

SCHEMA DI ACCORDO OPERATIVO TRA IL COMUNE DI MODENA, IL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE E LA DIREZIONE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DELL'AUSL DI MODENA, PER L'INTEGRAZIONE DELLE FUNZIONI SOCIALI E SANITARIE NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE

L'anno 2024 il giorno 7 del mese di giugno

TRA

Il **Comune di Modena** nella persona della Dirigente del Settore Servizi Sociali, Sanitari e per l'Integrazione dott.ssa Annalisa Righi (d'ora in poi Comune),

l'**Azienda USL di Modena – Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM DP)**, nella persona del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dr. Fabrizio Starace (d'ora in poi DSM DP)

E

l'**Azienda USL di Modena - Direzione del Distretto Socio Sanitario di Modena** - nella persona del Dott. Andrea Spanò.

PREMESSO CHE

Il Sistema integrato dei Servizi sociosanitari riconosce come proprio fondamento i seguenti valori: la lotta allo stigma, la partecipazione della persona in cura, la prevenzione e promozione della salute mentale, l'integrazione degli interventi dei servizi, la continuità assistenziale, l'innovazione, la verificabilità del servizio prestato.

Nell'esercizio delle loro funzioni i Soggetti che aderiscono all'accordo si attengono ai principi di seguito indicati, che definiscono il rapporto con il cittadino, le relazioni tra i servizi in ottica di tutela della dignità della persona:

- 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;
- la garanzia di prestazioni e servizi che pongono al centro i bisogni delle persone;
- la garanzia del libero accesso ai servizi sociali e 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 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;
- lo sviluppo e il consolidamento dei progetti inerenti il supporto alla domiciliarità e alla residenzialità socio-sanitaria, l'inserimento lavorativo, le attività per favorire la socializzazione e l'integrazione sociale come interventi di contrasto a forme di istituzionalizzazione;
- 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 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.

L'accordo intende valorizzare la filosofia del Budget di Salute (BdS), (v. DGR n. 1554/2015 e Protocollo operativo "Budget di salute" del 15/03/2013), che si configura come un modello operativo integrato in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione sociosanitaria, basate sulla possibilità di realizzare progetti personalizzati volti alla recovery in risposta ai bisogni specifici della persona, alla cui realizzazione, partecipano il paziente stesso, la sua famiglia, la Comunità, che diventano, in tal modo, i veri protagonisti del percorso terapeutico-riabilitativo ed educativo assistenziale.

L'accordo si pone l'obiettivo di definire una cornice solida, anche sul piano amministrativo e giuridico, che metta a disposizione del progetto personalizzato tutte le risorse necessarie per una presa in carico appropriata: sociali, sanitarie, umane, tecniche ed economiche.

La metodologia del Budget della Salute prevede, inoltre, che l'intervento riabilitativo volto alla recovery tenga conto di tutti gli ambiti "vitali" della persona, i cosiddetti "determinanti sociali della salute" con una progettazione in ambito sociosanitario rispetto alle aree dell'abitare, del lavoro e della vita sociale.

Questo, comporta:

- **nell'ambito dell'abitare**, la realizzazione di soluzioni finalizzate il più possibile a progetti volti ad evitare di incorrere nel pericolo dell'istituzionalizzazione e dell'ospedalizzazione impropria; progetti volti alla costante ricerca di caratteristiche innovative rispetto alla domiciliarità e l'abitare supportato, attraverso la valorizzazione della partecipazione delle Associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale ed imprenditoriale;
- **nell'ambito dell'area del lavoro**, accanto alla definizione di protocolli di intesa in ambito sociosanitario, lo sviluppo di una assidua ricerca di intese con il Terzo settore e il sistema produttivo con interventi di promozione e sostegno per l'inserimento al lavoro dedicati alle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità;
- **nell'ambito della vita di Comunità**, in relazione alla necessità di sviluppare **processi di inclusione sociale e socializzazione**, favorire le occasioni formali e informali di collegamento con la comunità e di empowerment della persona per riuscire a raggiungere l'obiettivo del pieno recupero dei diritti di cittadinanza.

Richiamate:

- la Delibera della Giunta Regionale E.R. n. 313/2009 ad oggetto "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011" che delinea la programmazione regionale del settore in ambito sanitario;
- la Delibera della Giunta Regionale E.R. n. 1012/2014 "Approvazione delle linee guida regionali per il riordino del Servizio Sociale Territoriale (SST)";
- la Delibera dell'Assemblea legislativa della RER n. 120 del 12/07/2017 "Piano sociale e sanitario 2017-2019";
- la Delibera della Giunta Regionale E.R. n. 1423/2017 "Attuazione del Piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale", in particolare la scheda 4

ANNALISA RIGHI

FABRIZIO STARACE

ANDREA SPANO

PROTOCOLLO GENERALE: 2024 / 226278 del 10/06/2024

“Budget di salute”.

- la Delibera della Giunta Regionale E.R. n. 1554/2015 ad oggetto “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del BUDGET DI SALUTE”;
- la Delibera di Giunta Regionale E.R. n. 1102/2014 “Linee d’indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento”;
- la Delibera della Giunta Regionale E.R. n. 1904/2011 “Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari” e ss.mm.ii.;
- le linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità del Dipartimento per le Politiche della Famiglia – Presidenza del Consiglio dei Ministri, approvate il 21 dicembre 2017 in Conferenza Unificata;
- la Legge Regionale E.R. n. 14 del 30/07/2015 “Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari;
- il DPCM del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- la Delibera di Giunta Regionale E.R. n. 1143/2019 “Disposizioni di prima attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 1/2019 in materia di deroghe, quantificazione e ammissibilità della spesa dell’indennità dei tirocini”;
- la lettera della RER ai Sindaci dei Comuni e ai Direttori Generali delle AUSL del 02/05/2018 avente ad oggetto “Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute”;
- la lettera della RER ai Sindaci dei Comuni e ai Direttori Generali delle AUSL del 08/01/2020 avente ad oggetto “Esito del Gruppo di lavoro per l’innovazione del Sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di salute”;
- il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2013;
- la Delibera della CTSS n. 5 del 4 marzo 2017 “Applicazione della DGR 1102/2014. Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento”;
- la Decisione n. 250 del 12/02/2018 Approvazione “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” e dei documenti operativi “Definizione dell’offerta sanitaria e socio-sanitaria e criteri di ripartizione della spesa”, “Percorso per il passaggio degli utenti del Settore di Neuro Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPJA) ai Servizi Sociali del Comune di Modena/SST-disabilità e Area Fragilità del DCP e ai Servizi area adulti del DSM-DP nel Distretto di Modena”;
- la Delibera della CTSS n. 4 del 22 luglio 2020 “Accordo tra il Comune di Modena, le Unioni dei Comuni della Provincia di Modena e l’Azienda U.S.L. - Direzione socio-sanitaria e Servizio di Psicologia Clinica per l’individuazione degli ambiti di competenza, ai fini della collaborazione e dell’integrazione operativa, relativi alla tutela dei minori e delle famiglie”;
- il Protocollo d'intesa tra l'Azienda U.S.L. di Modena, l'Azienda Ospedaliera di Modena e il Comune di Modena, Settore Politiche sociali - Servizio Sociale Territoriale, per la presa in carico di donne in gravidanza e dei loro nuclei familiari con fragilità sociosanitaria e multiproblematicità e dimissioni protette madre e bambino;
- la Convenzione tra il Comune di Modena e l'Azienda USL di Modena per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per il funzionamento dell’Ufficio di Piano e per la gestione del Piano distrettuale per la non autosufficienza, recepita con Deliberazione di Giunta Comunale n. 506 del 04/10/2022 e con Decisione dell’Azienda USL n. 2285 del 28/10/2022;

- la Delibera di Giunta Comunale 754 del 19/12/2023 ad oggetto “Approvazione accordo di programma piano nazionale non autosufficienza 2022-2024. accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità”.

Richiamati inoltre:

- il “Regolamento di solidarietà civica per la concessione di interventi economici di assistenza sociale”, approvato con deliberazione del Consiglio comunale n. 57 del 20/10/2016;
- i Regolamenti comunali della non autosufficienza per disabili e anziani;
- i contratti di servizio, in regime di accreditamento, per la gestione del servizio di assistenza domiciliare;

nonché tutti i contratti per la gestione dei servizi di assistenza, relativi al presente accordo, stipulati dal Settore Servizi Sociali, Sanitari e per l'Integrazione e dall'Azienda USL di Modena – Dipartimento Salute mentale e Dipendenze Patologiche (DSM DP).

I – PARTE GENERALE

Art. 1 Oggetto

L'accordo, 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 dell'accordo 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 e con i Soggetti della rete cittadina.

L'obiettivo fondamentale è la valorizzazione dei cittadini in carico al DSM DP e ai Servizi Sociali del Comune di Modena garantendo loro una progettazione integrata che permetta di evitare forme di istituzionalizzazione ed emarginazione e il ricorso improprio al ricovero ospedaliero, favorendo, attraverso la continuità assistenziale e la globalità dell'intervento, l'autonomia personale e l'integrazione nella rete relazionale dell'utente.

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, l'integrazione, la continuità assistenziale, l'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.

La prevenzione del disagio mentale e la promozione del benessere psichico consentono 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 e 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 e, 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 e di principio, ma concretamente radicata nei contenuti e nelle pratiche.

Art. 3 Destinatari dell'accordo

I destinatari dell'accordo sono **cittadini italiani, comunitari e stranieri residenti a Modena** con:

a) disturbi mentali, disturbi da uso di sostanze o gioco d'azzardo, indipendentemente dall'età, in carico al DSM DP e ai Servizi sociali del Comune;

b) disabilità associata a patologie mentali per le quali è in atto o è prevista una presa in carico integrata da parte del DSM DP NPJA e dei Servizi sociali del Comune.

Inoltre, sono destinatari del presente accordo anche le persone che **presentano le patologie di cui ai punti a) e b)** e che sono:

- persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a quelli non differibili;
- cittadini stranieri non residenti, con regolare titolo per il soggiorno sul territorio italiano, con un legame significativo con il territorio comunale. È da ritenersi legame significativo con il territorio, il domicilio dichiarato e verificato tramite la Questura che ha rilasciato il permesso di soggiorno. Qualora la presenza effettiva sul territorio non coincida col domicilio riportato sul permesso di soggiorno saranno presi in esame altri indicatori:
 - 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;
 - utilizzo dei servizi a bassa soglia;
- cittadini stranieri privi di titolo di soggiorno, con un legame significativo con il territorio comunale a cui verranno garantiti i percorsi integrati secondo gli indicatori sopra definiti che comprovano il radicamento sul territorio comunale. L'eventuale compartecipazione alle risorse verrà valutata di volta in volta, ferma restando la tutela primaria della salute.

Art. 4 Impegni delle parti

Servizi Sociali del Comune di Modena e il DSM-DP si impegnano a garantire, a favore dei cittadini di cui all'Art. 3, le seguenti attività:

- la partecipazione ai lavori dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) al fine di formulare Progetti Personalizzati centrati sui bisogni della persona e volti a migliorarne le competenze (d'ora in avanti "PTRI") rispetto agli assi dei determinanti sociali della salute (abitare-formazione/lavoro-socialità);
- la facilitazione dell'accesso dei cittadini agli interventi oggetto del presente accordo attraverso i punti operativi delle due organizzazioni;
- la partecipazione dei propri operatori a corsi di aggiornamento e formazione organizzati in forma congiunta;
- la garanzia della copertura della spesa per la parte di competenza come previsto dal presente accordo.

Art. 5 Organismi dell'accordo

Sono organismi dell'Accordo: 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 sociosanitarie; 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 sociosanitario.

L'Ufficio di Piano, eventualmente integrato da altre figure del DSM DP, svolge anche funzioni di

monitoraggio, cui viene affidato il compito di tenere sotto controllo la gestione degli interventi sociosanitari, residenziali e non, sia quelli storici che quelli avviati in corso d'anno.

Da tale lavoro, posto a confronto con gli analoghi svolti presso gli altri distretti, potranno scaturire linee di indirizzo sui criteri di valutazione da applicare agli interventi sociosanitari oggetto del presente accordo.

L'Ufficio di Piano svolge funzioni di raccordo con il DSM DP e con il Servizio sociale territoriale al fine di definire una programmazione annuale degli interventi. Tale programmazione annuale verrà sottoposta e approvata dal Comitato di Distretto.

Art. 6 Accesso ai Servizi

Fra gli obiettivi prioritari del presente accordo vi è quello di sviluppare, diffondere e praticare modalità di lavoro integrato tra DSM DP e 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 Servizi condividono inoltre l'opportunità di curare e sviluppare attività ed interventi di prossimità in un'ottica di maggior coinvolgimento della comunità e di prevenzione.

I punti di accesso alla rete integrata sociosanitaria sono i Servizi territoriali o i percorsi collegati a specifici progetti, in particolare:

- CSM
- SerDP
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)
- Psicologia Clinica
- Centri Adolescenza
- Servizio Sociale territoriale attraverso i Poli sociali
- Centro Servizi per l'inclusione e il contrasto alle Marginalità
- Progetto MNSA attraverso Equipe minori stranieri non accompagnati
- PUA
- Percorso per le Gravidanze Multiproblematiche (MMG, Ospedale,...)
- Casa della Comunità
- Dipartimento cure primarie

L'accesso alle sedi dei Servizi territoriali può essere effettuato direttamente da parte del cittadino interessato, di un familiare, del tutore giuridico o dall'amministratore di sostegno (AdS) ovvero tramite il Medico di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di Libera Scelta (PLS), o altri servizi sanitari o su richiesta reciproca dei servizi sanitari e sociali nel rispetto della normativa della privacy.

I soggetti che aderiscono al presente accordo 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, alternative di cura e di assistenza.

Art. 7 Metodologia del lavoro socio sanitario integrato e lavoro di comunità

Servizi sociosanitari di comunità

Il lavoro di comunità è una pratica di lavoro sociale applicata in diversi settori di intervento e da diverse figure professionali sociosanitarie (assistente sociale, operatore sociale, medico di medicina generale, educatore, psicologo, pediatra etc.)

Non è quindi prerogativa esclusiva dell'assistente sociale, anche se è una dimensione in cui storicamente il servizio sociale si è impegnato e che ha sviluppato come metodo specifico (community work).

Infatti, i Servizi socio-sanitari del territorio da anni hanno adottato questa metodologia professionale per concorrere allo sviluppo della comunità locale, utilizzando le conoscenze, le competenze e gli strumenti specifici e adattando le proprie funzioni alle esigenze del territorio che diventa soggetto e non solo oggetto degli interventi di progettazione.

In tal senso il lavoro di comunità promuove iniziative dedicate ad una collettività, anziché ai singoli o alle famiglie, collega persone e gruppi tra loro per intraprendere azioni comuni utili a fronteggiare problemi e conflitti e a sviluppare senso di appartenenza alla comunità e benessere sociale.

Ne sono esempi concreti: la sensibilizzazione su problemi specifici del territorio per stimolare azioni dei cittadini e di organizzazioni tese a proporre soluzioni condivise, l'organizzazione e la facilitazione di tavoli di confronto per una programmazione partecipata di sviluppo della comunità, l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto all'interno di progetti più ampi.

Tutti i professionisti che concorrono al lavoro di comunità studiano la comunità ed intervengono, insieme ad altri operatori del territorio, per stimolare i cittadini alla consapevolezza, alla responsabilizzazione e alla partecipazione nelle decisioni che riguardano il suo sviluppo. Ad oggi, è uno dei criteri attraverso cui sono strutturati e articolati i servizi sociosanitari ed è al tempo stesso un principio di riferimento nell'erogazione delle prestazioni dei servizi sanitari e sociali.

Piano di zona (art. 7 della legge quadro di riforma del sistema dei servizi sociali 328/2000), rappresenta uno dei maggiori strumenti strategici per governare le politiche sociali a livello territoriale e, in un'ottica di lavoro di comunità, ha la funzione di coordinare ed organizzare soggetti diversi in un ambito territoriale, "favorire la creazione di una rete di servizi e interventi flessibili, stimolando le risorse della comunità locale".

Pertanto, con il lavoro di comunità gli operatori socio-sanitari si propongono di implementare e attivare una serie di processi e attività orientati:

- alla facilitazione dell'assunzione di responsabilità collettiva;
- all'agevolazione dei soggetti sociali alla partecipazione e collaborazione;
- allo sviluppo di relazioni e di legami che favoriscano il senso di appartenenza;
- all'acquisizione e al miglioramento di competenze da parte dei soggetti della comunità.

Un lavoro di comunità orientato e finalizzato alla partecipazione dei soggetti della comunità implica l'assunzione di una prospettiva teorica che concepisca la comunità come *soggetto sociale* capace di rispondere alle proprie criticità, dotata di specifiche competenze e potenzialità che costituiscono una risorsa sui cui far riferimento e al tempo stesso da attivare.

Nel lavoro di comunità, si concentra l'attenzione:

- sui processi di cambiamento che si verificano nel singolo e nella comunità;
- sull'autodeterminazione dell'individuo e della comunità come attori sociali;
- sul rafforzamento dell'*empowerment*.

Il singolo e la comunità sono considerati, nella loro dignità e nelle loro facoltà di determinarsi, come

soggetti competenti, in grado di rispondere allo squilibrio che si potrebbe creare nelle loro situazioni di vita. Pertanto, il fulcro dell'intervento di comunità è l'attivazione, il rafforzamento, lo sviluppo di queste competenze e risorse che sono già in qualche modo presenti nella comunità.

Non si parla quindi di soggetti passivi, oggetto di cure da parte dei servizi, ma **di cittadini attivi**, attori sociali protagonisti della propria vita e costruttori della propria realtà.

La comunità come soggetto sociale, dunque possiede delle specifiche competenze e un patrimonio di conoscenze che formano il suo passato e al tempo stesso costituiscono il suo futuro.

I **servizi sociosanitari di comunità** si propongono quindi di sostenere comunità formate da soggetti sociali attivi in cui al loro interno siano attivati, *sviluppati e mantenuti percorsi e processi virtuosi di solidarietà e responsabilità sociale*, dove il problema del singolo diventa problema della comunità.

Gli ambiti di impiego di questa pratica di sviluppo delle risorse comunitarie sono riconducibili a tutti quei luoghi dove le persone vivono le loro giornate e svolgono le loro attività quotidiane: il quartiere, la scuola, il luogo in cui si lavora, le organizzazioni di volontariato, l'associazionismo, la città.

Integrazione come cardine del lavoro sociosanitario

La metodologia di lavoro è caratterizzata dalla massima integrazione fin dai primi momenti di collegamento del DSM DP con i Servizi Sociali Territoriali, a partire dalla richiesta di **valutazione e consulenza**, fino ad arrivare alla progettazione più complessa relativa a interventi di presa in carico territoriale in ambito sociosanitario quale **Presa in carico integrata** e **Progettazione Personalizzata** in UVM.

Art. 8 Il lavoro di integrazione socio-sanitaria nei presidi socio-sanitari territoriali

1. Richiesta di consulenza e valutazione

Consulenza. Uno dei possibili livelli di integrazione tra gli operatori del DSM DP e del Settore Servizi 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 e 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 a cittadini anche non in carico, oppure in carico ad uno solo dei Servizi, sia tramite una **consulenza diretta del caso**, sia, **indirettamente**, attraverso una riflessione e un confronto tra operatori. La consulenza non necessariamente dovrà sfociare in una presa in carico.

La **consulenza diretta sul caso** dovrà essere svolta preferibilmente in maniera congiunta tra operatore sanitario e operatore sociale, alla presenza dell'utente.

La **consulenza indiretta** (senza la presenza dell'utente) si può realizzare tra operatori e può coinvolgere altri professionisti direttamente implicati nel caso.

- **La consulenza da parte del professionista del DSM DP presso i Servizi Residenziali e semiresidenziali per Anziani non autosufficienti e Disabili, (CRA, CD, CSRR e CSRD)** viene attivata da parte del coordinatore accompagnata dalla richiesta del medico della struttura. La richiesta dovrà contenere tutte le informazioni sanitarie riguardanti lo stato di salute dell'ospite. In questo caso, oltre ad effettuare la consulenza diretta al paziente, lo specialista sanitario si rende disponibile ad orientare il personale della residenza sulla migliore modalità di gestione del caso.

- **Per le altre strutture residenziali che accolgono i cittadini fragili in carico al SST e/o al Centro servizi per l'inclusione e il contrasto alle Marginalità** la richiesta di consulenza al professionista del DSM DP può essere attivata dall'Assistente Sociale che avrà cura di coinvolgere il MMG.
- **Il Centro servizi per l'inclusione e il contrasto alle Marginalità fornisce attività di consulenza** relativamente alla situazione giuridica e amministrativa, alla definizione dei documenti, e alle modalità per il soggiorno regolare dei cittadini stranieri in carico al DSM-DP. La richiesta di consulenza, in forma scritta, viene inviata al Responsabile del Centro Servizi per l'inclusione e il contrasto alle Marginalità.

Valutazione. Quando il professionista di parte sanitaria o sociale rileva, rispetto ad un utente in carico, problematiche che hanno la necessità, per essere più appropriatamente affrontate, di una valutazione, per una eventuale presa in carico e progettazione congiunta/integrata, effettua una richiesta di valutazione all'altro Servizio.

La richiesta di valutazione, in forma scritta, tramite mail, deve contenere una descrizione dettagliata del caso e la motivazione per cui si chiede l'attivazione dell'altro Servizio e deve essere inviata al Responsabile del Servizio al quale è fatta la richiesta, ovvero:

Quando la richiesta proviene dal DSM DP la richiesta di valutazione, possibilmente concordata con il MMG/PLS, deve essere inviata a seconda del caso:

- al responsabile del Polo sociale territorialmente competente per tutti i cittadini residenti;
- al responsabile del Centro Servizi per l'inclusione e il contrasto alle Marginalità per le situazioni delle persone senza fissa dimora o in condizioni di povertà estrema;
- al responsabile del progetto MNSA (Minori stranieri non accompagnati) per i minori stranieri non accompagnati.

Quando la richiesta proviene dal Settore Servizi Sociali, Sanitari e per l'integrazione del Comune la richiesta di valutazione, possibilmente concordata con il MMG/PLS, deve essere inviata:

- al Responsabile territoriale del CSM di riferimento;
- al Responsabile territoriale del SerDP;
- al Responsabile della NPIA;
- al Responsabile del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per Persone con Disturbi dello Spettro Autistico 0-17 anni, del PDTA dei DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari);
- al Responsabile della Psicologia Clinica che afferisce alle Cure Primarie.

Quando le richieste di valutazione provengono dalla COT, nel caso di dimissioni protette, devono essere inviate, ai Responsabili Territoriali dei Servizi precedentemente indicati.

Le richieste di valutazione di situazioni di non autosufficienza devono essere inviate alla COT e contestualmente al Responsabile Area Integrazione Socio-sanitaria (Dipartimento di Cure Primarie) del Distretto.

B. Presa in carico integrata e Progettazione Personalizzata in UVM

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 Servizi Sociali, caratterizzato da una forte assunzione di responsabilità di tutti i soggetti rispetto alla messa in atto di progetti personalizzati, nel corso delle diverse fasi di vita in cui si trova il cittadino, attraverso un processo di 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 nella definizione di **Progetti Personalizzati** che tengano conto tanto delle limitazioni, quanto delle potenzialità del soggetto e del suo contesto di vita, per arrivare al recupero, da parte della persona in difficoltà, dell'autonomia maggiore possibile perché possa esercitare nuovamente un potere contrattuale e possa successivamente mantenere le competenze e delle autonomie acquisite.

Fin dall'inizio della presa in carico e nel corso di tutta la progettazione, il protagonismo dell'interessato, deve configurarsi come consenso e partecipazione attiva al processo della recovery.

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:

- l'abitare;
- la formazione, l'orientamento e l'inserimento nel mondo del lavoro;
- la socializzazione, l'inclusione sociale e il diritto di cittadinanza.

Gli interventi di sostegno sociosanitario e riabilitativo si identificano, perciò, con progetti rivolti agli ambiti dell'abitare, della formazione e dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale.

I protagonisti della presa in carico e del lavoro in rete sono, insieme all'utente/cittadino e alla sua famiglia, il Servizio Sanitario e Sociale, e tutti i soggetti formali e informali coinvolti a vario titolo nella progettazione.

All'interno della presa in carico e della progettazione integrata, devono essere previsti periodici **momenti di confronto e di verifica** del Progetto Personalizzato in particolare tra i professionisti del DSM DP e gli operatori del sociale. Tali verifiche congiunte, oltre a realizzarsi in base a 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 luoghi per la costruzione e il monitoraggio del progetto personalizzato e quindi per una presa in carico integrata, sono **l'Equipe Territoriale integrata e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**.

L'Equipe Territoriale Integrata è costituita dai professionisti sanitari e sociali che, insieme al cittadino, la sua famiglia e le persone di riferimento, attivano attraverso **l'Unità di Valutazione Multiprofessionale** il processo di valutazione del bisogno sociosanitario e la progettazione personalizzata (UVM di Primo livello).

L'attività dell'UVM di Primo livello coinvolge tutti gli attori rilevanti (Servizi sanitari, Servizi Sociali, Associazioni di volontariato, Associazioni dei familiari, Associazioni di utenti, Cooperazione sociale, Privato imprenditoriale, Cittadini, Familiari, etc..) nel rispetto dei principi di appropriatezza ed economicità dell'intervento.

Le modalità di realizzazione dell'UVM fanno riferimento agli "Indirizzi regionali per la realizzazione

di UVM nei progetti con budget di salute” di cui alla lettera della RER del 02/05/2018, secondo cui l’UVM per i progetti budget di salute, può rispondere anche all’esigenza di valutare in maniera integrata le richieste di inserimento in strutture residenziali sociosanitarie, educative e assistenziali, con l’obiettivo di ridurre interventi inappropriati e di contrastare la cronicizzazione legata all’istituzionalizzazione.

Il percorso di co-costruzione del progetto, in UVM, porta alla sottoscrizione di **un contratto con la persona** attraverso uno strumento di lavoro condiviso tra Servizi Sociali e DSM DP, definito “Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato - PTRI” compilato sia per l’avvio che per le successive verifiche del progetto, in cui, accanto agli esiti della valutazione ottenuta attraverso strumenti basati sull’evidenza e condivisi, vengono definiti sia gli obiettivi da raggiungere sia gli interventi e le modalità di compartecipazione della spesa sociosanitaria tra il cittadino e la sua famiglia ed i Servizi secondo la metodologia del Budget di Salute (Delibera 1554/2015).

In questa prima fase di valutazione, i professionisti di parte sanitaria e sociale collaborano nell’informare l’utenza riguardo alla necessità di fornire la documentazione amministrativa da consegnare ai Servizi sociali al fine di valutare le risorse economiche e l’eventuale partecipazione alla spesa per l’attivazione del percorso sociosanitario. Qualora si arrivi all’attivazione di percorsi sociosanitari, spetta agli operatori dei Servizi Sociali raccogliere e verificare la documentazione amministrativa.

Nel corso della UVM, effettuata la prima valutazione dei bisogni, in base ai risultati ottenuti, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e viene sviluppata la proposta del Progetto Personalizzato che può riguardare uno o più dei tre ambiti sociosanitari e assistenziali: dell’abitare, della formazione/lavoro, della socializzazione/inclusione sociale.

Nella Unità di Valutazione Multiprofessionale vengono definiti tutti gli attori che faranno parte dell’Equipe di Progetto: l’utente, i suoi familiari, gli operatori di riferimento DSM DP e gli operatori sociali del Comune di Modena, gli eventuali altri operatori presenti sul caso, i partner in qualche modo collegati o interessati, i volontari.

Ogni equipe di Progetto definisce un Case Manager per la parte sanitaria e un Responsabile per la parte sociale.

La progettazione condivisa richiede anche:

- 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.

Questo tipo di valutazione viene svolta mensilmente da parte **dell’Unità di Valutazione Multiprofessionale di 2° Livello** che è costituita da delegati del Direttore del DSMDP e dei Dirigenti del Servizio Sociale. In questa fase si effettua una valutazione di equità, congruità, omogeneità ed appropriatezza nonché l’autorizzazione definitiva alla spesa.

Qualora si presentino situazioni particolari e urgenti, in cui non è possibile seguire il normale iter procedurale sopra descritto, l’Equipe Integrata può procedere all’attivazione del progetto soltanto dopo l’acquisizione preventiva del parere favorevole dei dirigenti responsabili di budget sociale e sanitario con una successiva regolarizzazione della pratica.

Art. 9 Il lavoro di integrazione socio-sanitaria della COT

La COT convoca l’UVM per la gestione delle richieste di **dimissione protetta ospedaliera e/o di valutazione che provengono dai presidi socio-sanitari territoriali**.

I destinatari degli interventi della COT sono per lo più persone non autosufficienti, che vengono segnalate per bisogni sociosanitari complessi (non autosufficienza e disabilità), che si evidenziano in

fase di dimissione ospedaliera o a livello domiciliare con particolare riguardo a:

- anziani non autosufficienti a partire dai 65 anni con patologia psichiatrica;
- adulti con patologia psichiatrica o legata alle dipendenze con problemi di non autosufficienza;
- adulti con disturbi intellettivi/disabilità e patologia psichiatrica.

La valutazione della non autosufficienza, viene effettuata dall'UVM convocata dalla COT, che si avvale di specifici strumenti (BINA, Nursing etc.) e si realizza attraverso tre fasi che possono portare alla definizione di una condizione di Non autosufficienza.

Potranno essere valutate anche situazioni di temporanea non autosufficienza le cui progettazioni terranno conto dei tempi di recupero/riabilitazione.

La temporaneità di norma non può essere superiore a 6 mesi; nel caso in cui non vi sia una rivalutazione la progettazione si considera conclusa. La rivalutazione deve essere attivata attraverso la COT almeno 45 giorni prima della scadenza.

ANZIANI E CITTADINI ASSIMILABILI

	STEP I	STEP II	
		Cognitività:	Funzionalità:
Anziani con patologia psichiatrica	BINA>230	MMSE (<15/30) e CDR>= 3 – cognitivo o SPMWQ>8 errori/10	ADL<= 2 (max 6) - funzionale
Adulti disabili con patologia psichiatrica	BINA NON UTILIZZABILE	MMSE (<15/30) e CDR >= 3 - cognitivo	ADL<= 2 (max 6) - funzionale

Progetti residenziali per persone già inseriti in CRA con PTRI nel momento della valutazione della non autosufficienza.

Gli anziani con patologia psichiatrica che siano risultati non autosufficienti vengono inseriti nella rete dei Servizi della Non Autosufficienza finanziati con il FRNA. Gli ingressi in tali servizi avvengono attraverso regolamenti comunali. Per il Comune di Modena l'accesso al posto accreditato di CRA avviene tramite graduatoria salvo i casi che abbiano i criteri dell'urgenza, anche questa disciplinata dai regolamenti comunali.

Nel caso in cui le persone non abbiano i criteri dell'urgenza pur inserite in graduatoria e non in posizione utile per l'accesso, si possono distinguere due casistiche:

1. nuovi inserimenti rispetto alla sottoscrizione dell'accordo;
2. utenti già inseriti al momento della sottoscrizione dell'accordo.

Le rivalutazioni delle persone inserite in CRA con PTRI al momento della sottoscrizione dell'accordo, con particolare riferimento alla non autosufficienza, vengono effettuate almeno alla scadenza del PTRI; qualora si ravvisino le condizioni di non autosufficienza anche prima su richiesta del sanitario competente (medico di struttura o psichiatra).

Nuovi inserimenti: per i nuovi inserimenti in Strutture Residenziali sarà necessario definire e far sottoscrivere al cittadino al momento della condivisione del PTRI anche gli accordi economici. Tali accordi dovranno prevedere che, qualora l'utente psichiatrico dovesse diventare non autosufficiente andranno a modificarsi i criteri di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e che, nel tempo di attesa di ingresso nei posti accreditati, il cittadino che non ha i criteri dell'urgenza pagherà l'intera

retta non essendoci il concorso di nessun Fondo così come accade per tutti i cittadini modenesi.

Utenti già inseriti al momento della sottoscrizione dell'accordo: per questi cittadini si rende necessaria una **fase transitoria** che prevede che il cittadino paghi la retta come se fosse su posto accreditato e il DSM paga con fondo sanitario la quota equivalente a quanto sostenuto dal FRNA.

Nel caso in cui l'adulto con patologia psichiatrica/o legati alle dipendenze sia stato valutato non autosufficiente e abbia una patologia assimilabile all'area anziani valgono le regole di compartecipazione previste per gli anziani con patologia psichiatrica risultati non autosufficienti.

Nel caso in cui l'adulto con patologia psichiatrica/o legati alle dipendenze sia stato valutato non autosufficiente e non abbia una patologia assimilabile all'area anziani la tariffa viene divisa al 50% tra il Fondo Sanitario (FS) e cittadino/Comune. Le regole di compartecipazione per la definizione della quota utente sono applicate in analogia a quanto previsto per gli inserimenti nei servizi residenziali con PTRI.

Le stesse regole valgono anche per le situazioni di temporanea non autosufficienti.

A. Progetti domiciliari e di sostegno all'abitare

Per quanto riguarda tutti i progetti a sostegno della domiciliarità di anziani con patologia psichiatrica che siano risultati non autosufficienti i costi sanitari vengono sostenuti dal FRNA.

Per i progetti domiciliari di adulti con patologia psichiatrica valutati non autosufficienti, anche **temporaneamente** assimilabili all'area anziani la quota relativa ai fondi sanitari (50%) viene imputata al FRNA. Nel caso di adulti non autosufficienti con patologie non assimilabili all'area anziani, la quota sanitaria pari al 50% viene imputata al FS.

DISABILITÀ

Nel caso di pazienti con Disabilità cognitiva la condivisione progettuale e compartecipazione della Salute Mentale è soggetta ai seguenti criteri:

1. Diagnosi psichiatrica relativa a un Disturbo Mentale Grave;
2. Almeno 1 item = 3 nella sezione 1 della scheda B della Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna n. 2023 del 02/03/2010 avente ad oggetto "Approvazione strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili".

La valutazione/rivalutazione del paziente deve avvenire in UVM per accertare i requisiti di cui sopra.

Qualora il paziente con Disabilità cognitiva e patologia psichiatrica abbia necessità di inserimento in Strutture residenziali autorizzate e/o accreditate, la quota del 75% della tariffa viene suddivisa al 50% tra FRNA e FS, rimanendo il restante 25% a carico dell'utente/comune. Per la definizione della quota di compartecipazione dell'utente si fa riferimento ai Regolamenti comunali sui servizi della disabilità.

Gli eventuali interventi aggiuntivi vengono sostenuti dal FS.

Nel caso di progetti domiciliari di pazienti con Disabilità cognitiva e patologia psichiatrica la quota relativa ai fondi sanitari (pari al 50%) viene suddivisa al 50% tra FRNA e FS, rimanendo il restante 50% a carico dell'utente/comune. Per la definizione della quota di compartecipazione dell'utente si fa riferimento ai Regolamenti comunali sui servizi della disabilità.

9.1 Percorsi di lavoro della COT

1. Dimissione protetta ospedaliera: viene attivata dai reparti ospedalieri una **dimissione protetta** attraverso una segnalazione alla COT, che si occupa di individuare i professionisti

sociali e sanitari più idonei a valutare la situazione di bisogno per elaborare un progetto personalizzato e ad attivare i servizi e gli interventi necessari. I destinatari sono persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza che, alla dimissione, necessitano di supporto dei servizi sanitari e/o sociosanitari territoriali. La COT, quindi, invia la richiesta attraverso mail di partecipazione ad una UVM, presso l'Ospedale, ai Servizi del DSM DP, al MMG, al Servizio Sociale Territoriale nonché ad altri Servizi coinvolti. La valutazione di norma dovrebbe essere svolta entro 5 giorni dalla richiesta di partecipazione.

2. Valutazioni richieste dai servizi territoriali (DSM-DP, DCP, Servizio Sociale) alla COT in relazione alla definizione di non autosufficienza definitiva o temporanea e alla eventuale condizione di assimilabilità.
3. Valutazioni richieste dai servizi territoriali (DSM-DP, DCP, Servizio Sociale) alla COT in relazione alla definizione di una "doppia diagnosi" dovuta alla presenza di Disabilità cognitiva e di patologia psichiatrica; compresenza del DSM DP e del DCP.

La COT viene attivata dai Servizi Territoriali con una segnalazione mail o telefonica.

Per facilitare le dimissioni, di persone in carico al DSM DP non inserite in Strutture Residenziali valutate non autosufficienti, non protraendo i tempi del ricovero, nel periodo di attesa in graduatoria, che precede l'ingresso nei posti accreditati in Casa Residenza anziani, la persona, potrà essere collocata:

- in un posto accreditato presso una Casa Residenza, come temporanea urgente quando ne sussistano i requisiti;
- in un posto autorizzato (non accreditato) presso una Casa Residenza con pagamento totale della retta a carico dell'ospite.

Si specifica che per gli utenti del DSMDP già inseriti in Strutture residenziali vi è una fase transitoria come definito nel punto 7.2.

Art. 10 Interventi progettuali

Percorso di sostegno alla domiciliarità e all'abitare

Da diversi anni, nel nostro contesto, i percorsi di sostegno alla domiciliarità e all'abitare riconoscono nel Budget di salute lo strumento a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato per l'integrazione socio-sanitaria di persone affette da disturbi mentali gravi. Alla sua definizione partecipano risorse umane e materiali, individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (migliore guarigione possibile), 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 integrazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non sia 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.

Gli interventi sociosanitari in ambito residenziale possono perciò comprendere, accanto alle soluzioni riabilitative offerte dalle risorse proprie della Salute Mentale (Gruppi appartamento e

Comunità Alloggio) interventi che fanno riferimento al modello dell'abitare supportato. Tale modello pone molta enfasi sulla scelta da parte della persona del contesto in cui vivere, piuttosto che basarsi sulla semplice disponibilità di posti residenziali, sottolineando la necessità di un attivo coinvolgimento della persona in tutte le scelte che lo riguardano.

Il riconoscimento dell'alloggio quale fattore chiave nella promozione dell'inclusione sociale e della cittadinanza ha portato a modelli abitativi di abitare supportato che incorporano gli aspetti della vita quotidiana e li declinano secondo quanto definito nel progetto personalizzato, tenendo conto di tutti gli obiettivi sociali della persona come l'istruzione, il lavoro, le relazioni affettive significative e la salute.

Di conseguenza, la previsione di alloggi permanenti e convenienti dal punto di vista economico, abbinati a un supporto flessibile e calibrato sull'utente, rappresenta il modello più promettente.

Gli interventi possono perciò includere azioni volte al conseguimento di abilità e competenze legate alla gestione e alla cura della propria persona e della casa, sia in alloggi autonomi che in convivenza (esperienze di coabitazione). Le soluzioni abitative potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione ai bisogni riconosciuti nei PTRI e alla scelta delle stesse persone, e con forme di sostegno attivo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente relazionale di vita, attraverso interventi domiciliari.

Tali interventi possono essere rivolti anche a pazienti che rimangono nel proprio domicilio, quale supporto al mantenimento d'una buona condizione abitativa e familiare, attraverso l'integrazione di interventi clinici e riabilitativi forniti dall'Azienda USL e competenze sociali ed educative fornite dai Servizi sociali, finalizzate al recupero delle autonomie delle persone o famiglie nella loro capacità di vivere in modo autonomo.

Asse Formazione/Lavoro

Comprende tutte le azioni finalizzate a promuovere la partecipazione attiva alla vita di comunità, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro, nell'ambito degli strumenti previsti dalla normativa in materia di tirocini formativi e azioni propedeutiche all'inserimento lavorativo e al mantenimento del posto di lavoro.

Il DSM compartecipa alle spese dell'appalto per il Servizio Inserimenti Lavorativi (SIL) con una quota che potrà essere definita annualmente tramite scambio di lettere, fermo restando la facoltà di conferimento di mandato per l'espletamento della gara.

Asse Affettività/Socialità

Gli interventi educativi in questa area hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva e la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive specificatamente organizzate nei contesti e nei luoghi di vita delle persone. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.

Per la parte del Social point il Comune di Modena mette a disposizione una quota annuale che potrà essere definita annualmente tramite scambio di lettere.

Art. 11 Strumenti

Gli strumenti tecnico-professionali utilizzati dal DSM-DP e dal Comune per la realizzazione degli interventi di cui al presente accordo sono i seguenti (elenco indicativo e non esaustivo):

- Verbali UVM;
- PTRI: Piano terapeutico riabilitativo individualizzato;
- Bilancio familiare.

La compilazione dei suddetti strumenti, che includono la parte progettuale, autorizzativa della spesa, amministrativa e contabile, non appena possibile avverrà attraverso strumenti informatici condivisi tra il DSM e il Comune. Le parti si impegnano a implementare un sistema gestionale informatizzato a tale scopo. Gli strumenti progettuali verranno approvati in Comitato di Distretto.

Art. 12 Partecipazione alla spesa

I criteri di partecipazione alla spesa, riportati nella tabella sottostante, derivano dalla normativa regionale DGR 313/2009 ad oggetto "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011", dalla Delibera della Giunta Regionale n. 1554/2015 ad oggetto "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute", da indicazioni regionali, da regolamenti e delibere del Comune di Modena e da accordi tra le parti.

TIPOLOGIA DI RISORSE E PERCORSI PER CITTADINI CON PATOLOGIA PSICHIATRICA e/o DIPENDENZE		CRITERI DI RIPARTIZIONE DEL COSTO DEL SERVIZIO
<u>AREA RESIDENZIALITA'</u>		
Strutture sanitarie 100% a carico AUSL		
nel caso in cui l'utente non possa pagare le spese personali subentra l'Ente Locale con un contributo una tantum di € 130 mensili che potrà essere aggiornato sulla base delle deliberazioni comunali o atti dirigenziali		
Strutture residenziali socio-sanitarie e socio-educative		
Tutti gli interventi di sostegno all'abitare per cittadini con disabilità psichiatrica o con problematiche di dipendenza Con assistenza superiore alle 12 ore giornaliere	- 85% a carico del FS - 15% a carico dell'utente; nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o intera quota subentra l'EELL di riferimento con la propria regolamentazione, specifica per la definizione della quota a carico dei cittadini inseriti nei servizi residenziali con PTRI	
Tutti gli interventi di sostegno all'abitare per cittadini con disabilità psichiatrica o con problematiche di dipendenza Con assistenza inferiore alle 12 ore giornaliere	- 50% a carico del FS - 50% a carico dell'utente; nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o intera quota subentra l'EELL di riferimento con la propria regolamentazione specifica per la definizione della quota a carico dei cittadini inseriti nei servizi residenziali con PTRI	
Appartamenti di rientro di strutture accreditate per persone con disturbo da dipendenza, decorsi 6 mesi dall'inserimento	- 50% a carico del FS - 50% a carico dell'utente; nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o intera quota subentra l'EELL di riferimento con la propria regolamentazione specifica per la definizione della quota a carico dei cittadini inseriti nei servizi residenziali con PTRI	

ANNALISA RIGHI
FABRIZIO STARACE
ANDREA SPANO

PROTOCOLLO GENERALE: 2024/22675 del 10/06/2024

TIPOLOGIA DI RISORSE E PERCORSI PER CITTADINI CON PATOLOGIA PSICHIATRICA e/o DIPENDENZE	CRITERI DI RIPARTIZIONE DEL COSTO DEL SERVIZIO
AREA DOMICILIARITA'	
Tutti gli interventi di sostegno all'abitare per cittadini con disabilità psichiatrica o con problematiche di dipendenza (a titolo esemplificativo e non esaustivo: assistenza domiciliare, socioassistenziale ed educativa, etc)	<ul style="list-style-type: none"> – 50% a carico del FS – 50% a carico dell'utente; qualora l'utente non sia in grado subentra il Comune; la quota a carico dei cittadini viene definita sulla base dei Regolamenti comunali <p>La quota a carico del cittadino per acquistare servizi o sostenere spese legate alla domiciliarità viene definita all'interno dei Regolamenti comunali utilizzando lo strumento del bilancio familiare. Nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o dell'intera quota, la stessa viene suddivisa al 50% tra Comune e Azienda USL.</p>
AREA FORMAZIONE/LAVORO	
Tutti gli interventi di sostegno al lavoro, compresi i percorsi di avvicinamento al lavoro, per cittadini con disabilità psichiatrica o con problematiche di dipendenza	<ul style="list-style-type: none"> – Il DSM-DP sostiene l'appalto comunale per gli inserimenti lavorativi con una cifra che potrà essere confermata o rivista annualmente tramite scambio di formali comunicazioni
AREA AFFETTIVITA'/SOCIALITA'	
Tutti gli interventi di sostegno all'affettività e alla socialità per cittadini con disabilità psichiatrica o con problematiche di dipendenza	<ul style="list-style-type: none"> - Il Comune sostiene l'appalto del DSM-DP per gli interventi di affettività/socialità con una cifra che potrà essere confermata o rivista annualmente tramite scambio di formali comunicazioni – Tutti gli interventi previsti nel PTRI per la socializzazione, l'attività sportiva e l'inclusione sono sostenuti al 50% tra Comune e FS (a titolo esemplificativo e non esaustivo: contributi economici per l'attività sportiva, ricreativa, tempo libero, ...)

TIPOLOGIA DI RISORSE E PERCORSI PER CITTADINI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE E/O DIPENDENZE NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILI	CRITERI DI RIPARTIZIONE DI SPESA
<u>AREA RESIDENZIALITA'</u>	
Anziani con patologia psichiatrica che siano risultati non autosufficienti, in attesa dell'ingresso in residenza su posto accreditato sulla base dei regolamenti comunali.	

ANNALISA RIGHI
FABRIZIO STARACE
ANDREA SPANO

PROTOCOLLO DI VERIFICA 2024/220278 del 10/06/2024

TIPOLOGIA DI RISORSE E PERCORSI PER CITTADINI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE E/O DIPENDENZE NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILI	CRITERI DI RIPARTIZIONE DI SPESA
<p>Anziani non ancora in struttura <u>che verranno inseriti in residenza nel corso di validità dell'accordo</u> con progetto condiviso con DSM (NUOVO INSERIMENTO), che successivamente diventeranno non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% dell'intera retta a carico del cittadino utente fatte salve le situazioni per cui è previsto un inserimento urgente (TU) nei posti accreditati così come disposta dalle deliberazioni comunali
<p>Anziani già inseriti in strutture residenziali, al momento della sottoscrizione dell'accordo, con progetto condiviso con DSM (i cui elenchi sono posti agli atti dei rispettivi Enti) valutati non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 50% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota sanitaria pagata con fondo sanitario DSM
<p>Adulti con patologia psichiatrica che siano risultati non autosufficienti, ma con patologie assimilabili all'area anziani, in attesa dell'ingresso su posto accreditato sulla base dei regolamenti comunali</p>	
<p>Adulti valutati non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9 <u>che verranno inseriti in residenza con PTRI nel corso di validità dell'accordo (NUOVO INSERIMENTO)</u> su posto autorizzato in strutture residenziali al momento della sottoscrizione dell'accordo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% carico del cittadino utente fatte salve le situazioni per cui è previsto un inserimento urgente (TU) nei posti accreditati così come disposta dalle deliberazioni comunali
<p>Adulti valutati non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9 già <u>inseriti</u> in strutture residenziali con PTRI al momento della sottoscrizione dell'accordo (i cui elenchi sono posti agli atti dei rispettivi Enti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 50% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota sanitaria (quella che sarebbe imputabile sul FRNA) pagata con fondo sanitario
<p>Adulti con patologia psichiatrica che siano risultati non autosufficienti, senza patologie assimilabili all'area anziani (regole valide anche per inserimenti temporanei)</p>	
<p>Adulti definitivamente o temporaneamente non autosufficienti, valutati non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9, non assimilabili all'area anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 50% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota sanitaria (quella che sarebbe imputabile sul FRNA) pagata con fondo sanitario
<p>Disabili con patologie psichiatriche</p>	

PROTOCOLLO GENERALE n. 2024/220278 del 19/06/2024
 ANNALISA RIGHI
 FABRIZIO STARACE
 ANDREA SPANO

TIPOLOGIA DI RISORSE E PERCORSI PER CITTADINI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE E/O DIPENDENZE NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILI	CRITERI DI RIPARTIZIONE DI SPESA
Disabili che sulla base dei criteri di cui all'art. 9 sono stati valutati con grave disabilità cognitiva e comportamenti di particolare gravità correlati a un Disturbo mentale Grave	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 25% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota 75% imputabile sul FRNA viene suddivisa al 50% tra FRNA e FS Tutti gli interventi aggiuntivi rispetto alla tariffa riconosciuta al gestore vengono sostenuti dal FS
<u>AREA SEMIRESIDENZIALE</u> tariffa riconosciuta al gestore:	
Centri diurni e spazi anziani	
Anziani valutati non autosufficienti o adulti assimilabili sulla base dei criteri individuati nell'art. 9	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 50% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota sanitaria pagata con FRNA
Adulti definitivamente o temporaneamente non autosufficienti, valutati non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9, non assimilabili all'area anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 50% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota sanitaria pagata con il FS
Centri socio-riabilitativi diurni per disabili	
Disabili che sulla base dei criteri di cui all'art. 9 sono stati valutati con grave disabilità cognitiva e comportamenti di particolare gravità correlati a un Disturbo mentale Grave	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alberghiera pari circa 25% tariffa a carico del cittadino/Comune. La quota del cittadino viene definita sulla base dei Regolamenti comunali per la non autosufficienza - Quota 75% imputabile sul FRNA viene suddivisa al 50% tra FRNA e FS Tutti gli interventi che prevedono potenziamenti di personale rispetto a quanto previsto dalle tariffe riconosciute al gestore vengono sostenuti dal FS
Centri socio-occupazionali per disabili	
Disabili che sulla base dei criteri di cui all'art. 9 sono stati valutati con grave disabilità cognitiva e comportamenti di particolare gravità	<ul style="list-style-type: none"> - Quota 40% della tariffa a carico del Comune - Quota 60% suddivisa al 50% tra FRNA e FS Eventuali interventi aggiuntivi che prevedono potenziamenti di personale rispetto a quanto previsto dalle tariffe riconosciute al gestore vengono sostenuti dal FS

ANNALISA RIGHI
FABRIZIO STARACE
ANDREA SPANO
PROTOCOLLO GENERALE-2024/22028 del 10/06/2024

TIPOLOGIA DI RISORSE E PERCORSI PER CITTADINI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE E/O DIPENDENZE NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILI	CRITERI DI RIPARTIZIONE DI SPESA
Interventi di sostegno alla domiciliarità	
Anziani valutati non autosufficienti o adulti assimilabili sulla base dei criteri individuati nell'art. 9	<ul style="list-style-type: none"> – 50% a carico del FRNA – 50% a carico dell'utente; qualora l'utente non sia in grado subentra il Comune. La quota a carico dei cittadini viene definita sulla base dei Regolamenti comunali <p>La quota a carico del cittadino per acquistare servizi o sostenere spese legate alla domiciliarità viene definita sulla base del Bilancio familiare. Nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o dell'intera quota la stessa viene suddivisa al 50% tra Comune e Azienda USL</p>
Adulti definitivamente o temporaneamente non autosufficienti, valutati non autosufficienti sulla base dei criteri individuati nell'art. 9, non assimilabili all'area anziani	<ul style="list-style-type: none"> – 50% a carico del FS – 50% a carico dell'utente; qualora l'utente non sia in grado subentra il Comune. La quota a carico dei cittadini viene definita sulla base dei Regolamenti comunali <p>La quota a carico del cittadino per acquistare servizi o sostenere spese legate alla domiciliarità viene definita sulla base del Bilancio familiare. Nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o dell'intera quota la stessa viene suddivisa al 50% tra Comune e Azienda USL</p>
Disabili che sulla base dei criteri di cui all'art. 9 sono stati valutati con grave disabilità cognitiva e comportamenti di particolare gravità	<ul style="list-style-type: none"> – 50% ripartito al 50% tra FRNA e FS – 50% a carico dell'utente; qualora l'utente non sia in grado subentra il Comune. La quota a carico dei cittadini viene definita sulla base dei Regolamenti comunali <p>La quota a carico del cittadino per acquistare servizi o sostenere spese legate alla domiciliarità viene definita sulla base del Bilancio familiare. Nel caso in cui l'utente non riesca a farsi carico di parte o dell'intera quota la stessa viene suddivisa al 50% tra Comune e Azienda USL</p>

Art. 13 Partecipazione alla spesa da parte dei cittadini

Per ogni progettazione conseguente al presente accordo, gli operatori professionali corresponsabili del caso (operatori sanitari e operatori sociali) definiscono un progetto individuale nel quale viene indicata, tra l'altro, la ripartizione della spesa socio-sanitaria tra i Soggetti coinvolti (Ausl, Comune, cittadino).

A tal fine il cittadino destinatario degli interventi di cui al presente accordo è tenuto a presentare l'ISEE, quale documento indispensabile per l'accesso alle prestazioni. Talune prestazioni possono richiedere la presentazione di altri e/o ulteriori documenti (es. redditi etc.) al fine di formulare un corretto bilancio familiare dell'utente.

Qualora l'utente non presenti l'ISEE e la documentazione richiesta, la quota di compartecipazione gli sarà addebitata per intero.

III – SERVIZI PER MINORI

Art. 14 Interventi

La DGR n. 1102/2014 “Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento”, stabilisce che la spesa derivante dagli interventi di accoglienza in Comunità, di affido familiare, di assistenza domiciliare e/o di educativa territoriale intensiva, rivolti ai “casi complessi” sia ripartita al 50% fra bilancio sociale e bilancio sanitario. La progettazione integrata, con relativa ripartizione di spesa dei servizi e interventi attivati, è prevista per i “casi complessi” che vengono così definiti: la delibera definisce **“CASO COMPLESSO”**, con presa in carico integrata sociale e sanitaria, tutti i minori per i quali sia necessario attivare interventi di protezione/tutela, cura e riabilitazione dell’infanzia e adolescenza e del sostegno alle responsabilità genitoriali.

I servizi e gli interventi per i quali si applica la compartecipazione al 50% in un’ottica fortemente preventiva sono: interventi di sostegno alla domiciliarità, affido e interventi semiresidenziali o residenziali.

Sono di pertinenza del Servizio NPIA ed eleggibili a compartecipazione alla spesa:

1- minori con disabilità accertata (L.104/1992): l’indicatore è il riconoscimento dei benefici della L.104/1992, art.3 comma 3 (handicap grave);

2- minori con diagnosi di problematiche di natura psico-patologica: per l’individuazione dei minori con diagnosi di problematiche di natura psicopatologica si conviene di comprendere quali problematiche psicopatologiche quelle condizioni personali riconducibili ad una categoria diagnostica psicopatologica secondo l’ICD-10 (Asse 1) ed il cui livello complessivo di funzionamento sia compromesso significativamente, ovvero corrisponda ad un punteggio inferiore a 61 sulla Children-Global Assessment Scale (C-GAS).

Le problematiche psicopatologiche incluse nei criteri di cui al presente punto 2 includono codici diagnostici specifici dell’ICD-10: F20-F29, F30- F39 con criterio di gravità, F60-F69, F84- F92, per i quali si indica un valore di funzionamento uguale o inferiore a 61 alla scala C-GAS (situazione problematica in varie aree del funzionamento alla scala C-GAS).

Si escludono codici relativi a fattori ambientali e disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento (non classificabili come disturbi psicopatologici).

Ai fini di una completa illustrazione dell’applicazione della DGR 1102/2014 si rappresenta che sono di pertinenza del Servizio di Psicologia Clinica e di Comunità (Dipartimento Cure Primarie) ed eleggibili a compartecipazione alla spesa:

3- minori vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita

Gli indicatori ai fini della compartecipazione alla spesa sono:

- presenza di un provvedimento dell’A.G;
- presenza di Procedimento Penale aperto per i minori vittime di abuso e/o maltrattamento;
- diagnosi in Asse 1 dell’ICD-10 (per valutare gli esiti dei traumi subiti, ovvero il danno evolutivo riportato dai minori in una o più aree di sviluppo: socializzazione, affettività e attività) con criterio di gravità media (misurato con Scala SDQ e /o Questionario CBCL): per l’SDQ punteggio almeno di 18; per la CBCL elevazione psicopatologica almeno in una Scala.

Art. 15 Partecipazione alla spesa

I progetti personalizzati potranno comprendere percorsi che seguono i seguenti criteri di ripartizione di spesa:

Tipologia di percorsi	Criteri di ripartizione di spesa
<u>AREA RESIDENZIALITA' E ABITARE</u>	
Strutture sanitarie	100% a carico del FS
Strutture per la giustizia minorile per minori autori di reato	100% a carico del FS
Strutture residenziali autorizzate sulla base della DGR 1904/2011 (casa famiglia, comunità socio educativa, comunità integrata, ...)	-50% a carico del FS -50% a carico Comune
Strutture socio-riabilitative residenziali e semi-residenziali autorizzate sulla base della DGR 514/2009 (disabili gravi di cui alla Legge 104, art. 3 comma 3)	-75% a carico del FS -25% a carico Comune
Interventi di sostegno a domicilio (interventi assistenziali, educativi, economici, etc..)	- 50% a carico del FS - 50% a carico del Comune
<u>AREA SOCIALITÀ E FORMAZIONE</u>	
Interventi di promozione alla socializzazione	Le ripartizioni economiche di tali interventi tra Comune e FS vengono ripartite al 50%
Interventi di formazione e di avvicinamento al lavoro	Le ripartizioni economiche di tali interventi tra Comune e FS vengono ripartite al 50%

Nota bene: qualora vengano definite quote di partecipazione ai servizi da parte dei fruitori e/o delle loro famiglie, questa si considera ricompresa nella quota Comune.

IV – SERVIZI PER IL PASSAGGIO DALLA MINORE ETA' ALL'ETA' ADULTA

Art. 16 Interventi

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 PTRI.

Di norma si stabilisce che:

- Per i cittadini che presentano disabilità intellettiva accertata, isolata o in associazione ad altri disturbi (neurologici, cognitivi o comportamentali), si attiva il passaggio ai Servizi Sociali (Area non autosufficienza) e all'Area Fragilità del Dipartimento Cure Primarie e alla Medicina Riabilitativa per gli aspetti di competenza;
- Per i cittadini affetti da disturbi mentali di pertinenza preminentemente psichiatrica, viene attivato il passaggio al CSM e ai servizi sociali in relazione alla necessità di attivare progetti integrati socio-sanitari;
- Per i cittadini disabili che sulla base dei criteri di cui all'art. 9 sono stati valutati con grave disabilità cognitiva e comportamenti di particolare gravità, si attiva il passaggio ai Servizi Sociali (Area non autosufficienza) e all'Area Fragilità del Dipartimento Cure Primarie e al CSM.

V – DISPOSIZIONI FINALI

Art. 17 Disposizioni applicative

Eventuali progetti speciali, finanziati da Fondi regionali, nazionali o europei riguardanti le problematiche di cui al presente accordo saranno disciplinati da specifici atti.

Nel corso di vigenza del presente accordo potranno essere adottati specifici atti attuativi dello stesso, oltre ad essere meglio specificati e/o modificati le modalità di compartecipazione al costo dei servizi da parte del cittadino/utente.

Art. 18 Durata e controversie

Il presente accordo ha validità dalla sottoscrizione e fino al 30 giugno 2027, eventualmente rinnovabile per 24 mesi. Per eventuali controversie il foro competente è quello del Tribunale di Modena.

Letto approvato e sottoscritto li 07.06.2024

La Dirigente del Settore
Servizi Sociali Sanitari e per l'Integrazione
Dott.ssa Annalisa Righi

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche Ausl
Dr. Fabrizio Starace

Il Direttore del Distretto
Socio-Sanitario di Modena
Dott. Andrea Spanò

ANNALISA RIGHI

FABRIZIO STARACE

ANDREA SPANÒ

PROTOCOLLO GENERALE: 2024 / 226278 del 10/06/2024