

## **Programma per l'integrazione ed il coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie nel campo della tutela, della cura e della riabilitazione della salute mentale tra Comune di Modena ed Azienda USL Distretto n.3**

### **PREMESSO CHE:**

Il DSM-DP dell'A.USL di Modena ed il Comune di Modena hanno sviluppato da molti anni modalità di collaborazione connotate da un approccio integrato – sul piano culturale, organizzativo e professionale – per la cura e la recovery delle persone con disagio psichico. In particolare, in armonia con quanto definito dal piano sociale e sanitario, sono ormai obiettivi consolidati nella realizzazione di un sistema integrato sociale e sanitario:

- La tutela dei diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichiatrico o disturbo mentale;
- La garanzia del libero accesso ai servizi sociali o sanitari come forma di superamento di ogni forma di pregiudizio per la crescita di una cultura che tenda all'esclusione dello stigma nei confronti delle persone con disturbo psichico, neuropsicologico dell'infanzia e disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo patologico;
- La produzione di servizi essenziali e prestazioni appropriate, assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale di tutte le risorse;
- La garanzia di prestazioni e servizi che pongono al centro i bisogni delle persone;
- Un'effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi con il fine di fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;
- Un alto livello etico nei trattamenti, particolarmente nel caso di utenti con ridotta autonomia personale;
- La partecipazione delle Associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale ed imprenditoriale, quale valore e risorsa imprescindibile per la progettazione;
- La garanzia che il destinatario dell'intervento, per tutto il percorso di cura, rimanga "soggetto agente", e possa essergli sempre garantita un'attiva partecipazione e un diritto di scelta;
- Lo sviluppo e il consolidamento dei progetti inerenti il supporto alla domiciliari e alla residenzialità socio-sanitaria, l'inserimento lavorativo, le attività per favorire la socializzazione e l'integrazione sociale;

### **VISTE le normative che seguono:**

- L.328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali",
- DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

- DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- LR. 2/2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- LR. 29/2004 “Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Sistema Sanitario Regionale”;
- LR. 14/2008 “Norme in materia di politiche per le giovani generazioni”;
- "Piano Attuativo Salute Mentale 2009/ 2011," approvato con DGR. n. 313/2009;
- Accordo di Programma Provinciale per l'integrazione scolastica di allievi con disabilità nelle scuole di ogni ordine e grado
- Direttiva regionale in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari approvata con DGR. n. 1904/2011e successive modifiche e integrazioni;
- Direttiva regionale relativa alle linee di indirizzo per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere ed alle linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso " approvata con DGR 1677/2013;
- Direttiva regionale relativa alle linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento, approvata con DGR 1102/2014;
- Protocollo d'intesa per le strategie di intervento e prevenzione sull'abuso e la violenza all'infanzia e all'adolescenza della Provincia di Modena sottoscritto in data 27 ottobre 2003e successive modificazioni;
- Delibera di Giunta Regionale 478/2013 con la quale si approvava il "Piano attuativo Salute Mentale".
- Delibera di Giunta comunale 431/2013 con la quale si approvava il Programma attuativo 2013 - 2014 del Piano distrettuale per il benessere e la salute della città di Modena;
- Accordo di Programma tra Comune di Modena, Settore Politiche Sociali e Sanitarie e l'Azienda USL di Modena, Distretto 3 -Dipartimento Salute Mentale- anno 2009/2011, rinnovato in allegato al Piano distrettuale per il benessere e la salute della città di Modena;
- diverse Convenzioni fra il Settore Politiche sociali, sanitarie e per l'integrazione e il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche, per l'integrazione ed il coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie nel campo della salute mentale e della cura e riabilitazione dei disturbi psichici, che richiavano fra l'altro il protocollo “Budget di Salute” relativo alla progettualità integrata rispetto all'abitare, al reinserimento lavorativo e alla promozione della socializzazione condiviso tra Servizi e Associazioni di Volontariato e Terzo Settore;
- Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2013
- Piano Attuativo Locale 2011-2013 della provincia di Modena

**SENTITO** il parere favorevole espresso dai soggetti interessati in merito ai contenuti del Programma

**TRA**

il Dirigente del Comune di Modena

**E**

il Direttore dell'A.U.S.L. di Modena

**SI CONVIENE IL SEGUENTE “Programma per l’integrazione ed il coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie nel campo della tutela, della cura e della riabilitazione della salute mentale”**

## **Art.1 Finalità e oggetto del Programma**

Il Programma, in sintonia con i documenti di programmazione nazionali e regionali, definisce come prioritario l'intervento integrato di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio mentale e neuro-cognitivo, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale.

L'oggetto del Programma consiste perciò nello sviluppo integrato di una rete di servizi, di interventi e di progetti personalizzati di natura sanitaria, sociale e sociosanitaria grazie all'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie.

Pertanto il Programma si configura come strumento specifico per assicurare la congruenza fra l'allocazione delle risorse e la definizione delle azioni e degli interventi necessari alle progettualità condivise.

## **Art.2 Valori di riferimento**

Il Sistema integrato dei Servizi riconosce come proprio fondamento i seguenti valori: la ***lotta allo stigma***, la ***partecipazione***, la ***prevenzione e promozione della salute mentale***, la ***integrazione***, la ***continuità assistenziale***, la ***innovazione***, la ***verificabilità***.

La ***lotta allo stigma e al pregiudizio*** nei confronti del malato e del suo contesto previene e contrasta l'esclusione e l'emarginazione. I Servizi, pertanto, perseguendo l'obiettivo dell'integrazione dell'individuo con disagio psichico e della sua famiglia, si impegnano a promuovere una diversa visione della persona valorizzandone le conoscenze, abilità e capacità. In tal modo anche all'interno dei Servizi viene promossa una cultura orientata ad una diversa concezione dell'utenza: è così che il cittadino da "assistito" diviene "protagonista" ed inizia a conseguire un senso di padronanza e di controllo su di sé e sul proprio ambiente partecipando alla definizione del proprio processo di cura e di vita.

Pertanto la ***partecipazione*** diventa una restituzione di responsabilità in quanto la centralità dell'utente e della sua famiglia per il minore, assume una connotazione sempre più rilevante in tutte le fasi del processo metodologico e l'individuo può partecipare attivamente alla definizione della situazione problematica su cui si basa la progettazione integrata.

***Prevenire il disagio mentale e promuovere il benessere psichico*** consente ai Cittadini di ridurre il gap tra l'esordio della malattia e il ricorso all'aiuto da parte dei Servizi, agevolare il ricorso alle cure ed all'assistenza delle persone con malattia attraverso politiche dell'accesso chiare e condivise nei loro principi, sono tutti fattori di sviluppo della Società e di sostenibilità del welfare.

Ragionare in termini di sanità pubblica, di promozione e tutela della salute mentale, garantisce alla Comunità equità e contrasto delle disuguaglianze, ponendo le popolazioni e gli individui al centro degli interventi al fine di ottenere il più alto livello di salute possibile, in quel contesto, e in quella fase storica.

La salute mentale, infatti, deve essere promossa come elemento a valenza eziologica rispetto ai rischi per la salute bio-psico-sociale individuale e collettiva poiché "senza salute mentale non c'è salute".

Attraverso l'**integrazione** degli interventi gli operatori dei Servizi delle Politiche Sociali, insieme con quelli dei Servizi sanitari, vengono a costituire un'equipe inter-servizi che, insieme alla persona e al suo contesto familiare, analizza e valuta la situazione di bisogno utilizzando i contributi, le conoscenze e le risorse propri di ogni professionalità ed ambito.

La **continuità assistenziale** garantisce la continuità della relazione di cura nei diversi contesti di vita, la tempestività, la specificità ed l'appropriatezza degli interventi, la disponibilità a renderli in forma coordinata ed integrata, ma soprattutto si sostanzia nell'autenticità della relazione di cura. Vale a dire che ogni intervento, oltre ad essere tecnicamente fondato, deve anche prevedere una presa di coscienza degli Operatori rispetto agli aspetti etici, in quanto cittadini a loro volta e, peraltro legati ad una deontologia professionale.

I profondi mutamenti socio-demografici e culturali che permeano le nostre comunità ci chiamano ad una rinnovata assunzione di responsabilità nell'esercizio del nostro mandato istituzionale. I rapidi cambiamenti dello scenario sociale inducono spesso irrigidimenti identitari ed autoreferenzialità, proprio là dove innovazione e sperimentazione sarebbero più necessarie. L'**innovazione** e la sperimentazione richiedono rinnovate competenze professionali e organizzative come condizioni essenziali per una riprogettazione dei servizi, in un'ottica di flessibilità e di sempre maggiore attinenza al contesto sociale di riferimento.

Infine, la **verificabilità** rappresenta un valore fondante in quanto riconosce ad ogni soggetto il diritto di controllare che i fatti corrispondano agli impegni dichiarati ed, al contempo, a poter documentare e vedere valorizzato quanto il singolo o il servizio abbiano responsabilmente operato. Ciò implica una chiara definizione dei processi di attività e degli standard dei prodotti offerti, una declinazione degli impegni non solo su base etica ed ideologica, ma concretamente radicata nei contenuti e nelle pratiche.

Nell'esercizio delle loro funzioni i soggetti che aderiscono al Programma si attengono ai principi di seguito indicati, che definiscono il rapporto con il cittadino, i criteri di priorità, le relazioni tra i servizi in ottica di tutela della dignità della persona. In tal modo si intende anche valorizzare il patrimonio umano e sociale di cui l'individuo è espressione al fine di personalizzare l'intervento considerando la persona nella sua interezza e tenendo conto della evoluzione dei suoi bisogni e del loro mutare nel tempo attraverso:

- Massima valorizzazione del contesto familiare dell'utente e del ruolo del caregiver;
- Gestione unitaria ed integrata delle risorse di rete, incentrata sulla formulazione congiunta di progetti individuali che garantiscano integrazione e continuità delle prestazioni;
- Condivisione di una metodologia di lavoro congiunta, basata sulla discussione dei casi e sulla formulazione di progetti individuali integrati;
- Assunzione di corresponsabilità da parte di tutti i soggetti firmatari dell'Accordo sui progetti e sulla gestione delle risorse;
- Massima attenzione alla comunicazione tra i servizi interessati, pubblici e privati e alla implementazione di una cultura dei servizi basata sui temi della recovery per ridurre la marginalità sociale.

### **Art.3 Soggetti del Programma**

I soggetti **del Programma**, che si impegnano a mettere a disposizione direttamente o tramite convenzione, strutture e risorse che garantiscono prestazioni socio-assistenziali e sanitarie alla popolazione affetta da disturbi mentali, dipendenza patologica e patologie neuro-psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza sono:

- il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- il Comune di Modena

**Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)** è il sistema di servizi che integra le aree di Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipendenze Patologiche e Psicologia Clinica così come definito dalle linee guida regionali. L'approccio è globale e riguarda prevenzione, cura, riabilitazione e continuità delle cure. I punti di accesso alla rete dei servizi sono il Centro di Salute Mentale (CSM) per l'assistenza agli adulti, il Centro di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CNPIA) dedicato ai minori, il Servizio Dipendenze Patologiche (SDP) e il Centro di Psicologia Clinica. Da parte di questi Servizi vengono realizzate attività ambulatoriali e domiciliari di risposta alle urgenze-emergenze, di consulenza ai Pediatri di Libera Scelta e ai Medici di Medicina Generale e alle strutture ospedaliere, di presa in carico di tutte le situazioni che necessitano interventi terapeutico-riabilitativi (valutazione diagnostica, trattamento, elaborazione e conduzione del programma terapeutico-riabilitativo).

In particolare vengono previste, sia per i pazienti della salute mentale adulti, sia per i pazienti delle dipendenze patologiche, percorsi di assistenza socio-sanitaria che consentono di realizzare progetti integrati e flessibili, di residenzialità e abitare supportato, per ridurre il rischio di ospedalizzazioni inappropriate o di discontinuità assistenziale sul territorio dopo le dimissioni da strutture sanitarie/socio-sanitarie; di reinserimento nel mondo del lavoro attraverso percorsi riabilitativi e i tirocini formativi previsti dalla legge; di reinserimento nella vita di comunità attraverso i percorsi di socializzazione;

Analogamente, per quanto riguarda gli utenti della NPPIA, vengono attivati percorsi di integrazione scolastica e assistenza socio-sanitaria per la realizzazione di progetti integrati e flessibili.

Per quanto riguarda la Psicologia Clinica, questo Settore del DSM-DP, accanto alla sua funzione di cura e prevenzione nei Centri Adolescenza connessi agli Spazi Giovani dei Consultori, nei Centri di Psicologia Clinica Adulti e nei Centri di Terapia Familiare inseriti nei processi assistenziali territoriali, ha la gestione diretta delle attività di Tutela del Minore, in integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni.

**Il Settore Politiche Sociali Sanitarie e per l'integrazione del Comune di Modena** svolge tutte le funzioni in materia di servizi sociali e socio-sanitari di cui il Comune è titolare; nello specifico, persegue la finalità di rimuovere o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio dei singoli o delle famiglie derivanti da limitazioni personali e sociali e/o da condizione di non autosufficienza, promuovendo la realizzazione di una rete di servizi sociali, sanitari ed educativi integrata fra tutti i soggetti pubblici e privati presenti sul territorio.

Il cittadino può accedere agli interventi, servizi e progetti promossi e realizzati dal settore attraverso i Poli Sociali Territoriali o il Centro Stranieri.

I **Poli Sociali Territoriali** svolgono le funzioni di accoglienza, orientamento, consulenza e presa in carico delle famiglie che presentano una situazione di difficoltà o disagio; le progettazioni sono

tese ad offrire risposte ai normali bisogni e problematiche evolutive ma anche a problematiche sociali e assistenziali legate a condizioni di totale o parziale non autosufficienza psico-fisica o di carenze educative o genitoriali. Il sostegno alla persona o/e alla famiglia è caratterizzato da un insieme di attività finalizzate alla comprensione della situazione ed alla definizione condivisa dei bisogni e delle risorse disponibili. L'attivazione di risorse (relazionali, economiche, sociali, educative) avviene sempre all'interno di una progettazione condivisa con l'utente, il cui obiettivo è quello di raggiungere o mantenere la migliore condizione possibile, in relazione alla specifica situazione. I poli sociali sono pertanto il punto di accesso dei cittadini al servizio ed il luogo della progettazione e dell'accompagnamento verso percorsi di autonomia o di maggior benessere possibile; nel polo si svolge il lavoro professionale di rapporto e contatto con l'utente essendo la relazione di fiducia condizione per la realizzazione del progetto d'aiuto.

**Il Centro Stranieri** svolge funzioni di accoglienza, orientamento, consulenza e presa in carico rispetto ai cittadini stranieri domiciliati, o comunque presenti sul territorio, al fine di garantire percorsi di integrazione e/o di tutela dei diritti fondamentali. Gestisce, inoltre, progetti speciali rivolti ai richiedenti o titolari di protezione internazionale (SPRA), o a vittime di tratta o sfruttamento (Progetto Oltre la Strada). Lo strumento privilegiato di intervento è il progetto individuale e personalizzato, in cui sintetizzare gli obiettivi della presa in carico, i tempi e i reciproci impegni, sottoscritto dall'utente e da tutti i soggetti/servizi coinvolti nella progettazione. Ogni progetto di presa in carico ha un educatore referente, che può svolgere anche il ruolo di "tutor" rispetto a utenti senza una rete familiare presente sul territorio. L'attività di consulenza relativa alle procedure amministrative previste dalla normativa sul soggiorno in Italia per cittadini stranieri viene svolta anche nei confronti di enti e servizi del territorio, oltre che dell'intera cittadinanza.

#### **Art. 4 Destinatari del Programma**

Destinatari **del Programma** sono le persone con disagio mentale, neuro-cognitivo, disturbo da uso di sostanze o gioco d'azzardo e le loro famiglie, indipendentemente dall'età, che possono esprimere disagio sociale fino all'emarginazione.

L'integrazione tra Servizi Sociali del Comune di Modena e Servizi Sanitari in progetti individualizzati assicura al cittadino con disagio mentale ed alla sua famiglia di ridurre il rischio di emarginazione e di poter intervenire precocemente.

Oltre alle persone residenti nel Comune di Modena sono destinatari del presente Programma i cittadini italiani non residenti qualora necessitino di prestazioni socio sanitarie indifferibili.

Possono essere inoltre destinatari degli interventi i cittadini stranieri non residenti con un legame significativo con il territorio comunale. Sono da ritenersi legami significativi con il territorio i seguenti elementi:

- domicilio dichiarato, verificato tramite la Questura che ha rilasciato il permesso di soggiorno, qualora non risultante nel permesso di soggiorno (dimora abituale);
- ospitalità di fatto presso persone residenti sul territorio del distretto;
- comprovato svolgimento di un attività lavorativa, presso soggetti economici presenti sul territorio del Distretto;
- presenza di parenti residenti o domiciliati nel Distretto

- elementi che fanno emergere una effettiva e non sporadica permanenza sul territorio

Rientrano altresì persone inserite nei progetti speciali gestiti dal Centro Stranieri (SPRAR, OLS, emergenze umanitarie).

Tra i destinatari del Programma sono incluse le persone – appartenenti alla casistica sopra riportata – detenute presso la Casa Circondariale di Modena.

## **Art 5 Organismi del Programma**

Sono organismi per la realizzazione, il monitoraggio e la valutazione del Programma: il Comitato di Distretto e l'Ufficio di Piano.

Il **Comitato di Distretto** è l'organo di indirizzo politico e di garanzia dell'attuazione delle politiche distrettuali integrate socio-sanitarie; ha il compito di governare la programmazione attraverso lo strumento del Piano di Zona per la Salute e il Benessere sociale e di verificarne l'attuazione.

L'**Ufficio di Piano** è lo strumento tecnico a supporto del Comitato di Distretto per lo svolgimento delle funzioni di programmazione, regolazione e della committenza con particolare riferimento all'ambito socio-sanitario.

## **Art. 6 Accesso ai Servizi**

Fra gli obiettivi prioritari del presente Programma vi è quello di sviluppare, diffondere e praticare modalità di lavoro integrato, tra DSM-DP ed Comune di Modena in collaborazione con l'utente e la sua famiglia, nelle diverse fasi ed ambiti dell'intervento di rete: **accesso, consulenza e presa in carico** rispetto al percorso riabilitativo e della recovery.

I **punti di accesso** per il cittadino con disagio psichico **alla rete integrata socio sanitaria** sono i **Servizi territoriali**:

- *CSM*
- *SDP*
- *Psicologia Clinica*
- *Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)*
- *Centri Adolescenza*
- *Servizio Sociale territoriale ~~attraverso lo Sportello Sociale~~*
- *Centro Stranieri*
- *PUASS*

L'accesso alle sedi dei Servizi territoriali può essere effettuato direttamente da parte del cittadino interessato, di un familiare, del tutore giuridico o dall'AdS ovvero tramite il MMG/PLS, o altri servizi sanitari o su richiesta reciproca dei servizi sanitari e sociali.

I soggetti che aderiscono al Programma riconoscono che la persona affetta da disturbi mentali, disabilità mentale e con disagio psicosociale, ha diritto di ricevere un'**accoglienza** tempestiva e

capace di indirizzare correttamente all'interno della rete dei Servizi senza deleghe o rimandi, a garanzia del massimo grado di specificità sui singoli bisogni espressi. I Cittadini hanno diritto inoltre, di ricevere informazioni esaustive e tempestive rispetto alle modalità di trattamento, alle tipologie di interventi e servizi eventualmente attivabili, eventuali alternative di cura e di assistenza.

#### **6.A. Richiesta di valutazione e consulenza**

Quando il professionista di parte sanitaria o sociale rileva problematiche che hanno la necessità, per essere più appropriatamente affrontate, di una valutazione e/o di una progettazione integrata, effettua una richiesta di valutazione all'altro Servizio.

La **richiesta di valutazione e/o segnalazione**, in forma scritta, deve essere inviata al Responsabile del Servizio di Riferimento.

- Quando la richiesta proviene dal **DSM-DP** la comunicazione deve essere inviata al Responsabile del Polo sociale di residenza dell'assistito, e per conoscenza, al Dirigente Responsabile del Servizio Sociale Territoriale. Le richieste relative a cittadini stranieri non residenti ed a persone in esecuzione penale vanno inviate al Responsabile dell'Ufficio integrazione sociale e per conoscenza, alla Dirigente del Servizio "Gestione e attivazione servizi diretti e indiretti".
- Nel caso di richieste da parte del **Settore Politiche Sociali Sanitarie per l'integrazione** le comunicazioni, possibilmente concordate con il MMG/PLS, devono essere inviate ai Responsabili territoriali, Est/Ovest sia per i CSM che per il SDP ed ai Responsabili della Psicologia Clinica e al Responsabile della Neuropsichiatria (CNPIA).
- Le richieste di valutazione e/o progettazione integrata rivolte alle **persone in età tardo-adulta ed anziana ospiti presso le Case Residenza cittadine** devono essere inviate al Responsabile CSM da parte del Coordinatore o del MMG referenti per la Struttura, inviandola contestualmente alla Dirigente del Servizio "Gestione e attivazione servizi diretti e indiretti" del Comune di Modena ed all'Area Fragilità (Dipartimento Cure Primarie) del Distretto.

La richiesta deve contenere una descrizione dettagliata del caso e la motivazione per cui si chiede l'attivazione dell'altro Servizio.

Uno dei possibili livelli di integrazione tra gli operatori del DSM-DP e del Settore Politiche Sociali, si realizza nell'ambito della **consulenza**. Questa si configura come una prestazione specialistica in cui uno dei due Servizi chiede all'altro un parere tecnico e di competenza rispetto ad una situazione riconosciuta come problematica. La risposta fornita da parte dello specialista, Sanitario o Sociale, potrà portare sia nuovi elementi di riflessione sul caso, che possono agevolare ed indirizzare chi ha in carico la situazione nella gestione della situazione problematica, sia il riconoscimento della necessità di una progettazione integrata.

Entrambi i servizi possono fornire consulenze reciproche su singole situazioni relative all'utenza, sia tramite una valutazione **diretta del caso**, sia, **indirettamente**, attraverso una riflessione e un confronto tra operatori.

Si possono perciò definire le azioni di consulenza come segue:

- **Consulenza rivolta ad una situazione problematica in presenza dell'utente/paziente.** Il più delle volte questo tipo di consulenza viene effettuata in compresenza degli operatori di entrambi i servizi dopo averne esplicitato il significato e l'utilità alla persona.
- **Consulenza indiretta, in assenza dell'utente/paziente, rivolta agli operatori che hanno in carico una situazione complessa.** Questo tipo di consulenza può realizzarsi sia come confronto e richiesta di un parere specialistico di un operatore di uno dei due servizi ad un collega dell'altro servizio, su di un caso complesso, sia come forma di consulenza al gruppo. Questa forma di consulenza potrebbe realizzarsi anche all'interno delle equipe congiunte.

**La consulenza da parte del professionista del DSM-DP presso le Case Residenza per Anziani e presso i Centri Socio-riabilitativi per Disabili adulti** viene attivata nei confronti degli ospiti con problematiche relative alla salute mentale; in questo caso lo specialista sanitario si rende disponibile per orientare il personale circa la migliore modalità di gestione del caso.

**La richiesta di valutazione e consulenza prestata dal Centro Stranieri** viene attivata nei confronti di tutti i cittadini e dei professionisti interessati, ed è relativa alla situazione giuridica e amministrativa sui documenti e le modalità per il soggiorno regolare dei cittadini stranieri. La richiesta di attivazione da parte dei Servizi sanitari e sociali viene inviata contestualmente al Responsabile del Centro Stranieri e al Responsabile dell'Ufficio Integrazione sociale.

Le richieste riguardanti **cittadini stranieri non residenti e/o non regolari** vanno inviate al Responsabile del Centro Stranieri, che ne cura l'istruttoria e la valutazione in accordo con l'Ufficio Integrazione sociale.

Le richieste relative alle **persone in esecuzione penale** vanno inviate al Responsabile dell'Ufficio Mediazione e Integrazione Sociale, che ne cura l'istruttoria e la valutazione, sempre in accordo con l'Ufficio Integrazione sociale. Tale Ufficio, una volta verificate le segnalazioni, provvede a trasmetterle ai Responsabili territoriali Est/Ovest, sia per i CSM che per il SDP.

## **6.B. Presa in carico integrata e Progettazione Personalizzata**

La riabilitazione psicosociale e il percorso verso la recovery passano attraverso una **“presa in carico integrata”**, modalità di intervento congiunto, da parte degli operatori del DSM-DP e del Settore Politiche Sociali, caratterizzato da una forte assunzione di responsabilità, rispetto alla progettazione e alla messa in atto di progetti personalizzati, nelle diverse fasi di vita in cui si trova il cittadino, realizzati attraverso una valutazione e progettazione multidisciplinare e multi-professionale.

La prospettiva multidimensionale della valutazione e della risposta non rappresenta un semplice affiancamento di prospettive, ma una vera integrazione, fatta di conoscenza della persona e di valutazione congiunta, per poter arrivare ad una lettura personalizzata dei problemi complessi e molteplici di cui sono portatori gli individui.

La finalità della progettazione integrata consiste perciò nella definizione di **progetti personalizzati** che tengano conto tanto delle limitazioni, quanto delle potenzialità del soggetto e del suo contesto

di vita, per il recupero, da parte della persona in difficoltà, dell'autonomia maggiore possibile e della capacità di esercitare nuovamente un potere contrattuale. Il protagonismo dell'interessato, fin dall'inizio della presa in carico, deve configurarsi, infatti, come partecipazione attiva e consenso al processo della recovery.

Altro aspetto fondamentale, è che l'**equipe integrata** tra servizi abbia e mantenga, nel percorso della presa in carico e della progettazione, l'obiettivo del miglioramento fino alla dimissione, nell'ottica della continuità della relazione con i servizi e non più della cronicità della cura. Il cittadino può diventare, allora, da utente dei servizi, una risorsa per il suo contesto e per la Società.

All'interno della presa in carico e della progettazione integrata, sono previsti periodici momenti di confronto e di verifica tra il professionista del DSM-DP e gli operatori del sociale, che svolgono la funzione assistenziale o educativa. Tali verifiche congiunte oltre a realizzarsi secondo tempi definiti, per permettere un regolare monitoraggio del progetto e una verifica degli obiettivi raggiunti, possono essere attivate anche di fronte ad una fase di crisi, quando nasce la necessità di un parere specialistico, di una decodifica di eventuali comportamenti problematici, o si è di fronte alla necessità di ridefinire il progetto.

I **Progetti Personalizzati** vengono elaborati e sviluppati intervenendo su quelli che sono riconosciuti come i principali *determinanti della salute* e che costituiscono le basi del funzionamento sociale degli individui in risposta a specifici bisogni:

- Apprendimento/espressività
- Abitare supportato
- Formazione, orientamento e inserimento nel mondo del lavoro
- Socializzazione, inclusione sociale e cittadinanza
- Sostegno alla genitorialità

Gli interventi di sostegno socio-sanitario e riabilitativo si identificano, perciò, con progetti rivolti agli ambiti dell'**abitare**, della **formazione** e dell'**inserimento lavorativo** e dell'**inclusione sociale, di sostegno alla genitorialità**.

I protagonisti della presa in carico e del lavoro in rete sono, insieme all'utente/cittadino e alla sua famiglia, i Servizi Sanitario e Sociale, le Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore.

Gli strumenti della presa in carico sono l'Equipe Territoriale integrata e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

#### **Art.7 Equipe territoriale integrata / UVM - Strumenti operativi del lavoro integrato**

L'**equipe territoriale integrata (UVM di 1° livello)** è lo strumento professionale centrale dell'integrazione. E' composta dagli operatori del DSM-DP e dagli operatori del Settore Politiche Sociali che, insieme all'utente e alla sua famiglia, hanno il compito di progettare il percorso riabilitativo- assistenziale, attivando, in base agli obiettivi condivisi, gli interventi e i servizi necessari.

L'equipe territoriale, operando per garantire la centralità dell'utente, assolve le seguenti funzioni:

- È il punto di riferimento dei bisogni e delle relative domande della persona;
- Garantisce l'attivazione degli interventi professionali con incontri congiunti;
- Si occupa della predisposizione del progetto personalizzato;
- Cura la verifica dell'attuazione degli interventi previsti;
- Mantiene e sviluppa le relazioni professionali e operative con i servizi della rete eventualmente attivati per realizzare il progetto.

E' da parte dell'equipe territoriale che viene effettuata la prima valutazione e quindi la proposta di Progetto Personalizzato rispetto a bisogni individuati nell'ambito dei tre percorsi: della **residenzialità** e dell'**abitare supportato**, della **formazione/lavoro**, della **socializzazione/inclusione sociale**, utilizzando strumenti di valutazione appropriati e condivisi.

L'equipe territoriale può avvalersi di altri professionisti della rete socio-sanitaria e sanitaria per approfondire la conoscenza della situazione ai fini della progettazione.

#### **L'UVM (UVM di 2° livello) viene attivata quando la progettazione condivisa richiede:**

- Un giudizio di appropriatezza, di fattibilità e di equità rispetto all'utilizzo delle risorse
- L'attivazione di strumenti e servizi con impegno relativo di spesa

Nella UVM di 2° livello sono presenti professionisti per parte sanitaria e per parte sociale con la funzione di delegati del Direttore del DSM-DP e del Dirigente del Settore Politiche Sociali (componente fissa) con il compito, insieme a tutte le diverse professionalità coinvolte nella futura gestione del caso, di effettuare tale valutazione.

L'Unità di Valutazione formula, quindi, un giudizio di fattibilità sulla proposta di progetto dell'Equipe territoriale integrata, che diventa, a questo punto, "**Equipe di progetto**" con il compito di realizzare gli obiettivi del **Progetto Personalizzato Socio-sanitario**.

Fanno parte dell'equipe di progetto: l'utente, i suoi familiari, gli operatori di riferimento DSM/DP, l'assistente sociale del Comune, gli eventuali altri operatori sul caso, volontari o altri partner in qualche modo collegati o interessati. Ogni equipe di progetto definisce un **Responsabile di progetto per la parte sanitaria e uno per la parte sociale**.

Il Progetto Personalizzato Socio-Sanitario condiviso dalla U.V.M. viene poi inviato ai Dirigenti responsabili dei rispettivi servizi per l'autorizzazione definitiva alla spesa.

E' in fase di sperimentazione una modulistica on-line condivisa da utilizzarsi nell'ambito della U.V.M. ai fini della definizione integrata del Progetto Personalizzato Socio-Sanitario.

#### **Art.8 Percorso di sostegno alla domiciliarità e all'abitare**

Rispetto al percorso dell'abitare, nella definizione del Progetto Personalizzato socio-sanitario, l'Equipe integrata deve individuare una risposta appropriata ai bisogni della persona:

- Secondo l'ottica della personalizzazione degli interventi

- Stabilendo una correlazione fra il livello dell'intensità riabilitativa/educativa e quello dell'intensità assistenziale

In questo modo vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che consistono in programmi differenziati, per intensità riabilitativa/educativa ed assistenziale, e che prevedono durata e prestazioni appropriate, attraverso un continuum, finalizzato al recupero di una sempre maggiore autonomia e benessere.

Infatti, l'obiettivo finale dell'intervento integrato, sanitario e sociale, è sempre comunque quello di favorire le dimissioni per quei pazienti che nel tempo hanno recuperato capacità relazionali e di autonomia personale per vivere nella comunità locale.

Prioritario, per i Servizi, è verificare la possibilità, per l'utente, della permanenza al proprio domicilio e, solo se questo non è possibile, di prevedere la soluzione più opportuna ed adatta per quel paziente.

**Le misure a sostegno della domiciliarità** sono perciò diverse per caratteristiche e per intensità comprendendo diverse forme di intervento:

- **Interventi di integrazione al reddito** finalizzati al mantenimento e all'accesso all'abitare in autonomia (alloggi reperiti sul mercato privato, affittacamere, ecc.).
- **Interventi di accesso alla casa:** il Comune di Modena concorre a sviluppare azioni per favorire l'accesso alla casa da parte dei pazienti con disagio psichico e in particolare si impegna ad agevolare percorsi di autonomia a seguito degli obiettivi evolutivi raggiunti dall'utente.
- **Interventi domiciliari:** assistenza domiciliare per il supporto nella cura della persona e della abitazione, interventi educativi finalizzati all'acquisizione o al recupero di abilità e autonomie, interventi di supporto e monitoraggio dell'inserimento e dell'attività dell'assistente familiare tramite l'attivazione di interventi professionali e/o l'assegno di cura e/o di sostegno per integrare gli interventi assistenziali.
- **Interventi semi-residenziali:** a supporto degli impegni di cura della famiglia e finalizzati ad ampliare la rete relazionale della persona.
- **Progetti di Inserimento Etero familiare Supportato di Adulti (I.E.S.A.):** si tratta dell'attivazione di progetti di ospitalità di pazienti/utenti, seguiti da entrambi i Servizi, all'interno di famiglie selezionate e riconosciute come appropriate da parte di un team operativo misto (Enti Locali, DSM-DP, Associazione di Volontariato). Nel momento della definizione del progetto vengono definiti gli impegni dei diversi attori coinvolti sul piano organizzativo, economico, di cura e affettivo/relazionale. E' possibile ipotizzare soluzioni analoghe anche per la Disabilità con il coinvolgimento del DCP.
- **Inserimenti in Strutture Socio-assistenziali e socio-educative a supporto di percorsi socio-sanitari:** strutture residenziali, prevalentemente a carattere comunitario.
- **Inserimenti nelle Strutture socio-sanitarie del DSM-DP:** si tratta di Comunità alloggio e Gruppi appartamento, differenziati in base all'intensità dell'assistenza socio-sanitaria e riabilitativa. Tali forme di residenzialità hanno la funzione di sostenere e accompagnare le persone che esprimono disagio psichico, sulla base di progetti personalizzati, nella

riappropriazione della dignità e autonomia dell'individuo e non devono essere concepite come una soluzione abitativa permanente.

- **Inserimenti individualizzati presso Strutture Residenziali Socio-sanitarie.** Vengono utilizzati nelle situazioni in cui vi è la necessità di garantire all'utente un elevato livello di tutela dal punto di vista socio-assistenziale ed educativo.
- **Inserimenti presso Strutture Residenziali Sanitarie accreditate (SRS).** Strutture con una forte componente sanitaria e riabilitativa.

Il progetto personalizzato residenziale deve rispondere ai bisogni specifici della persona e deve prevedere obiettivi di uscita, tempi di verifica e modalità di dimissioni.

### **Art.9 Percorso formazione/lavoro**

L'area della formazione e transizione al lavoro per le persone con disabilità psichica è fortemente normata, sia dalla legislazione nazionale e regionale, sia da protocolli d'intesa a livello locale.

La realizzazione di percorsi di inserimento lavorativo necessita, infatti, di un lavoro integrato, non solo tra parti sociali e sanitarie, ma anche con altri soggetti coinvolti dalla normativa in materia di collocamento mirato e di realizzazione di progetti di tirocinio.

A Modena, l'apporto integrato del DSM-DP e del Settore Politiche sociali, Sanitarie per l'Integrazione, definito attraverso uno specifico protocollo, consiste, grazie al ricorso ad agenzie esterne, nel coordinamento e nella gestione dei programmi regionali e provinciali finalizzati alla stabilizzazione occupazionale, nel coordinamento dei percorsi della L. 68/99 e dei percorsi relativi alle situazioni di svantaggio (legge 381/1991) e nella realizzazione dei singoli progetti di intervento attraverso l'apporto di operatori specializzati.

Ad avviare il percorso di inserimento lavorativo sono i professionisti del DSM-DP che si occupano, nell'ambito dell'**equipe territoriale**, della elaborazione, condivisa con l'utente ed i suoi Familiari, dei progetti di cura e di riabilitazione e valutano l'opportunità di proporre un percorso di inserimento lavorativo come parte del progetto individuale e multidimensionale complessivo, e dell'invio ai percorsi di formazione e lavoro.

Il gruppo di lavoro che, affianca il paziente durante il percorso di inserimento lavorativo, è rappresentato dall'**Equipe di progetto** che definisce il progetto personalizzato. Ne fanno parte: l'utente ed i suoi familiari, i referenti degli inserimenti lavorativi dei servizi di appartenenza, gli operatori di riferimento dell'utente, gli educatori del Servizio Inserimenti Lavorativo, il personale di riferimento nella sede dell'attività lavorativa.

**Percorsi misti di alternanza scuola-lavoro. Tempi, modalità, forme di raccordo degli interventi.** Il Settore Servizi Sociali del Comune di Modena, l'A.U.S.L., le Istituzioni Scolastiche promuovono azioni connesse ai percorsi di alternanza integrati propri della scuola come previsto dall'art. 21 dell'Accordo Provinciale di Programma. In particolare nell'alternanza scuola-lavoro si utilizza la modalità della formazione in situazione attraverso un progetto, almeno biennale (con segnalazione nel corso del terzo anno della scuola media di secondo grado), che prevede di effettuare una esperienza formativa di alternanza tra la frequenza scolastica e periodi di tirocinio/stage formativo.

Tali progetti sono parte integrante del P.E.I. e vedono coinvolti tutti i soggetti che partecipano alla sua costruzione, compreso il disabile stesso e la sua famiglia.

A questo scopo, per favorire una maggiore progettazione congiunta, un rappresentante del Settore Politiche Sociali, sanitarie e per l'integrazione partecipa agli incontri del Gruppo Lavoro Handicap di istituto oltre che ai singoli consigli di classe, una volta effettuata la presa in carico e valutata l'opportunità e possibilità di fornire un adeguato contesto di tirocinio/stage formativo.

#### **Art. 10 Percorsi di inclusione sociale**

E' un dato ormai acquisito che tra i determinanti della salute mentale sia fondamentale la rete di relazioni che una persona è in grado di costruire e mantenere nel tempo, nel proprio contesto di vita.

Le pratiche condivise ed integrate tra Comune di Modena e DSM-DP sono orientate in tal senso e fanno sì che i percorsi di inclusione sociale costituiscano una parte integrante del progetto di cura personalizzato.

Nell'ambito della progettazione integrata fin qui condotta si possono individuare:

1. il **Progetto Social Point**, attivo a Modena dal 2006, poi allargato a tutti i Distretti della Provincia di Modena nel 2012. E' fondato sulla collaborazione tra DSM-DP, Servizi Sociali del Comune di Modena, Centro Servizi del Volontariato, Associazioni di utenti e familiari e mondo del Volontariato.

Prevede diversi livelli di intervento:

- Facilitazione dell'inclusione sociale di persone con disagio psichico attraverso occasioni di socializzazione e occupazione del tempo libero in grado di valorizzare le risorse individuali e collettive di ciascuno;
- Interventi individualizzati volti all'inclusione e alla socializzazione in un'ottica di budget di salute;
- Sensibilizzazione, formazione/informazione del territorio sui temi legati alla salute, soprattutto in riferimento ai tanti pregiudizi ancora connessi al mondo della salute mentale;
- Diffusione di un'idea positiva di salute mentale in grado di attivare risorse della comunità e di creare opportunità di sviluppo delle reti di relazione di ciascuno;

2. i **progetti di socializzazione individualizzati promossi dal Servizio Sociale** in collaborazione con le Associazioni di volontariato del territorio;

3. i **progetti individuali o di gruppo promossi dal Servizio di Assistenza Domiciliare** a gestione diretta Comunale o accreditata:

- Progetti individuali per persone che necessitano di un affiancamento/supporto;
- Gruppi di socializzazione del SAD che utilizzano la rete di associazioni presenti sul territorio (centri territoriali, soggiorni estivi...)

Si condivide, inoltre, la necessità di sviluppare ulteriormente progetti e attività finalizzati all'inclusione con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato e i diversi soggetti attivi sul territorio finalizzati alla creazione di nuove e differenti opportunità di socializzazione.

#### **Art.11 Il sostegno alla genitorialità agli adulti con patologie psichiatriche e/o tossicodipendenti**

Le relazioni esistenti tra malattia mentale, abuso di sostanze e pregiudizio dei figli minori sono problematiche particolarmente rilevanti e richiedono un approccio altamente integrato tra Servizio Sociale Territoriale, che svolge la funzione di tutela minori e sostegno alla genitorialità, Servizio di Psicologia, U.O. Tutela minori e famiglie, NPIA e Servizi Sanitari per gli adulti, CSM e SDP.

Si tratta di problematiche particolarmente complesse perché le relazioni che il bambino intrattiene con il mondo degli adulti condizionano in modo profondo lo sviluppo infantile e il successivo funzionamento da adulto; la qualità dei legami con le figure parentali può essere a sua volta condizionata non solo dalla eventuale patologia di un genitore, ma anche dal funzionamento della coppia genitoriale e molto spesso dal ruolo che il bambino stesso assume all'interno della famiglia. A questo si aggiungono la presenza o meno di risorse sociali con funzione di sostegno e le caratteristiche dello stesso bambino dal punto di vista genetico-biologico, del carattere, delle capacità relazionali e del bagaglio esperienziale.

Risulta perciò determinante, nelle situazioni in cui si rilevino situazioni a rischio nel genitore, la possibilità di poter definire, quanto prima possibile, se ci si trova di fronte ad una vera e propria situazione di malattia o alla presenza di prodromi psicopatologici che possano compromettere la funzione genitoriale.

In questo caso la valutazione congiunta da parte del CSM e dei Servizi per la Tutela sociali e sanitari, può permettere di valutare sia l'impatto del disagio psichico del genitore sullo stato di salute del minore sia la presenza o meno di fattori di protezione.

L'obiettivo del lavoro integrato delle varie figure professionali e Servizi, rispetto ad ogni singola situazione, è quello di arrivare a definire un progetto congiunto dove, le diverse informazioni e le diverse risorse, siano collegate e valorizzate in modo da tenere conto dei bisogni di tutti i membri della famiglia: dalle esigenze di protezione dei minori alle esigenze di cura dei genitori nel rispetto dei loro diritti.

La necessità di collaborazione tra i Servizi per la Tutela e SDP è stata già definita attraverso precedenti protocolli sulla base del presupposto che sia necessario un lavoro di collaborazione a partire dall'epoca della gravidanza della donna tossicodipendente.

Il lavoro integrato ha la finalità di stimolare la futura madre e/o padre a un progetto di recupero attraverso il richiamo alle responsabilità genitoriali, ma è anche rivolto ad una attenta individuazione/definizione di aspetti diagnostici e prognostici relativi alle difficoltà presenti e ad una attenta individuazione delle risorse sul piano personale, familiare e della rete sociale.

E' da un'analisi attenta di tali fattori che deriva una valutazione congiunta sulla condizione di danno o di rischio in cui versa il bambino.

Nei casi in cui ciò verrà rilevato la segnalazione alla Magistratura minorile potrà rappresentare uno strumento di lavoro importante per gestire le esigenze di protezione dei minori.

## **Art.12 Formazione**

Si ritiene che la formazione rappresenti oltre che un'occasione di crescita professionale anche un elemento fondamentale per implementare l'integrazione. E' quindi opportuno favorire l'organizzazione di momenti formativi congiunti su tematiche di comune interesse. Si ritiene, infatti, che tali occasioni favoriscano la diffusione di mandati e di orientamenti comuni.

In particolare, rispetto a progetti sperimentali e innovativi, l'organizzazione di momenti formativi congiunti rappresenta la modalità per garantire la diffusione della conoscenza dei contenuti e delle buone pratiche.

In occasione dell'approvazione del Programma sarà realizzato un momento formativo specifico che potrà poi essere approfondito all'interno delle equipe territoriali integrate; tale evento, oltre a presentare il nuovo accordo, e a condividerne i valori e i contenuti, servirà per definire spazi e luoghi di lavoro con la finalità di arrivare a modelli operativi e a buone prassi comuni.

## **Art. 13 Ambiti peculiari di integrazione**

I soggetti che sottoscrivono questo Programma individuano ulteriori obiettivi prioritari:

### **13.A. Progetto minori e adolescenti: transizione età adulta**

Il raggiungimento della maggiore età è un momento particolarmente critico della vita dell'individuo, in particolare qualora presenti disabilità e sia perciò in carico ai Servizi Sanitari e Sociali. Infatti, a questa fase corrisponde anche il passaggio di competenze relative alla presa in carico, dai Servizi dedicati ai Minori ai Servizi per Adulti, che presentano rilevanti differenze organizzative e d'impostazione degli interventi.

Pertanto, per garantire la continuità assistenziale, sia nell'ambito del sistema di cura sia nell'ambito del sistema di comunità, è necessario che il concorso integrato di più attori con compiti diversi, sia graduale e permetta con progressione di arrivare, partendo dal confronto fra modelli di intervento a volte anche differenti, alla definizione del progetto personalizzato.

E' proprio con questa finalità che è stato definito **un protocollo per il passaggio** degli utenti: "Percorso per il passaggio degli utenti del Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) all'Area Handicap e ai Servizi del DSM-DP per gli adulti nel Distretto di Modena" nel quale si stabilisce che:

- Per gli utenti che presentano disabilità intellettiva accertata, isolata o in associazione ad altri disturbi (neurologici, mentali o comportamentali), si attiva il passaggio all'Area Handicap dei Servizi Sociali Comunali e all'Area Fragilità del DCP e alla Medicina Riabilitativa per gli aspetti di competenza.
- Per gli utenti affetti da disturbi mentali e comportamentali di pertinenza preminentemente psichiatrica in assenza di disabilità intellettiva, viene attivato il passaggio al CSM.

Accanto a questi casi, in cui vi è una disabilità riconosciuta, vi sono situazioni di disagio adolescenziale, i cui bisogni, spesso, non trovano una specifica risposta nella rete degli interventi offerti dai servizi socio-sanitari ed educativi: si tratta di situazioni in cui vi è un elevato rischio di evolvere verso la patologia psichiatrica, le dipendenze patologiche o il mondo della devianza e della anti-socialità nelle quali l'intervento precoce aumenta la capacità di adattamento.

Sono condizioni spesso caratterizzate, alla maggiore età, dalla presenza o dalla compresenza di:

- Certificazioni ex L. 104/1992 (per disturbi della condotta o disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento) o con carriere scolastiche particolarmente complesse (in alcuni casi i minori possono esser stati individuati come caratterizzati da Bisogni Educativi Speciali);
- Precedenti prese in carico dell'Area Tutela del Servizio Sociale, della NPIA, dello Spazio Giovani con situazioni di disagio evidente e persistente;
- Bassa scolarizzazione con difficoltà a inserirsi nei percorsi formativi e nel mondo del lavoro;
- Problematiche dovute all'uso di sostanze;
- Appartenenza a famiglie fragili, incapaci di costituire riferimenti e in grado di assicurare guida e indirizzo.

Queste situazioni, non sono sempre riconducibili a specifiche categorie diagnostiche e frequentemente sono caratterizzate dall'assenza di una solida rete sociale e affettiva. Proprio per questo avrebbero la necessità di un accompagnamento finalizzato:

- Al percorso di conoscenza finalizzato all'acquisizione di strumenti e strategie di fronteggiamento della realtà sociale;
- Alla frequenza di ambienti sani di vita;
- Alla soddisfazione di bisogni di inclusione nei percorsi dell'abitare e del lavoro.

In relazione a tali criticità ci si pone l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra ambito sociale e sanitario attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro che vada ad individuare:

- Percorsi di analisi e valutazione integrata tra servizi;
- Indicatori precoci di fragilità;
- Tipologie di percorso socio-educative, anche a valenza sanitaria rispetto alle diverse categorie individuate, utilizzando le risorse esistenti e sperimentando progettazioni alternative.

### ***13.B. Prevenzione/promozione del benessere e dei sani stili di vita***

La multi-professionalità, l'inter-settorialità e il coinvolgimento attivo degli attori sono i valori finalizzati al benessere psico-fisico e sociale dei cittadini, che indirizzano la progettazione degli interventi tra DSM/DP, DCP, Ente Locale e le altre agenzie sul territorio.

Gli obiettivi sono la promozione del benessere e degli stili di vita sani per una prevenzione del rischio in tema di salute mentale.

Per perseguire la promozione del benessere è necessario che gli Enti Locali e i Servizi Sanitari operino in rete con tutti i soggetti del Terzo Settore per rinforzare le buone prassi e per garantire una unitarietà di visione e di strategia nei numerosi ambiti di integrazione.

La metodologia di intervento deve caratterizzarsi per obiettivi chiari e condivisi; concertazione, inter-settorialità e non frammentarietà nella “rete di prevenzione”; orientamento delle risorse verso interventi validati e verificabili piuttosto che interventi spot e a carattere informativo.

Per quanto riguarda l’approccio metodologico si condivide di adottare una modalità che incrementi l’empowerment della Comunità nei confronti del “sapersi far carico”; le strategie utilizzate saranno pertanto basate su un approccio comunitario piuttosto che individuale.

Per quanto concerne l’approccio comunitario si fa riferimento:

**1. All’approccio *life-course*** che consiste nel favorire un buono stato di salute per tutto il corso dell’esistenza in termini bio-psico-sociali. I temi rilevanti da affrontare sono: dipendenza da uso di sostanze, dipendenze comportamentali, comportamenti a rischio, disturbi della condotta, solitudine, violenza, dispersione scolastica.

I contesti in cui attualmente si realizzano sono:

- **La scuola:** poiché i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l’infanzia e l’adolescenza, è importante il forte coinvolgimento della scuola, luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile. Qui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, e devono essere integrati nei percorsi formativi esistenti;
  - **Il territorio:** il progetto per la “Mediazione dei conflitti” agisce direttamente sulla Comunità per il coinvolgimento e l’empowerment sulle capacità di cambiare il punto di vista e perciò trovare nuove strategie più adattive e funzionali nella soluzione dei conflitti;
  - **Le Case della Salute** ove è possibile ipotizzare lo sviluppo di una funzione di salute mentale primaria con particolare attenzione alla popolazione adolescente ma dove è anche possibile implementare il progetto Leggieri, programma di integrazione tra le Cure Primarie e il Centro di Salute Mentale per l’individuazione e la presa in carico dei disturbi psichiatrici minori
- 2. All’approccio per *setting*:** la scuola, i gruppi informali, i gruppi ricreativi; con la realizzazione degli interventi di peer education scolastica e peer to peer territoriale

### **13.C. Anziani e Transizione all’età anziana**

Come noto, l’invecchiamento della popolazione è una delle più profonde trasformazioni sociali ed economiche che interessano l’Italia e la nostra regione.

Le principali caratteristiche di questo processo sono: il progressivo aumento dei “grandi anziani (ultraottantenni); la progressiva femminilizzazione della popolazione anziana (le donne rappresentano oltre i 2/3 dell’universo anziani); le modifiche e la relativa fragilità delle relazioni familiari, con forte aumento delle famiglie unipersonali composte da persone over 60; la riduzione

del tasso di natalità; l'aumento della instabilità delle unioni; l'aumento di celibato e nubilato; la forte diminuzione della convivenza tra più generazioni.

A fronte di tali mutamenti, è indispensabile ragionare superando la tradizionale sequenza dei periodi di vita come fasi distinte, segnate in rigide scansioni che fanno riferimento prevalentemente ai modelli di produzione ed organizzazione del lavoro. Occorre dunque promuovere iniziative per l'educazione alla vecchiaia e per la valorizzazione della cittadinanza attiva e solidale, nelle quali coinvolgere i cittadini nelle diverse fasi di età.

Nella consapevolezza che un ruolo centrale per la qualità della vita, anche nell'età tardo adulta ed anziana, spetta al rapporto con il territorio in cui si vive, **si condivide quale obiettivo prioritario, in quest'ambito, quello di lavorare in modo integrato (DSM-DP, DCP ed Ente Locale) per consolidare e strutturare una gamma di proposte, appropriate e condivise, in ottica di prevenzione** – che non mettano in gioco necessariamente e direttamente le competenze dei professionisti, sociali e sanitari – rivolte alle persone anziane o che affrontano la fase di transizione all'età anziana con particolare attenzione a:

- Le diverse fragilità, da affrontare il più tempestivamente possibile, senza improprie “sanitarizzazioni” o standardizzazioni delle situazioni, tenendo conto che risultano maggiormente esposte a rischi le persone prive di reti familiari o sociali, le persone che vivono sole (o in coppie di soli anziani), le persone a basso reddito, le persone con limitata autonomia nella mobilità, i care-givers anziani (soprattutto donne);
- Il ruolo strategico del MMG;
- Il ruolo del Centro dei Disturbi Cognitivi, quale centro per la diagnosi e la terapia e la presa in carico complessiva dei disturbi della memoria e della sfera cognitiva del soggetto, del suo comportamento, stato psico-affettivo e funzionale, nonché delle eventuali altre patologie da cui è affetto;
- La fondamentale importanza delle reti di relazione, non solo parentali;
- Il ruolo strategico dell'associazionismo e del volontariato;
- La costruzione, la diffusione e lo sviluppo di una cultura e di una prassi, tra gli operatori professionali e non, che mettano al centro le risorse e le competenze personali e sociali, in ottica preventiva e di sviluppo di comunità, evitando il ricorso improprio a prestazioni/servizi istituzionali e risposte standardizzate;
- La condivisione e circolazione delle informazioni relative a tutte le opportunità presenti sul territorio cittadino.

**Tra le metodologie di lavoro maggiormente idonee** in questo ambito, si evidenziano:

- La progettazione partecipata ed il raccordo con le associazioni culturali, di promozione sociale e di volontariato attive negli ambiti della socializzazione e del contrasto all'isolamento, anche attraverso iniziative condivise di formazione;
- Il coinvolgimento, lungo tutto il percorso, del CSV di Modena;
- L'indirizzo/orientamento delle attività e dei progetti verso l'auto-organizzazione e la riproducibilità in diversi luoghi e contesti della città;
- il Chronic Care Model e la Medicina d'iniziativa (o proattiva) quale Nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia (paziente

sano), o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali (risposta ad un bisogno mai espresso) Tale modello è quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche in particolare dove l'assistenza è per la gran parte "estensiva" e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente.

**Tra gli strumenti di lavoro** si individuano:

- Una mappatura articolata e condivisa di tutte le opportunità, da aggiornare periodicamente (gestione del data base a cura dell'Ufficio gestione rete dei servizi per la comunità, con il contributo di tutti i servizi e le organizzazioni coinvolte);
- La sperimentazione di progetti innovativi, anche di piccole dimensioni e/o di prossimità (es. lavoro su narrazione ed autobiografia, allenamento della memoria, ecc.);
- Lo sviluppo e il sostegno di gruppi di auto e mutuo aiuto;
- La manutenzione e cura delle reti, formali e non.

### ***13. D. Disturbi da uso di sostanze / Gioco d'azzardo Patologico (GAP) e Disturbo psichiatrico concomitante***

Il DSM-DP e il Servizio Sociale del Comune di Modena hanno come valori condivisi di riferimento sia il diritto di cittadinanza delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze e Gioco Patologico d'Azzardo (con o senza disturbo psichiatrico concomitante, italiane o straniere) sia l'integrazione tra Servizi quale strumento per la definizione dei progetti individuali.

Sul territorio del Comune di Modena è in atto un percorso di implementazione delle conoscenze reciproche tra il Servizio Dipendenze Patologiche (DP) ed i Servizi Sociali al fine di definire le modalità operative riguardanti i percorsi integrati rivolti all'utente e alla sua famiglia.

Il modello integrato parte dal presupposto della massima chiarezza e trasparenza tra le missioni dei diversi Servizi, tra i mandati di cura o assistenza e tra le funzioni dell'Assistente Sociale all'interno del Servizio Sociale, piuttosto che all'interno del Servizio Dipendenze Patologiche (DP).

Un buon livello di integrazione è stato raggiunto sul tema dell'orientamento ed inserimento nel mondo del lavoro, della prevenzione e/promozione della salute (Rete di Prevenzione) e della collaborazione con il Servizio Sociale Minori.

Implementabili sono invece le aree dell'abitare supportato e della socializzazione, inclusione sociale e cittadinanza ove prevalgono i modelli seriale e parallelo di presa in carico tra il Servizio DP ed il Servizio Sociale. Peraltro, su situazioni ad elevatissima multi-problematicità sono stati sperimentati anche casi singoli di intervento integrato, caratterizzati dalla compresenza delle Assistenti Sociali del SDP e del Servizio Sociale del Comune.

E' previsto, un percorso di formazione sul campo che consenta il confronto tra i professionisti dei diversi Servizi finalizzato alla definizione di protocolli operativi per la messa a punto di modalità di lavoro congiunto sui percorsi individuali degli utenti, a garanzia della qualità, della appropriatezza e

della equità degli interventi; i protocolli operativi e i differenti accordi verranno diffusi e comunicati alle parti interessate (Cittadini, Associazioni, Servizi).

### **13.E. Percorsi di dimissioni dai presidi ospedalieri o da case di cura private**

La funzione e il ruolo del PUASS, per l'attivazione dell'UVM, è relativa all'utenza in condizioni di **non autosufficienza**. Tali situazioni si configurano come particolarmente complesse quando la non autosufficienza si associa alla patologia psichiatrica e/o alle dipendenze patologiche. Vi è pertanto la necessità di definire, in relazione alla tipologia di utenza, i percorsi di cura e di assistenza integrati.

Sono destinatari dei percorsi di seguito descritti i pazienti in carico:

- Al Servizio di Salute mentale con la diagnosi di psicosi e di gravi disturbi di personalità con ricoveri ripetuti;
- Al Servizio di Dipendenze Patologiche per un “disturbo da uso di sostanze” caratterizzato da “uso cronico e perdita di controllo dell’uso” e i pazienti che potrebbero, se ricadessero nell’uso, avere un peggioramento delle proprie condizione cliniche.

La definizione della non autosufficienza, permane in capo al PUASS, avvalendosi di specifici strumenti.

In tali situazioni, pur in presenza di una situazione di non autosufficienza conclamata, vi può essere la necessità di definire l'assimilabilità all'area anziani o la prevalenza. In questi casi l'assimilabilità e/o la prevalenza vengono definite all'interno di una UVM convocata dal PUASS.

Qualora la persona sia valutata assimilabile all'area anziani, questa potrà accedere ai percorsi residenziali e semi-residenziali per la non autosufficienza.

Condividendo l'obiettivo di ridurre i tempi di ospedalizzazione, nel periodo che precede l'ingresso nei posti accreditati a seguito di inserimento in graduatoria, la persona, verrà collocata in un posto autorizzato presso una Casa Residenza; in tale arco temporale verranno applicate le regole di compartecipazione economica in vigore tra i servizi.

Qualora non venga definita l'assimilabilità l'utente potrà essere inserito in una Struttura reperita nel mercato privato.

Il PUASS inoltre, favorisce i percorsi di dimissione, anche in condizioni di autosufficienza, quando esiste per il paziente con problematiche di salute mentale o di dipendenza, il bisogno di attivare percorsi volti a garantire la continuità di cura e assistenza.

In questi casi al PUASS viene assegnato un ruolo di facilitatore per i reparti rispetto alla segnalazione ai referenti competenti.

Verranno istituiti gruppi di lavoro che nel corso della validità del presente accordo definiranno i protocolli operativi specifici nonché gli strumenti per l'individuazione della prevalenza.

### **13.F. Carcere e continuità di cura / Persone in esecuzione penale interna ed esterna**

Il D.P.C.M. 1/4/08 ha disegnato un assetto completamente nuovo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari, attribuendone la funzione a pieno titolo al Servizio Sanitario Regionale.

All'interno del carcere vi è dunque, a tutti gli effetti, un presidio dell'Azienda *USL*, sede di **accesso** ed **erogazione** dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso, nella fase di accoglienza dei detenuti, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

L'intervento sanitario in carcere è multidisciplinare, e presenta caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute.

Fondamentale è il passaggio di consegne tramite la lettera di dimissione all'uscita dal carcere e l'integrazione con i servizi territoriali per il mantenimento della continuità di cura.

I destinatari del Programma in questo ambito sono perciò le persone in esecuzione penale, detenute presso la Casa Circondariale Sant'Anna di Modena o in misura di esecuzione penale esterna sul territorio del Comune di Modena.

Considerato il contesto e gli aspetti di specificità propri dell'ambito penale gli obiettivi dell'integrazione sono:

- La continuità del trattamento socio-sanitario e della cura all'uscita dalla struttura di restrizione;
- La prevenzione dell'insorgenza di disagio psichico nelle persone presenti nella struttura di restrizione, anche attraverso il coordinamento e la valorizzazione del ruolo del volontariato;
- La prevenzione di atti dimostrativi legati a esigenza di essere ascoltati e di vedere accolte le proprie istanze, come l'autolesionismo;
- L'integrazione degli interventi necessari per la realizzazione di percorsi alternativi alla detenzione, per situazioni di persone in trattamento per dipendenza da sostanze o per disagio psichico che presentino un'elevata rilevanza dal punto di vista socio-sanitario;
- Le integrazioni degli interventi necessari a supportare il percorso di dimissione di persone che presentano situazioni socio-sanitarie rilevanti, per le quali è opportuno garantire continuità terapeutica e progettuale.

I principali **strumenti** che si individuano per favorire l'integrazione socio-sanitaria nel contesto dell'esecuzione penale sono:

- **il gruppo di coordinamento socio-sanitario:** i referenti del servizio sanitario penitenziario ed i referenti del Settore politiche sociali del Comune di Modena, coinvolgendo la direzione della casa circondariale e l'UEPE si incontreranno, almeno annualmente, per condividere dati descrittivi della situazione sanitaria e sociale (numero detenuti complessivo, detenuti stranieri, donne, regolari e irregolari, incidenza di tossicodipendenze e di patologie

psichiatriche dei detenuti presso la struttura ecc..), condividere le priorità, e tarare gli interventi di conseguenza ed in modo coordinato;

- **Il coordinamento con il volontariato:** considerato il ruolo fondamentale del volontariato rispetto all'obiettivo di migliorare le condizioni dell'esecuzione penale delle persone ristrette, presupposto indispensabile nell'ottica della prevenzione del disagio psico-fisico del detenuto, è opportuno favorire l'azione delle associazioni presenti in carcere. A tale fine si intende promuovere momenti sistematici di confronto e condivisione tra operatori che a vario titolo operano all'interno del carcere e volontari, con l'obiettivo di garantire un'efficace e razionale programmazione delle attività e di assicurare una puntuale informazione ai volontari in merito a modifiche normative e regolamentari d'interesse;
- **il coordinamento tra operatori sociali e sanitari nell'individuazione di situazioni rispetto alle quali è possibile pensare percorsi alternativi alla detenzione,** presa in carico della situazione e realizzazione di progetti integrati di supporto socio-sanitario, in stretta connessione con il territorio; nel momento in cui si predispongono inserimenti presso strutture sanitarie, il servizio sociale di riferimento si farà carico delle spese personali dell'utente, qualora lo stesso non vi possa far fronte personalmente, sulla base di progettazioni concordate;
- **Il coordinamento tra operatori sociali e sanitari per la predisposizione di progetti di continuità socio-sanitaria per dimittendi:** in relazione a situazioni di particolare rilevanza dal punto di vista sanitario, anche connesse a esigenze di tutela della vita della persona e dell'igiene di comunità, coniugate a posizioni sociali e giuridiche di particolare fragilità, sarà cura degli operatori sanitari coordinarsi con gli operatori dello sportello informativo al fine di costruire il contesto di supporto socio-assistenziale necessario a garantire la tenuta del percorso terapeutico. Nel momento in cui saranno predisposti interventi socio-assistenziali a supporto del percorso terapeutico, il Comune di Modena si farà carico delle spese personali dell'utente, qualora lo stesso non vi possa far fronte personalmente, sulla base di progettazioni concordate;
- **La formazione rivolta agli operatori:** la formazione sul piano dei contenuti e dei **metodi** costituisce un elemento fondamentale, così come la conoscenza di esperienze ritenute innovative a livello internazionale. Per questo motivo le parti si dichiarano concordi nello stimolare e facilitare, ove possibile e d'interesse, la partecipazione mista del rispettivo personale ai corsi di formazione che ognuna delle parti dovesse organizzare per esigenze interne, nonché il coinvolgimento di altri soggetti a vario titolo coinvolti (es. volontariato).

### **13.G. Immigrazione e progetti/percorsi di cura**

Nel Comune di Modena i residenti stranieri rappresentano oltre il 15% della popolazione. Sul tema dell'integrazione dei cittadini stranieri, la scelta del Comune di Modena, negli anni, è stata quella di non settorializzare gli interventi, ma di garantire agli immigrati l'accesso paritario ai servizi ed alle opportunità del territorio, nel rispetto della legislazione nazionale. A questo approccio generale si è affiancata un'attenzione a tematiche specifiche che riguardano la popolazione immigrata e che sono state oggetto di progetti ad hoc. Si è quindi voluto tutelare specifiche fragilità che gli stranieri possono incontrare nei loro percorsi di integrazione, garantire informazione ed orientamento per promuovere la massima conoscenza del territorio e prevenire/ contenere forme di disagio sociale.

Da questo nascono gli obiettivi generali previsti dal Piano per la salute e il benessere sociale, dei quali si conferma la validità:

- tutela dei diritti fondamentali dell'uomo a favore di cittadini stranieri presenti sul territorio anche se non residenti, regolari e irregolari, caratterizzati da situazioni di forte disagio sociale e sanitario e a forte rischio di esclusione e marginalità sociale;
- monitoraggio della realtà migratoria, attività orientate all'informazione, all'orientamento e alla semplificazione delle procedure connesse alla richiesta o al rilascio dei documenti di soggiorno, promuovendo reti territoriali e protocolli con gli enti e le istituzioni (Questura, Prefettura) coinvolti;
- promozione dell'integrazione e della convivenza sociale.

### **Obiettivi specifici**

Si rilevano pertanto alcuni obiettivi prioritari quali:

- Creare e mantenere un costante raccordo con le comunità straniere al fine di valorizzarne le competenze affinché siano risorsa per tutti, coinvolgendole nella gestione delle problematiche sociali in evidenza
- Creare momenti di forte socializzazione, dialogo e conoscenza reciproca, al fine di creare coesione e integrazione sociale, rispetto reciproco
- Investire nella formazione degli operatori al fine di costruire una visione e un sentire comune, anche sui temi connessi con le migrazioni
- Facilitare l'accesso ai servizi e una modalità di presa in carico integrata capace di personalizzare i percorsi di cura e di assistenza sociale
- Garantire, a chi non ha una rete parentale presente sul territorio, occasioni e opportunità, anche col contributo dei servizi, utili ad individuare una propria rete comunitaria di sostegno
- Proseguire e qualificare sempre più le attività di mediazione dei conflitti, antidiscriminazione e sviluppo di comunità

### **Proposte operative**

- Proseguire il percorso di formazione congiunta sul tema della presa in carico integrata di richiedenti e titolari di protezione, vittime di violenza e tortura, coinvolgendo psichiatri, psicologi dei servizi del DSM , operatori del centro stranieri e del servizio sociale territoriale. Considerato che il progetto SPRAR prevede oggi anche la disponibilità di accoglienza per minori non accompagnati richiedenti asilo, si evidenzia l'opportunità di coinvolgere in questo percorso anche i referenti dei servizi sociali e sanitari che si occupano di minori. Gli incontri periodici sono organizzati dal Comune di Modena;
- Si evidenzia l'opportunità di avviare un percorso di formazione congiunta sul tema della presa in carico integrata dei cittadini stranieri multiproblematici ( carcere, disagio psichico, dipendenze,...), rivolto ad operatori referenti del Centro Stranieri- Ufficio Integrazione sociale, del DSM-DP e Dipartimento Sanità Pubblica Servizio DP, Salute Mentale Adulti e Psicologia Clinica, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, consultori,...), del Servizio Sociale Territoriale; Anche in questo caso si sottolinea che gli incontri siano supportati da professionisti individuati congiuntamente.

- Si concorda sull'importanza dello strumento della co-progettazione. A tal fine il Centro Stranieri e i Servizi DSM-DP, a fronte di situazioni che rientrano nel target sopra descritto procedono, una volta condiviso con l'utente, alla reciproca presentazione del caso al fine di concordare il progetto individualizzato;
- Si conferma l'importanza di sostanziare, nella fase di dimissione dalle strutture ospedaliere, l'appuntamento o l'invio ai servizi sanitari di riferimento, anche come strumento a disposizione degli operatori sociali utile a facilitare e sostenere l'accesso degli utenti ai servizi sanitari territoriali;
- Nel caso di utenti presi in carico dal Servizio Sociale o dal Centro Stranieri, senza una rete parentale sul territorio, l'operatore di riferimento può essere risorsa per pazienti ospedalizzati, attraverso sostegni molto concreti quali, ad es. attività per beni di conforto, vestiti, ecc., a garanzia di una maggiore efficacia di interventi integrati
- Si sottolinea la positività dei percorsi del progetto IESA, dove si è potuto coinvolgere le comunità straniere come risorsa, sia come luogo di affido, sia come rete di sostegno all'individuo in difficoltà;
- In caso di prese in carico congiunte socio-sanitarie che prevedano l'inserimento all'interno di strutture residenziali accreditate, terapeutico-riabilitative di persone straniere non residenti e/o non regolari, il Comune di Modena, tramite il Centro Stranieri, sosterrà, per persone che hanno legami con la città e le caratteristiche del target sopra descritto, e quando necessario da un punto di vista della cura, il costo delle spese personali legate alla permanenza dell'utente nel percorso. L'accesso ai servizi sanitari può inoltre essere promotore di successive prese in carico integrate; anche in questo caso il Centro Stranieri sosterrà, quando necessario e sulla base di un progetto personalizzato di presa in carico, il costo delle spese personali;
- A fronte di situazioni co-gestite, per cui si evidenzia un bisogno alloggiativo, il Centro Stranieri può individuare soluzioni di ospitalità da mettere a disposizione del progetto, strettamente legate alla progettazione individualizzata. Il progetto personalizzato deve essere definito e sottoscritto, anche dall'utente, prima dell'ingresso dello stesso nella struttura di accoglienza;
- Il Centro Stranieri può fornire, sulla base di apposite richieste, la consulenza relativa alla condizione giuridica ed amministrativa del paziente/utente, all'utente stesso o agli operatori interessati

## **Art.14 Progettazioni sperimentali e innovative**

### **14.A Budget di salute**

Il Budget di salute costituisce uno strumento a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato per l'integrazione socio-sanitaria di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Il Budget di Salute è uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai

bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso. Esso tende a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.

Il Budget di salute è altresì finalizzato a creare un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi.

E' l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) composta dall'Azienda USL e dai Servizi sociali che definisce il progetto personalizzato e le risorse che compongono il Budget di salute.

In questi casi il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, è centrato sulla domanda della persona e sulla valutazione dei suoi bisogni, abilità e competenze, anziché sull'offerta di servizi, è sottoscritto dal paziente, condiviso con i suoi familiari e, quando è appropriato, con altri soggetti significativi del territorio coinvolti nella realizzazione del progetto.

Il progetto personalizzato integra il progetto di trattamento e di cura con interventi nelle diverse aree di vita che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione e lavoro, socialità e affettività.

Gli interventi, presentano una dimensione territoriale che è alternativa o ha la funzione di superare l'assistenza residenziale non più appropriata, in quanto non è più in grado di offrire un percorso verso l'autonomia e l'inclusione sociale.

Le risorse che compongono il Budget di salute individuale sono perciò:

- Risorse di cura messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso altro Soggetto gestore
- Risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.);
- Risorse della persona titolare del progetto costituite da risorse economiche (beni e servizi) e relazionali (familiari, amicali). Tali risorse, s'intendono ulteriori rispetto a quelle comunque dovute dall'Azienda USL e dall'Ente Locale.

La composizione del budget di salute individuale è formalizzata nella sottoscrizione del progetto terapeutico – riabilitativo personalizzato.

Rispetto a tale progettualità fra il DSM-DP, l'Ente Locale, il Terzo Settore e le Associazioni di Volontariato è già stato approvato un apposito Protocollo.

#### **14.B Progetto portale web integrato**

Rappresenta lo strumento attraverso il quale viene condiviso anche a livello operativo e gestionale il Progetto Personalizzato che viene definito in UVM. Al suo interno vengono definiti: la natura del bisogno e degli obiettivi, le proposte e i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le risorse necessarie, le responsabilità professionali e di servizio, i tempi e le modalità di verifica.

Il Progetto Personalizzato via Web riproduce la filosofia del Budget di Salute prevedendo il coinvolgimento attivo dell'utente e della famiglia dalla fase progettuale fino alla vera e propria stipula di un contratto; prende in considerazione tutti gli ambiti della progettualità: apprendimento/espressività, abitare, lavoro, socializzazione; tiene conto di tutti gli attori coinvolti nella co-progettazione. Dà un particolare rilievo alla fase della valutazione che tiene conto non solo degli aspetti diagnostici ma soprattutto delle competenze dell'individuo nell'ambito dell'attività e della partecipazione e delle limitazioni determinate dal contesto, secondo un'ottica che fa riferimento all'ICF.

Tiene conto, inoltre, sempre nell'ottica della partecipazione al progetto da parte dell'utente, dell'opinione del paziente come protagonista del percorso riabilitativo. E' in base alla definizione dei bisogni che si arriva alla progettazione integrata.

L'utilizzo dello strumento da parte di tutti gli attori abilitati permette una sicura integrazione strumentale che facilita e semplifica la comunicazione e le procedure anche sul versante amministrativo.

#### **Art. 14 Oneri economici e durata del Programma**

L'AUSL e il Comune di Modena si impegnano rispettivamente a far fronte agli oneri previsti dal presente Programma con le modalità definite attraverso apposite disposizioni annuali che tengono conto dei rispettivi bilanci.

Il presente Programma ha validità dall'anno 2017.