evoluzione-

La definizione del Progetto deve prevedere il coinvolgimento dell'utente e/o dei familiari.

Sulla base degli obiettivi individuati i Servizi definiscono:

- il case manager/responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del progetto formulato
- gli impegni reciproci degli operatori nonché dell'utente e dei suo familiari;
- gli interventi da attivare (erogazione delle prestazioni) e le figure professionali atte ad attivarli;
- modalità e tempi per le verifiche.

6.3 – Verifiche

Occorre prevedere verifiche periodiche almeno semestrali; tali verifiche obbligatorie possono essere più frequenti in relazione a scadenze di natura progettuale e istituzionale e in connessione ad attività giudiziaria degli organi preposti alla tutela dei minori e dello stesso paziente (Tribunale per i minori – Tribunale ordinario) nonché a cambiamenti significativi della situazione o a momenti di crisi che impongono una ridefinizione del Progetto.

Le verifiche in itinere dovrebbero essere in grado di indicare la congruità degli obiettivi definiti e il loro livello di raggiungimento, nonché le ragioni degli eventuali scostamenti dai risultati attesi.

Art. 7 – Strumenti operativi del lavoro integrato

7.1 Unità di Valutazione Multi professionale (UVM) territoriale

L'UVM territoriale è costituita da Medico Psichiatra e/o Operatore Referente del caso per SDP, responsabile del progetto e della presa in carico sanitaria, e dall'Assistente Sociale del territorio di residenza dell'utente, responsabile per la parte sociale, integrata dalle altre figure sanitarie e/o sociali che eventualmente intervengono sul caso specifico (es. infermiere, educatore, etc.); in relazione alla situazione l'UVM può invitare altri attori di rilievo (Azienda USL Area Fragilità, MMG, familiari, utente, associazioni di volontariato, gestori di servizi/strutture, etc.).

Compiti prioritari della UVM sono:

- la valutazione dei bisogni socio/sanitari e sanitari;
- la decisione della presa in carico della situazione;
- la formulazione di un Progetto personalizzato che comprende un pacchetto di servizi personalizzato in ambito sanitario, sociale o socio-sanitario;
- l'invio ai soggetti individuati per l'erogazione delle prestazioni previste nel progetto;
- l'individuazione delle responsabilità del caso (case manager) definito sulla base del bisogno prevalente e del Progetto formulato;
- il monitoraggio del Progetto Individuale e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, riabilitative e assistenziali.

Il Medico Psichiatra o Operatore Referente del caso per SDP e l'Assistente Sociale rimangono sempre titolari del caso e punti di riferimento per ogni verifica e ridefinizione del progetto anche quando l'attuazione di alcuni interventi previsti nel progetto di aiuto sono svolti da altri professionisti come quelli sopra richiamati.

Il MMG e il pediatra di libera scelta di riferimento per ogni situazione sono sempre informati e coinvolti rispetto alle valutazioni della UVM L'utente e, ove presenti, i suoi familiari devono essere informati e coinvolti con l'obiettivo di raggiungere la condivisione del Progetto e del suo monitoraggio.

Il Progetto personalizzato definito all'interno della UVM è espressione di una presa in carico globale, unitaria e continuativa dei bisogni della persona da parte dei servizi socio-sanitari che devono attivare risposte integrate, efficaci ed efficienti sul versante sanitario, assistenziale, della

riabilitazione sociale, del sostegno alla autodeterminazione e alla espressione individuale. Tale presa in carico mette al centro della valutazione e dell'intervento progettato la persona e il suo contesto familiare, parte attiva del processo.

L'UVM definisce in tal modo il Progetto Personalizzato Socio-Sanitario.

Compete ai responsabili dei casi che dovranno essere discussi in UVM accertarsi, attraverso un preventivo confronto con il Responsabile dei Servizi DSM/DP per la parte sanitaria e con il Responsabile del SST competente per residenza dell'utente per la parte sociale, della sostenibilità economica del Progetto Personalizzato Socio-Sanitario" che si intende proporre.

I firmatari della presente convenzione adotteranno una modulistica condivisa da utilizzarsi nell'ambito della UVM ai fini della definizione del Progetto Personalizzato Socio-Sanitario.

7.2 Equipe distrettuali

Con cadenza periodica sono previste delle equipe distrettuali, composte dagli operatori territoriali, finalizzate a favorire l'integrazione tra servizi a livello organizzativo e operativo, al fine di garantire condivisione ed equità di trattamento; il calendario delle UVM distrettuali viene definito annualmente entro il 31 gennaio.

Art. 8 – Ambiti di attività e rete dei servizi socio-sanitari del territorio

L'integrazione socio-sanitaria nel campo della salute mentale comprende i tre livelli previsti a livello nazionale dai LEA: territoriale, semiresidenziale, residenziale.

Livello territoriale

I soggetti firmatari della convenzione mettono a disposizione le risorse professionali, strumentali ed economiche, nei limiti di disponibilità presenti e secondo quanto previsto nei Regolamenti vigenti, per sostenere la permanenza della persona al domicilio e/o nel proprio contesto territoriale di riferimento.

La realizzazione di tali interventi viene definita all'interno della UVM e del Progetto Personalizzato Socio-Sanitario.

I tipi di intervento attivabili sono pertanto:

1. Interventi di sostegno al reddito. Gli Enti Locali sono titolari delle prestazioni economiche nei confronti di tutti i cittadini secondo i regolamenti approvati, così come previsto dalla legislazione nazionale e regionale (L. 328/00 e L.R. 2/2003). Compete al Servizio Sociale Professionale la presa in carico dell'utente per questo tipo di intervento.
2. Politiche abitative. Tutti gli interventi che mettano in grado la persona con disturbi mentali, in quanto cittadino, di godere di una soddisfacente qualità dell'abitare nonché di far valere i propri diritti di accesso ai benefici previsti dalle politiche abitative rivolte alla generalità della popolazione e che devono essere garantite dagli Enti Locali anche tramite l'ACER. Ciò non esclude la promozione di accordi tra le amministrazioni locali, l'ACER e l'Azienda USL relativamente alla disponibilità di beni immobiliari finalizzati alla realizzazione di strutture socio-sanitarie a media/bassa protezione (gruppi appartamento, comunità alloggio). I Comuni del Distretto 7 concorrono allo sviluppo di azioni per favorire l'accesso alla casa da parte dei pazienti psichiatrici e/o disturbo da uso di sostanze e GAP; in particolare si impegnano ad agevolare percorsi di autonomia volti al conseguimento di ulteriori tappe evolutive per utenti, stabilizzati e in situazioni di buon compenso clinico, in uscita da strutture residenziali. Compete nello specifico al Servizio Sociale Territoriale fornire informazioni sui percorsi d'accesso agli alloggi di edilizia residenziale pubblica e ai contributi volti al sostegno del pagamento del canone di locazione;
3. Assistenza domiciliare Il servizio di Assistenza Domiciliare interviene per sostenere la permanenza al proprio domicilio delle persone con problemi di parziale o totale non autosufficienza psico-fisica, rimuovendo gli ostacoli e valorizzando le risorse della rete parentale e sociale tramite interventi professionali adeguati ai bisogni, nel pieno rispetto

delle volontà degli stili di vita espressi dalla persona. Il servizio viene realizzato dai Comuni del Distretto e la sua attivazione compete all'Assistente Sociale responsabile del caso, nelle modalità di realizzazione e di compartecipazione alla spesa previste dalla normative di riferimento e dai regolamenti comunali in vigore. Gli interventi vengono condivisi e definiti in U.V.M. e realizzati a partire dalla definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) frutto dell'integrazione delle diverse competenze e responsabilità delle figure professionali coinvolte, strumento di lavoro utilizzato dal gestore del Servizio. Il P.A.I. contiene gli obiettivi da raggiungere, la tipologia e la quantità delle prestazioni da erogare, i tempi e le modalità di verifica. Il Medico Psichiatra e/o i Referenti SDP, congiuntamente alla Assistente Sociale responsabile del caso specifico, sono tenuti a:

- condividere il progetto di intervento con l'utente e i familiari;
- fornire gli elementi sanitari necessari per definire al meglio il P.A.I.;
- garantire la sua professionalità a sostegno degli operatori che poi dovranno gestire gli interventi;
- essere presenti alle verifiche programmate e nei momenti in cui l'utente mette in atto comportamenti che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

4. Inserimento Etero-familiare i Adulti

Si tratta di progetti specifici rivolti a persone adulte che soffrono di disturbi psichici e che prevede l'integrazione di una persona seguita dai Servizi DSM/DP e dal Servizio Sociale all'interno di una famiglia selezionata e riconosciuta come appropriata dagli stessi servizi.

A tale rapporto di convivenza entrambi i Servizi sono chiamati a garantire adeguato supporto organizzativo, economico e di cura clinico/relazionale.

5. Inserimenti lavorativi. L'inserimento lavorativo presenta evidenti vantaggi per la persona con disturbo mentale, quali una buona opportunità di integrazione sociale, di prevenzione di stati di inattività ed emarginazione e di miglioramento delle capacità sociali e comunicative. Si inserisce tra gli interventi che hanno come finalità ultima il miglioramento della qualità di vita della persona e non solo la risposta ad un bisogno contingente. La realizzazione di percorsi di inserimento lavorativo necessita di un lavoro integrato non solo tra parti sociali e sanitarie ma anche con gli altri soggetti coinvolti dalla normativa nazionale e regionale in materia di collocamento mirato e realizzazione di progetti di tirocinio (strumenti principali, questi ultimi, nell'attuazione dell'avvicinamento al mondo del lavoro).

Gli interventi che vengono garantiti in questo ambito specifico sono:

- azioni volte allo sviluppo e al mantenimento di abilità lavorative individuali;
- creazione di opportunità lavorative attraverso le politiche del collocamento mirato.

L'apporto degli specialisti del CSM e del SDP è rivolto in particolar modo a realizzare un supporto terapeutico costante sia nel momento del primo inserimento sia, soprattutto, nel periodo successivo così da limitare il numero dei fallimenti occupazionali e delle loro ricadute negative sia sulla persona con disagio che sull'azienda che ha ospitato il percorso.

Al referente del progetto per parte sanitaria, responsabile del caso compete in particolar modo la valutazione sull'opportunità dell'avvio del percorso di inserimento lavorativo rispetto alla situazione clinica della persona interessata.

L'apporto dei Servizi Sociali territoriali consisterà nel coordinamento e nella gestione dei programmi regionali e provinciali finalizzati alla stabilizzazione occupazionale, nel coordinamento dei percorsi della L. 68/99 e nella realizzazione dei singoli progetti di intervento attraverso l'apporto di operatori specializzati, nel più generale collegamento con il mondo del lavoro.

Compete all'équipe integrata:

- informare l'utente dei percorsi lavorativi attivabili nonché degli iter di riconoscimento delle certificazioni di svantaggio che possono agevolare alcuni percorsi specifici;
- sostenere e rinforzare la motivazione della persona ad intraprendere il percorso lavorativo sia nella fase di avvio dell'esperienza che in itinere;

- partecipare alle verifiche periodiche sull'andamento del percorso lavorativo e mettere in atto tutti gli interventi che si rendano necessari per la prosecuzione e il buon andamento dell'attività lavorativa.

L'inserimento della persona all'interno dei percorsi di avvicinamento al mondo del lavoro avviene a seguito di valutazione della UVM nelle modalità sopra riportate.

6. Interventi di inclusione sociale.

Riguardano anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore e della cittadinanza, i seguenti obiettivi:

- facilitazione dell'inclusione sociale di persone con disagio psichico tramite attività di volontariato e tempo libero offerto dagli Enti, che a diverso livello operano nel territorio, tramite la valorizzazione di risorse individuali e collettive;
- sensibilizzazione, formazione, informazione del territorio sui temi legati alla salute e nello specifico alla salute mentale, soprattutto in riferimento al forte stigma ancora connesso col mondo della salute mentale;
- diffusione di un'idea positiva di salute mentale come oggetto di responsabilità collettiva e creatrice di capitale sociale per il territorio;
- favorire la possibilità dei cittadini del Distretto di spostarsi tra i diversi Comuni del Distretto, incrementando la rete dei trasporti locali pubblici e del Privato Sociale, e attraverso la promozione di iniziative individuali o comuni es. di car sharing.

Un'azione peculiare in tale ambito è svolta dal DSM DP tramite il Progetto Social Point con valenza provinciale.

7. Promozione della salute mentale.

Comuni del Distretto e Azienda USL sono chiamati alla definizione ed alla realizzazione di politiche e programmi rivolti alla promozione della salute mentale, partecipati e condivisi dalle altre Istituzioni del territorio (scuola per es), dal Terzo Settore e dai Cittadini portatori d'interesse. L'obiettivo prioritario è la messa in atto di azioni per il contrasto alla stigmatizzazione ed all'isolamento (del singolo individuo, del suo sistema di relazioni, dei servizi che se ne occupano), che spesso si associano alla malattia mentale, alla dipendenza, alle difficoltà neuro-psicologiche in ogni età della vita. Si intende quindi perseguire una modalità di intervento costituita da azioni di promozione di una cultura della salute mentale e del benessere complessivo del singolo individuo e della sua Comunità.

Ciò può essere perseguito:

- fornendo informazioni corrette alla cittadinanza sulla salute e la malattia mentale, sui corretti stili di vita e sui rischi, mediante canali comunicativi efficaci e di sicura penetrazione, per rendere più semplice sia l'accesso alle cure che le scelte di salute;
- valorizzando pubblicamente le risorse che malati, familiari, comunità e servizi possono esprimere e consegnare alla collettività in tema di salute e sostenere, così, i processi di empowerment individuale e collettivo;
- svolgendo opera di informazione e formazione sulle persone che svolgono un ruolo cruciale nel riconoscimento ed orientamento dei cittadini con disturbi mentali e nella risposta ai loro bisogni;
- effettuando iniziative di promozione del diritto di cittadinanza attiva e partecipata dei cittadini con disturbi mentali.

Comuni e Azienda USL collaborano nella attuazione a livello locale degli eventi previsti all'interno della "Settimana della Salute Mentale" in un'ottica di promozione del benessere di comunità.

- ▲ *Sussidiarietà orizzontale.* Particolarmente da incentivare sono quelle iniziative realizzate per scopi non lucrativi da soggetti che, a vario titolo (familiari, operatori, volontari, utenti, enti non commerciali, etc.) organizzano interventi in funzione dei bisogni, stimolando i servizi

esistenti ad una proficua evoluzione verso il rispetto dei principi di: centralità della persona e valorizzazione della sua soggettività, empowerment, responsabilizzazione e protagonismo dell'utente; nell'ambito di tale livello d'intervento gli Enti del Distretto nel rispetto delle normative regionali e nazionali in materia di associazionismo/volontariato potranno valorizzare ed incentivare l'azione di formazioni sociali attive sul territorio.

- ▲ *Prevenzione.* In un contesto nel quale gli stili di vita influenzano la salute della popolazione più di ogni altro fattore, le attività di prevenzione universale, selettiva ed indicata devono avere una preminenza assoluta nell'ottica del perseguimento del benessere complessivo della comunità. Si ritiene che il perseguimento di questo obiettivo debba avvalersi di una progettazione per obiettivi chiari e condivisi definiti attraverso la concertazione, l'intersectorialità e la non frammentarietà (lettura congiunta dei bisogni e dei fenomeni, individuazione delle priorità, programmazione specifica).

Livello semiresidenziale

Per quanto attiene all'assistenza semiresidenziale il DSM DP è dotato di Centri Diurni contesti sanitari nei quali vengono perseguiti obiettivi di riabilitazione volta al mantenimento e al recupero di abilità residue.

Già in questa fase, i percorsi possono essere progettati con il coinvolgimento dei Servizi Sociali e utenti e/o famiglie e possono costituire un valido aiuto al sostegno domiciliare e situazioni di sollievo del carico familiare e proseguire all'interno di percorsi socio-sanitari personalizzati.

Livello residenziale

È composto da una rete articolata sia nel segmento sanitario che socio-sanitario.

La rete delle *strutture residenziali sanitarie* è garantita dalla Azienda USL a livello provinciale con modalità a gestione diretta da parte del DSM-DP, attraverso le strutture private accreditate (AIOP), attraverso il privato no profit.

I progetti individuali, dedicati in particolare ai programmi di superamento della lungodegenza, vengono effettuati presso le strutture collocate sia a livello distrettuale sia provinciale.

Per quanto riguarda le Dipendenze Patologiche la rete delle strutture residenziali sanitarie è altresì garantita dalla Azienda USL tramite il DSM-DP attraverso Enti accreditati per le tossicodipendenze con contratti di servizio con il DSM-DP.

La *rete dei servizi residenziali socio-sanitari* è garantita da Comunità alloggio e Gruppi appartamento, differenziati in base all'intensità dell'assistenza socio-sanitaria. Tali strutture abitative hanno la funzione di sostenere e accompagnare le persone che esprimono disagio psichico, sulla base di progetti personalizzati, nella riappropriazione della dignità e autonomia della persona e non devono essere concepite come una soluzione abitativa permanente. Il progetto personalizzato, definito in ingresso deve rispondere ai bisogni specifici della persona e deve prevedere obiettivi di uscita, tempi di verifica e modalità di dimissioni.

Tale rete è composta dagli appartamenti e comunità alloggio nel distretto di Castelfranco e nel distretto di Modena.

Art. 9 – Altri ambiti di integrazione

Dimissioni protette

Per quanto attiene le dimissioni protette di persone non conosciute dai Servizi sociali o sanitari e segnalate da reparti non psichiatrici, si attuano le modalità di intervento proprie del protocollo sulle dimissioni protette che individua quale punto unico di accesso di tutte le segnalazioni il PUASS situato presso la Casa della Salute di Castelfranco Emilia che garantisce la necessaria collaborazione per attivare l'UVM, così come definita sopra, al fine di definire e attuare un Progetto Individualizzato mirato a rispondere ai bisogni della persona, in tal caso all'UVM partecipa l'assistente sociale operante presso il PUASS.

Quando invece è in atto una presa in carico congiunta tra servizio sociale territoriale e Servizi DSM/DP, le dimissioni devono essere gestite congiuntamente e congiuntamente dovranno essere fatti gli incontri nei presidi al fine di predisporre il percorso di dimissione del paziente.

Gli operatori che seguono il caso dovranno definire il progetto d'intervento qualora quello esistente non sia più idoneo o vada potenziato, valutando l'opportunità del coinvolgimento della UVM.

Nel caso in cui il paziente non sia conosciuto dal servizio sociale e gli operatori referenti DSM/DP ravvisino la necessità di una presa in carico congiunta, egli stesso provvederà a segnalare la situazione al Responsabile del Servizio Sociale Territoriale del Comune di Residenza per l'assegnazione di un Assistente Sociale.

In tutti i casi, in UVM, una volta definito il percorso qualora sia prevista l'attivazione di risorse in ambito socio-sanitario, dovrà essere redatto congiuntamente, dovrà essere validato da entrambi i responsabili dei servizi ai fini dell'autorizzazione all'impegno di spesa.

Lavoro integrato nelle situazioni di famiglie con minori

L'operatore del Servizio Sociale Professionale ambito tutela minori viene a contatto con situazioni di adulti in evidente difficoltà nell'esercizio delle funzioni genitoriali e/o parentali.

Generalmente i problemi relativi alla genitorialità vengono affrontati all'interno dell'apposita équipe; possono però emergere necessità di consulenza o di cura per gli adulti che presentano patologie di pertinenza dei Professionisti DSM/DP

A fronte di tali situazioni complesse e in particolare quando emerge la necessità di interventi integrativi e/o sostitutivi della famiglia (es. segnalazioni al Tribunale dei minori, affidamento familiare, provvedimento di allontanamento, etc.) il lavoro integrato tra servizio sociale territoriale, équipe psicosociale, Servizi DSM/DP diviene risorsa indispensabile per fornire le valutazioni utili, per definire le capacità degli adulti di esercitare adeguatamente le funzioni genitoriali, per calibrare gli interventi sociali e terapeutici necessari.

Qualora un operatore dei Servizi DSM/DP venga a conoscenza di una situazione di ipotesi di abuso o di grave rischio è tenuto a segnalare, per legge, alla Magistratura, eventualmente, se lo ritiene utile, dopo un confronto con il servizio sociale.

Lavoro integrato nelle situazioni di disabilità plurima con compromissione psichiatrica

Diverse persone disabili presentano una compromissione psichiatrica in un quadro di disabilità plurima. Si tratta di persone con disabilità mentale e psichica intendendo, con tale definizione, le situazioni di persone con autismo, psicosi ad insorgenza precoce (infantile), problematiche comportamentali connesse a condizione di ritardo mentale congenito o insorto in età infantile; situazioni complesse in cui sono presenti compromissioni psichiatriche in un quadro di disabilità plurima.

Rientrano, inoltre, in tali casistiche anche le situazioni di persone con disabilità acquisita in particolare quelle con sindromi frontali (a cui conseguono danni cognitivi che presentano disturbi, distorsioni nella formulazione del pensiero e di contatto con la realtà).

Le persone che presentano tali situazioni di disabilità plurima e che sono in carico al Servizio sociale sono in carico in forma integrata a:

- Servizio sociale professionale
- Servizi sanitari relativi all'ambito della disabilità (MMG, fisiatra...)
- Servizi sanitari specialistici (es. neurologia)

Qualora gli operatori del Servizio Sociale Territoriale ravvisino la necessità di una presa in carico congiunta su una specifica situazione, viene inviata al Responsabile del CSM una richiesta di partecipazione a specifica UVM.

Continuità con la maggiore età

Si rimanda alla procedura aziendale denominata: "Continuità assistenziale degli utenti in carico al Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza" e alla procedura allegata.

Continuità con il settore anziani

Vengono confermate le indicazioni contenute nella D.G.R. 313/09 in merito alla continuità ed integrazione con l'area anziani.

Per quanto riguarda l'invecchiamento delle persone ospitate nelle strutture dell'area salute mentale e dipendenze patologiche viene confermato il criterio che in termini generali la persona con disturbi mentali portatrice di bisogni socio-assistenziali in assenza di disabilità fisiche e compromissioni cognitive proprie dell'età avanzata deve continuare ad essere assistita nelle strutture socio-sanitarie dell'area salute mentale o dipendenze patologiche, indipendentemente dall'età anagrafica.

La D.G.R. 313/09 ha infatti previsto che gli inserimenti in strutture per anziani sono possibili soltanto in quei casi che presentano caratteristiche proprie e prevalenti degli anziani, pur in presenza di patologie psichiatriche stabilizzate e devono seguire le regole regionali proprie di tali tipologie di strutture.

Devono comunque essere salvaguardate le seguenti esigenze:

- la presa in carico clinica da parte del DSM DP dovrà riguardare l'intero arco della vita con garanzia di continuità assistenziale;
- nel caso di sopravvenienza di malattie senili degenerative deve essere garantita la possibilità al cittadino con disturbo mentale di essere inserito nella tipologia di struttura più appropriata sulla base dei suoi bisogni specifici ricorrendo, se necessario, ai servizi e alle strutture per anziani e adottando, in questi casi, gli stessi criteri di finanziamento e compartecipazione già previsti per questa tipologia; l'accesso a tali servizi avviene attraverso la valutazione multidimensionale; il DSM/DP svilupperà uno specifico protocollo per la gestione integrata, insieme ai MMG, di cittadini affetti da Deficit Cognitivo con disturbi del comportamento insieme al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze.
- l'equilibrio e la sostenibilità dal punto di vista gestionale e relazionale della struttura per anziani che accoglie una persona con problemi psichiatrici e/o di dipendenza patologica.

Percorsi di progettazione condivisa con il mondo del volontariato e dell'associazionismo locale

I principi che stanno alla base della presente convenzione riconoscono un ruolo attivo alla comunità nella valutazione dei bisogni presenti e alla individuazione di risorse attivabili.

I firmatari si impegnano pertanto ad avviare e a partecipare ai percorsi di progettazione condivisa con i rappresentanti di Associazioni di volontariato e di promozione sociale del territorio distrettuale.

Art. 10 – Partecipazione alla spesa

La partecipazione alla spesa per la realizzazione degli interventi progettati in maniera integrata, di cui alla presente convenzione, fa riferimento alle normative e agli accordi in vigore in ogni ambito relativo a ciascun intervento.

Si precisa che:

- la retta delle **strutture sanitarie** è a carico del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche;
- la compartecipazione alla spesa per **percorsi residenziali socio-sanitari** (percorsi in comunità alloggio - gruppi appartamento del DSM DP, strutture protette per anziani, strutture per handicap), a partire dai nuovi inserimenti effettuati dal febbraio 2014, segue il criterio dell'85% a carico del DSM DP e la rimanente parte a carico dell'utente, ferma restando l'integrazione del Comune di residenza dell'utente nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico dell'intera sua quota.

Nel caso di utente in carico all'area handicap e al DSM-DP in struttura socio-sanitaria la quota della retta è posta a carico del FRNA nella misura del 75% e del 25% a carico dell'utente. Il Comune interviene quando l'utente non è in grado di farsi carico di parte o dell'intera sua quota. Il DSM-DP partecipa economicamente agli interventi aggiuntivi (es: Educatori, o altro personale di supporto).

Nel caso di anziano non autosufficiente o di adulto con patologia assimilabile all'area anziani (situazione accertata da valutazione UVM) la spesa va imputata al FRNA.

L'ingresso sui posti accreditati è determinato da una graduatoria; in attesa del posto accreditato disponibile, l'utente verrà inserito in posti residenziali autorizzati con la ripartizione della spesa dell'85% a carico DSM-DP - 15% a carico dell'utente, con eventuale integrazione, se necessaria, del Comune.

- la compartecipazione alla spesa per **percorsi d'abitare supportato** secondo la metodologia del budget di salute (assistenza domiciliare, affittacamere, contributi a sostegno della domiciliarità, alberghi, ecc..) prevede che, una volta sottratto il contributo dell'utente, la quota rimanente è suddivisa al 50% a carico dell'Azienda e rimanente 50% a carico dell'Amministrazione Comunale.

Nel caso specifico di Inserimento Etero-familiare di Adulti, il contributo mensile riconosciuto alla famiglia/adulto accogliente è al 50% a carico del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, al 50% a carico del Comune di residenza dell'utente. Alla famiglia/adulto accogliente verrà riconosciuto un contributo mensile quantificato in euro 1.050,00 al mese per progetti a tempo pieno, mentre per i progetti a tempo parziale si prevede che l'entità effettiva del contributo sia riparametrata in modo proporzionale alla quantità del tempo dedicato.

Durata accoglienza	Importo mensile
Progetto a tempo pieno (24 ore giornaliere)	€ 1050,00
Progetto a tempo parziale (12 ore giornaliere)	€ 700,00
Progetto a tempo parziale (inferiore alle 12 ore giornaliere)	€ 350,00

- la spesa dei **percorsi socio-riabilitativi** nel laboratorio protetto DSM DP è a carico del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche;
- per la gestione dei **percorsi di inserimento lavorativo** tramite il Centro di Orientamento e Formazione al Lavoro, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche rimborsa ai Comuni del distretto una somma definita da specifici accordi.
- per gli interventi volti all'**inclusione sociale** il DSM DP e l'ente locale mettono a disposizione le proprie risorse in maniera integrata.

Art. 11 - Monitoraggio

Le parti convengono che le funzioni di monitoraggio e verifica dei risultati sull'attuazione della presente convenzione sono svolte dall'Ufficio di Piano composta da rappresentanti dei Comuni e del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche così come strutturato da apposita convenzione tra le parti.

L'UdP trasmette le proprie valutazioni al Comitato di Distretto cui rimangono in capo le funzioni di programmazione nell'ambito della materia trattata dalla presente convenzione.

Art. 12 Durata e controversie

La presente convenzione regola i rapporti assistenziali tra le parti sottoscrittrici a partire dal _____ fino al _____. Per eventuali controversie il foro competente è quello del Tribunale di Modena.

Letto approvato e sottoscritto li.....

I Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni di Castelfranco Emilia / San Cesario / Unione del Sorbara	Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
	Il Direttore del Distretto di Castelfranco Emilia