

ACCORDO DI PROGRAMMA
(AI SENSI DELL'ART.34 DEL DECRETO LEGISLATIVO 18/8/2000, N. 267)
PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA DI COMUNITA'
E DEL COORDINAMENTO DELLE FUNZIONI SOCIALI E SANITARIE
IN MATERIA DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
TRA
COMUNE DI BOLOGNA E AZIENDA USL DI BOLOGNA

Gruppo di lavoro per l'aggiornamento e revisione dell'Accordo di Programma:

per il Comune di Bologna - Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere della Comunità:

Chris Tomesani – Capo Dipartimento Welfare e Promozione del benessere di comunità

Marialuisa Grech – Direttrice Settore Salute, Benessere e Autonomia della persona

Sabrina Sessa - Resp. U.I Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità - Settore Servizio Sociale

Ginetta Vasini - U.I Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità - Settore Servizio Sociale

Marco Tocco – Resp. U.I. Servizi e interventi per l'inclusione sociale - Settore Servizio Sociale

Carla Martignani – Coordinatrice U.I. Ufficio di piano - Dipartimento Welfare e Promozione del benessere di comunità

per ASP Città di Bologna:

Annalisa Faccini – Direttrice Area Coesione Sociale

per AUSL di Bologna:

Fabio Lucchi - Direttore Dipartimento Salute Mentale – DP

Rosa Angela Ciarrocchi - Direttrice UASS Distretto Città di Bologna - DASS - Direzione Attività Socio-Sanitarie

Monica Covili - Area DATeR dell'Integrazione e continuità assistenziale

Responsabile Sviluppo modelli organizzativi nelle dipendenze patologiche e coordinamento Settori Trasversali - U.A. Dipendenze Patologiche e sostegno alle Popolazioni Vulnerabili

Claudia Cuscini - Assistente Sociale Coordinatore CSM

Coordinatore Assistenti Sociali aziendali CSM; Referente Aziendale Team residenzialità

Maddalena Macelloni - Assistente Sociale UASS BO Area non Autosufficienza

Gruppo di lavoro interistituzionale SerDp Ausl – Comune di Bologna – ASP Città di Bologna:

per AUSL di Bologna:

Orietta Venturi - Assistente Sociale UASS BO U.O: Pepoli, Coordinatrice Equipe Carcere, Coordinatrice Aziendale AA. SS. Serdp

Laura Molinari - Assistente Sociale UASS BO SerDP Ovest

Torraco Ylenia - Assistente Sociale UASS BO SerDP Navile

Maria Netti - Assistente Sociale UASS BO SerDP Pepoli

Patrizia Vecchi - Assistente Sociale UASS BO SerDP Est

Elena Meschieri - Educatrice SerDP Ovest

Cristina Albertazzi - Educatrice SerDP Navile, Coordinatrice Aziendale Educatori Area SerDP

per il Comune di Bologna

Agata Tabuso - Resp. U.O. Servizio Sociale di comunità Navile – Settore Servizio Sociale

Angela Zecchi – Resp. U.O. Servizio Sociale di comunità Porto-Saragozza - Settore Servizio Sociale

Alessandro Viaggi – Resp. U.O. Servizio Sociale di comunità San Donato – San Vitale -
Settore Servizio Sociale

Marco Tocco – Resp. U.I. Servizi e interventi per l'inclusione sociale - Settore Servizio
Sociale

Carla Martignani – Coordinatrice U.I. Ufficio di piano - Dipartimento Welfare e Promozione
del benessere di comunità

per ASP Città di Bologna

Stefania Corfiati - Responsabile Servizio Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta

Daniela Ghinello – Servizio Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta

Annamaria Nicolini - Servizio Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta

Laura.Zizzi – ASP Città di Bologna

Indice generale

PREMESSA

Riferimenti normativi e indirizzi regionali

Un contesto in continua evoluzione

- Evoluzione socio-demografica: migrazione, ricambio di popolazione e invecchiamento
- Evoluzione dei bisogni e dei servizi: il Servizio Sociale Territoriale del Comune di Bologna
- Evoluzione clinico-epidemiologica: l'utenza del DSM-DP
- Come si è modificata l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche
- Come si è modificata l'organizzazione della Direzione delle Attività Socio-Sanitarie

ACCORDO

Articolo 1 – Finalità ed orientamenti

Articolo 2 – Obiettivi

Articolo 3 – Ambiti operativi delle parti

Articolo 4 – Modalità per la realizzazione dell'integrazione organizzativa e professionale

Art. 4.1. Il Gruppo tecnico di Programmazione e Monitoraggio

Art. 4.2. Gli interventi di sostegno alla persona

Art. 4.2.1. Le Equipe Territoriali Integrate

Art. 4.2.2. Il percorso di gestione integrata del settore socio-sanitario psichiatrico

Art. 4.2.3. Il percorso di gestione integrata tra Servizio Sociale per la Disabilità e DSM DP

Art. 4.2.4. Gestione integrata e condivisa degli ultrasessantacinquenni o con bisogni complessi assimilabili

Art. 4.2.5. Il percorso integrato per l'emergenza abitativa e gli alloggi di transizione.

Art. 4.3. Interventi territoriali di comunità

Articolo 5 – L'intervento coordinato per il contrasto al consumo di sostanze ed alle dipendenze patologiche

Articolo 6 – Risorse

Articolo 7 – Funzioni di governo e durata dell'accordo

PREMESSA

Il Comune di Bologna e il DSM DP dell'AUSL Bologna hanno sottoscritto nel 2015 un Accordo per l'integrazione e il coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie in materia di Salute Mentale che si intende rinnovare apportando integrazioni e modifiche alla luce dei quasi sei anni di sperimentazione.

I due Enti condividono le conoscenze che suggeriscono la messa in atto di politiche integrate di tutela della salute mentale, di prevenzione e cura del disagio psichico e riabilitazione delle disabilità psicosociali.

Gli impegni e le azioni delineate, concorrono a promuovere la salute e a contrastare il disagio psichico in tutte le età della vita, secondo un approccio allargato di salute pubblica, in base al quale la salute mentale è una componente basilare della salute globale del cittadino e della popolazione.

Le mutate caratteristiche economiche, demografiche e sociali del territorio bolognese hanno richiesto un'attenzione crescente al problema delle disuguaglianze, della povertà, della grave marginalità, così come al riconoscimento di nuovi fenomeni di esclusione sociale. Si rilevano sempre più frequentemente bisogni di salute complessi, con intrecci tra esigenze legate alla dimensione materiale e socio - relazionale, in una società sempre più eterogenea dal punto di vista culturale.

Questa situazione socio-economica genera incertezza, indebolisce i legami sociali, e provoca rotture di equilibri economici e relazionali. I legami sono spesso compromessi da fenomeni di sradicamento e dalle abitudini al consumo di sostanze. Nell'ultimo decennio si è allargata la fascia di popolazione connotata da marginalità sociale, ad esempio in condizione di tossicodipendenza, *homelessness*, nomadismo. Al disagio sociale adulto che più tradizionalmente giunge all'attenzione dei servizi socio – sanitari, si è poi aggiunta una fascia sempre più ampia di popolazione che scivola verso l'emarginazione e la povertà.

Questa condizione interroga da tempo i servizi e la comunità sui circuiti virtuosi e viziosi che sostengono l'inclusione e l'esclusione sociale, il benessere e la sofferenza, la reciproca tolleranza e la violenza.

In questo contesto il benessere sociale e la salute mentale rappresentano due dimensioni strettamente connesse e intrecciate, tanto che, in un sistema di reciprocità, richiedono una visione dei problemi articolata e coerente, che ne valorizzi tutti gli aspetti di continuità.

Il Comune di Bologna e l'AUSL Bologna intendono affrontare questi temi tenendo conto delle interconnessioni di diversi fattori, biologici, psicologici, sociali e ambientali e con un approccio multidimensionale al benessere ed alla sofferenza mentale, operando il cambiamento culturale che consente di realizzare interventi integrati e complessi, unico presupposto per garantire alle persone a rischio di (o con problemi di) salute mentale una reale integrazione nel tessuto sociale di appartenenza e il raggiungimento del maggior benessere possibile.

L'accordo di programma del 2015

Risultati ottenuti

In questo primo periodo di sperimentazione dell'applicazione di una progettazione congiunta si è avviato soprattutto un percorso d'integrazione fra servizi, indirizzando gli sforzi per migliorare la rete già esistente, con il coinvolgimento di tutti i soggetti sociali presenti sul territorio e che a vario titolo concorrono alla creazione del benessere all'interno della comunità locale, secondo il principio di sussidiarietà.

La creazione e la operatività delle Équipe Territoriali Integrate (ETI) e dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) tra i due Enti, la realizzazione di modalità di collaborazione realmente integrate sui casi complessi, la realizzazione di modalità condivise

di gestione della assistenza socio-sanitaria dei cittadini con problemi di salute mentale di età superiore ai 65 anni sono importanti risultati ottenuti nel corso del triennio di sperimentazione.

Il presente accordo si avvale del processo di riflessione e analisi dell'esperienza condotto in maniera partecipata e condivisa nel 2018, anno in cui si è celebrato il 40° anniversario della legge 180. Questo percorso ha messo in luce la esigenza di allargare la visione alla base degli interventi ed intensificare la collaborazione tra i due Enti, in tutte le fasi di analisi, progettazione, realizzazione, monitoraggio e riprogettazione. In sostanza con questo accordo si punta a realizzare in modo organico ed esaustivo un vero e proprio sistema di Comunità, ben coordinato con il sistema di Cura, finalizzato alla tutela della salute mentale della popolazione del Comune di Bologna.

L'accordo di programma del 2021

Obiettivi e Risultati ottenuti

L'accordo di programma avviato nel 2021 ha puntato a realizzare un sistema di comunità coordinato con il sistema di cura focalizzando attenzione e le sperimentazioni su questi ambiti:

- Approccio territoriale centrato sulle caratteristiche di popolazione
- Azioni di comunità su microaree o interi quartieri
- Partecipazione cittadini, volontari, utenti e loro familiari
- Attenzione verso la popolazione in condizione di marginalità sociale e senza riferimenti territoriali
- Continuità di cura tra setting e fasce di popolazione diverse (disabili, anziani, migranti)
- Avvio sperimentazione distrettuale sulla metodologia di progettazione con Budget di salute DSM-SST

L'Accordo di programma del 2024

Obiettivi

L'accordo di programma parte dagli esiti dei precedenti e ne riconferma obiettivi e impianto complessivo nel voler realizzare un sistema di comunità coordinato con il sistema di cura, ridefinendo e chiarendo la titolarità e competenze per gli interventi di natura socio assistenziale rivolti ad utenti/pazienti in carico al SerDP.

Il presente Accordo recepisce gli esiti del percorso di un gruppo di lavoro interistituzionale che ha coinvolto tecnici e operatori di Comune, ASP Città di Bologna e SerDP Ausl, per definire e condividere la fase transitoria verso l'approvazione del presente Accordo, che definisce funzioni e procedure per la presa in carico sociale per le situazioni che necessitano di valutazioni integrate (in ETI/UVM) del SST e SERDP.

L'accordo chiarisce in una visione unitaria e integrata del cittadino e dei suoi bisogni, le diverse competenze fra Comune e SerDp: al Comune di Bologna/ASP compete la presa in carico sociale e competenza interventi socio assistenziali (contributi economici/Assegno di Inclusione, tirocini formativi) dell'utente/cittadino, al SerDp compete la presa in carico terapeutica e trattamentale dell'utente/paziente.

Obiettivi di sviluppo

Il buon esito delle progettazioni condivise, realizzate in questi anni di applicazione dell'Accordo tra Servizi Sociali e DSM-DP, ha permesso di mettere in luce ulteriori necessità da affrontare insieme:

- Rafforzare l'approccio territoriale centrato sulle caratteristiche di popolazione, intensificando i rapporti e le collaborazioni tra professionisti sociali e sanitari operanti nei quartieri e nel contesto più generale del Comune di Bologna;
- Condividere e realizzare insieme azioni di comunità su microaree o interi quartieri, valorizzando le conoscenze e le competenze di ogni singolo professionista e delle équipe in cui lavorano;
- Agevolare la partecipazione dei cittadini, dei volontari, degli utenti e dei loro familiari alle fasi di programmazione, progettazione, azione e monitoraggio delle attività e dei servizi di cui sono fruitori;
- Realizzare in modo sistematico l'integrazione socio-sanitaria tra DSM-DP e Servizi Sociali sui temi dell'abitare, del lavoro e della socialità;
- Rafforzare il lavoro sulla salute mentale primaria riorganizzando l'impegno del DSMDP e l'integrazione nelle Case della Salute;
- Sviluppare professionalità sempre più specifiche ed attente verso i giovanissimi con condizioni di disagio relazionale, materiale, psicopatologia e/o dipendenze;
- Lavorare per la continuità di cura dall'adolescenza all'età adulta e per favorire un progetto di vita integrato per i giovani con disabilità intellettiva e/o autismo;
- Lavorare congiuntamente per un uso sempre più appropriato dei ricoveri ospedalieri, degli inserimenti residenziali sanitari e del sistema socio-sanitario integrato (nelle sue componenti: per la salute mentale, per anziani, per disabili etc...);
- Rafforzare la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, con particolare riferimento ai temi della Volontaria Giurisdizione;
- Sviluppare ulteriormente l'attenzione all'assistenza, alle cure e all'integrazione della popolazione in condizione di marginalità sociale.

In quest'ottica si ribadisce l'importanza di continuare a sostenere interventi basati sulla relazione e non solo sulla prestazione con l'obiettivo di promuovere e sostenere una maggiore inclusione sociale delle persone, tenendo conto delle migliori opportunità possibili per il raggiungimento del maggiore obiettivo di salute, accompagnando ogni persona con patologia psichiatrica o dipendenza patologica in percorsi di inclusione, a prescindere da disuguaglianze inerenti il reddito, la nazionalità e l'istruzione.

Riferimenti normativi e indirizzi regionali

Il Piano Attuativo Salute Mentale 2009/2011 (DGR 313/2009), ha definito a livello regionale come concorrere alla realizzazione di un sistema integrato per la salute mentale nelle sue due componenti di “sistema di Comunità” coordinato dagli Enti Locali, all’interno del quale insiste un “sistema di Cura” coordinato dall’Azienda USL. Tale Piano (parte attuativa del più generale Piano regionale Sociale e Sanitario 2008-2010) è inserito all’interno di un sistema di riferimenti normativi molto articolato che va da principi e le raccomandazioni formulate a livello europeo (Dichiarazione di Helsinki, Libro Verde sulla Salute Mentale), a livello nazionale (legge 833/78, i due Progetti Obiettivo 1994-96 e 1998-2000, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, le linee guida per la Salute Mentale approvate nel 2008 con accordo Stato Regioni, il Progetto Obiettivo Materno-infantile di cui al DM 24.4.2000, l’intera e complessa normativa sulle dipendenze patologiche, la legge 328/00) ed a livello regionale (LR 29/04, LR 2/03).

Nella parte 2° del Piano Attuativo, che costituisce il riferimento principale per il presente accordo, si richiede che *“l’integrazione deve svilupparsi non solo sul terreno della programmazione e della gestione dei sistemi, ma anche sulla definizione dei percorsi individuali degli utenti.”* Vengono indicate le aree di azione del sistema di comunità per la salute mentale: territoriale, semi-residenziale e residenziale.

In piena coerenza con tutto questo si sono attivati in questi anni specifici percorsi finalizzati alla presa in carico in forma congiunta tra Azienda USL e Servizi Sociali del Comune di Bologna, di persone con problemi di salute mentale e/o dipendenza patologica. In particolare, si sono attivate una specifica Unità di Valutazione Multi Professionale e Multi Dimensionale (UVM), e sette Equipe Territoriali Integrate (ETI) indicando funzioni e compiti, per assicurare criteri di accesso e presa in carico uniformi e condivisi.

Il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (Delibera della Assemblea Regionale 2/18) ha ampliato la visione e l’ambito di applicazione del precedente Piano regionale 2008-2010, richiedendo un approccio partecipato e condiviso tra istituzioni e cittadini in tutte le fasi di analisi, progettazione, realizzazione, monitoraggio e riprogettazione, per la costruzione di un welfare “dinamico, innovativo e delle responsabilità”.

Il Comune di Bologna ed il Distretto di Committenza e Garanzia della Città di Bologna dell’Ausl di Bologna hanno programmato e realizzato il Piano di Zona per la Salute ed il Benessere sociale (2018-2020) distrettuale sulla base degli indirizzi contenuti nel nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale. Da un punto di vista delle scelte strategiche e delle priorità il Comitato di Distretto, in coerenza con le linee di mandato della Giunta e con gli indirizzi del Piano Sociale e Sanitario Regionale, ha deciso di orientare il proprio intervento verso la lotta alla povertà ed all’impoverimento. Povertà da intendersi in senso ampio e multidimensionale: socio-economica, relazionale, educativa e come mancanza di opportunità

di tipo culturale. Sono state pertanto coerentemente elaborate le schede attuative di progettazione e intervento distrettuali per il triennio 2018-2020 con il coinvolgimento dei Servizi di Salute Mentale.

In particolare le tematiche e le schede attuative distrettuali del Piano di zona, afferenti l’oggetto del presente accordo, sono state programmate e condivise da Comune, ASP Città di Bologna e Ausl nel tavolo tematico “Inclusione attiva, povertà e grave emarginazione adulta” dell’Ufficio di Piano. Il Tavolo tematico ha condiviso e definito gli obiettivi triennali, le azioni e gli indicatori su tutti gli ambiti che riguardano il sostegno all’inclusione sociale della popolazione adulta che può presentare difficoltà o condizioni di vulnerabilità di natura sociale e/o sociosanitaria, e che necessita di una sinergia dei servizi in tema di: sostegno al reddito e misure di contrasto alla povertà, abitare, politiche attive del lavoro e misure di avvicinamento al lavoro per persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015, L.1/2019), misure di

contrasto alla grave marginalità, supporto all'inserimento delle persone in dimissione dal carcere, l'inclusione sociale della popolazione immigrata, la prevenzione delle dipendenze patologiche e trasversalmente l'attenzione alla salute mentale della persona, come parte del benessere complessivo.

Inoltre, il riferimento alla metodologia del BdS presente nel PSSR 2017-2019, le novità introdotte nel 2018 dagli Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute¹, hanno permesso l'avvio nel distretto Città di Bologna di un percorso per la sperimentazione condivisa tra SST del Comune e DSM Ausl di Bologna di progetti personalizzati con BdS per persone in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. A tal fine, nel Piano di zona è stata inserita una scheda attuativa specifica su "Budget di salute" per dare rilevanza al percorso intrapreso e individuare i prossimi passi.

Il fine ultimo dei progetti con BdS è evitare l'istituzionalizzazione della persona con disturbi di salute mentale, nella convinzione che mantenere nel contesto di vita la persona può essere risorsa ulteriore per un percorso di evoluzione positiva.

Con il coinvolgimento della persona viene definito un Piano Terapeutico Riabilitativo personalizzato (PTRI) che rappresenta il Percorso di Cura, che si integra con il Progetto di Vita, ed insieme costituiscono il Progetto personalizzato con Budget di salute.

Elementi caratterizzanti ed innovativi della metodologia BdS sono:

- la valutazione multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni e delle risorse che avviene nell'ambito dell'Equipe integrata sociale e sociosanitaria la quale attiva il progetto individualizzato. Le ETI/UVM distrettuali rappresentano uno snodo fondamentale dell'integrazione, necessariamente centrate sulla funzione valutativa e connesse, in maniera quanto più organica possibile, al momento progettuale;
- il coinvolgimento attivo della persona, beneficiaria e responsabile ad un tempo del progetto condiviso con i servizi, che viene sottoscritto da tutti gli attori coinvolti. La persona è intesa come portatrice di bisogni sociali e sanitari, di aspirazioni e desideri, di relazioni e considerata nella sua comunità di riferimento;
- una metodologia di valutazione professionale, co-progettazione e realizzazione di un progetto e presa in carico che può prevedere interventi nelle quattro aree della vita: Casa, Lavoro, Socialità e Reddito. La scheda progetto con Budget di salute è anche uno strumento gestionale dell'integrazione socio- sanitaria per quanto riguarda gli interventi nell'area della salute mentale.

A livello metropolitano, l'Ufficio di supporto della CTSSM ha avviato un gruppo di lavoro con gli Uffici di piano e la Direzione integrazione socio sanitaria Ausl per condividere e definire strumenti, criteri e priorità della sperimentazione di progetti personalizzati con Budget di salute condivisi con gli EELL da avviare in tutta l'area metropolitana con il coordinamento dell'Istituzione Gianfranco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna.

Da questo coordinamento promosso dalla CTSSM, si sono realizzati in questi anni di vigenza del Piano di zona 2018-2020: focus group fra professionisti dell'ambito sociale e sanitario, la definizione di una scheda di valutazione dei bisogni e di coprogettazione, come strumento operativo condiviso, Linee di Indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM (maggio 2019), e una formazione congiunta distrettuale che ha coinvolto nella Città di Bologna circa 200 professionisti tra psichiatri, assistenti sociali, educatori professionali, associazioni di familiari e cooperative sociali.

L'obiettivo della definizione di Linee di Indirizzo metropolitane è stato quello di "aggiornare e talvolta ritrovare un linguaggio ed una pratica comune tra tutti questi interlocutori, che consentisse alla metodologia del "Budget di salute" già attivata dai (..) Dipartimenti di innovarsi divenendo ancora più patrimonio comune e prassi di tutti i Servizi territoriali degli

Enti locali; si è trattato di un lavoro di contaminazione e riconoscimento reciproco, in cui le istanze delle famiglie hanno avuto forte rilevanza, teso a ribadire che il ruolo della comunità in cui vive la persona con disagio mentale può essere risorsa ulteriore per un percorso di evoluzione positiva. Le Linee di indirizzo hanno sancito ulteriormente alcuni orientamenti comuni: in sintesi la necessità inderogabile di avviare e progettare, per una persona in carico ai DSM, un percorso di miglioramento, che agisca sui “determinanti sociali della salute”, coinvolgendo fin dalla prima istanza la persona e la famiglia, non solo nella relazione con referenti dei DSM, ma anche con referenti dei Servizi sociali territoriali competenti.”

Con queste premesse di riferimento ci si avvia quindi verso un rafforzamento del sistema di comunità per la salute mentale basato su principi di universalità, equità ed inclusione per un target di popolazione eterogeneo, risultato di significative evoluzioni socio-demografiche ed epidemiologiche nel nostro territorio.

Un contesto in continua evoluzione

Evoluzione socio-demografica: migrazione, ricambio di popolazione e invecchiamento

Quella che stiamo attraversando è una fase di profondo cambiamento, sia dal punto di vista socio-economico che demografico. Crescono i grandi anziani (over 80) che rappresentano al 31 dicembre 2019 il 9,3% della popolazione bolognese. Il saldo migratorio è positivo per circa 3.100 unità e supera il valore strutturalmente negativo del saldo naturale (nati-morti) che è pari a -1.743. Gli stranieri rappresentano una quota stabile dei residenti (13% circa), soprattutto nelle fasce d'età più giovani. Il saldo naturale è in lieve calo (più morti che nati), come il saldo migratorio. Tre immigrati su 4 sono italiani (migrazione interna) ma sono anche gli italiani che emigrano più degli stranieri. A Bologna il ricambio demografico è molto rapido, ogni 5 anni, un quinto della popolazione cambia. In città i giovani che seguono scuole superiori sono più che nella media nazionale e sono in rapido aumento gli stranieri e figli di stranieri nelle scuole primarie e medie. Notevole anche la quota di laureati. Il 16.2% dei minori vive in famiglie mono-genitoriali, i minori con certificazione ex Legge 104 e l'abbandono scolastico sono in aumento.

Tra le famiglie anagrafiche, i nuclei unipersonali sono di gran lunga i più numerosi (109.736), cioè oltre la metà delle famiglie bolognesi (52,5%); aumentano le persone a rischio di povertà ed esclusione sociale, che rappresentano, secondo gli indicatori Eurostat, il 16% della popolazione. Tali trasformazioni sono motivate dall'allungamento delle aspettative di vita, dalla frammentazione dei modelli familiari tradizionali, dai fenomeni migratori e, certamente, anche dalla crisi economica, che continua a incidere duramente sul tema del lavoro e del disagio abitativo, con il conseguente scivolamento in condizioni di vulnerabilità sociale di nuove fasce di popolazione.

Lo studio che mappa la potenziale vulnerabilità nel territorio metropolitano, utilizzando e incrociando una selezione di indicatori demografici, sociali ed economici presentato nel dicembre 2019, identifica il Comune di Bologna come un territorio caratterizzato da “Fragilità della struttura sociale” in quanto è forte la presenza di categorie di popolazione potenzialmente debole: anziani, soli e non; monogenitori con figli e giovani stranieri. Si rileva inoltre un'altissima presenza di case in affitto, probabilmente utilizzate da studenti universitari fuori sede. Costituisce invece un punto di forza l'elevata presenza di laureati.

In estrema sintesi, Bologna è una città ricca nel contesto italiano, ma con crescenti diseguaglianze tra classi di reddito e tra generazioni. Attrae studenti e lavoratori adulti con titolo di studio medio e medio-alto ma vede anche un alto turn-over di popolazione, con progressivo invecchiamento ed aumento delle distanze intergenerazionali.

Evoluzione dei bisogni e dei servizi: il Servizio Sociale Territoriale del Comune di Bologna

Le persone prese in carico dai servizi sociali e socio-sanitari con prestazioni erogate nel 2018 sono state 24.607 (dato di flusso) di cui 6.670 persone anziane; 10.563 minori e famiglie; 5.589 adulti; 1.785 persone con disabilità. Complessivamente rispetto al 2017 si è avuto un incremento del numero di persone prese in carico del 5,25%.

Complessivamente sono stati attivati 64.590 interventi di cui il 18,6% corrisponde a contributi economici; il 14% comprende interventi domiciliari e per la domiciliarità; il 19,7% servizi residenziali; i restanti interventi riguardano forme di supporto alla famiglia e alla persona con obiettivi di integrazione, prevenzione, socializzazione e supporto all'inserimento lavorativo.

Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento, sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale, promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere, favorire e sostenere politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione a rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale, far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio.

Dal 1° febbraio 2017 si è dato vita al Servizio Sociale Territoriale unitario che ha superato la precedente frammentazione organizzativa incorporando in un'unica Area i diversi servizi territoriali e le diverse specializzazioni. La direzione unitaria ha consentito un assetto organizzativo più omogeneo e stabile a livello cittadino, mantenendo nel contempo le strutture territoriali di accesso (Sportelli Sociali), valutazione e presa in carico degli utenti. Il 1° ottobre 2019 si è inoltre compiuto il ritiro della delega dei servizi sociali per la disabilità all'Azienda USL che risaliva a oltre trent'anni prima, incorporando anche questa funzione nell'ambito del **Servizio Sociale Territoriale unitario**.

Con il nuovo assetto i servizi rimangono appunto dislocati nei territori dei Quartieri e sono articolati in:

- 6 Servizi sociali di comunità (uno per quartiere), che comprendono: lo sportello sociale, l'area accoglienza dei cittadini finalizzata a rispondere ai bisogni socioeconomici in un'ottica trasversale ai target di utenza, e i servizi rivolti alla non autosufficienza;
- 4 Servizi sociali tutela minori articolati in 6 équipe territoriali coincidenti con gli ambiti dei Quartieri;
- 2 Servizi per le persone con disabilità (uno per la zona est e uno per la zona ovest)
- Il Centro per le famiglie

Al Servizio Sociale Territoriale unitario afferiscono inoltre i servizi sociali conferiti all'Asp Città di Bologna, che ne garantisce la gestione sulla base degli obiettivi assegnati. Si tratta di: Servizio sociale a bassa soglia (SBS), Pronto soccorso sociale (PRIS), Servizio protezioni internazionali e minori stranieri non accompagnati.

Asp realizza in tal modo i servizi sociali per le popolazioni senza consolidati riferimenti territoriali che necessitano di punti di accesso, valutazione e presa in carico di ambito cittadino.

L'obiettivo è quello di garantire una maggiore universalità, dando risposta anche ai nuovi bisogni e target emergenti e promuovendo percorsi di presa in carico più personalizzati e tarati sulla differente complessità dei bisogni dei cittadini, anche facendo leva sulle risorse proprie della comunità e le risorse individuali degli stessi utenti (rafforzamento dell'empowerment).

In relazione al presente accordo, tra le funzioni del Servizio Sociale di Comunità si ricordano in particolare:

- la gestione del servizio sociale professionale relativo all'area di bisogni specifici della popolazione adulta in situazione di povertà e/o della salute mentale;
- l'integrazione organizzativa e professionale con l'Azienda USL relativamente alle attività socio-sanitarie nell'ambito dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza e la salute mentale.

Il lavoro sociale di comunità

Il Comune promuove lo sviluppo del lavoro di comunità come approccio trasversale a tutte le aree teso a rafforzare i legami sociali della persona fragile, a valorizzare e attivare le risorse proprie dei cittadini e della società civile organizzata (dalle associazioni presenti sul territorio, alle reti di prossimità e vicinato). Tale approccio ha l'obiettivo di rendere il Servizio Sociale Territoriale più inclusivo, favorendo l'intercettazione di bisogni nuovi ed emergenti, integrando le risorse disponibili per dare risposte in termini preventivi e proattivi e non esclusivamente prestazionali.

Nello specifico il lavoro di comunità si articola in: progetti/iniziative inclusive, a livello cittadino o di Quartiere in cui sono coinvolte organizzazioni del territorio e di cui fruiscono cittadini in carico e non, anche nell'ambito delle progettazioni del Piano di Zona distrettuale; tavoli "permanenti di co-progettazione" nei quartieri in cui il Servizio Sociale Territoriale ha un ruolo di coordinamento; iniziative rivolte a gruppi di cittadini fragili con bisogni specifici.

Evoluzione clinico – epidemiologica: l'utenza del DSM-DP

Le persone seguite dai servizi dei DSMDP nella Regione Emilia-Romagna sono in costante aumento, cosa che si verifica anche nella AUSL di Bologna e in particolare in città.

Le persone seguite dai CSM di Bologna al 31/12/2019 sono state 6.967, con un aumento rispetto al 2017 di 348 nuovi casi. Le persone non residenti seguite dai CSM sono state 479, in aumento di 50 unità rispetto al 2017.

Gli utenti seguiti in tutti i CSM sono per il 57,52% femmine, il 42,48% maschi, mentre gli stranieri sono l'8,31% rispetto al 7,8% del 2017.

Dal 2012 al 2017 sono aumentati del 28% gli utenti con età inferiore ai 25 anni e sono aumentati nello stesso periodo del 19% gli utenti con cittadinanza straniera. I gruppi diagnostici più frequenti sono i disturbi depressivi 29,6%, i disturbi d'ansia 21,1%, i disturbi di tipo schizofrenico e altre psicosi 18,7%, i disturbi di personalità 10,8% e i disturbi bipolari 8,5%.

La maggioranza degli utenti seguiti (59%) ha ricevuto meno di 11 prestazioni annuali, mentre solo il 2% di casi supera le 100 prestazioni; le proporzioni di bassi, medi e alti utilizzatori variano moderatamente tra CSM, con valori superiori alla media nei CSM del quartiere Navile (57,9%) e Borgo Panigale Reno (56%). Gli interventi erogati comprendono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e riguardano, per i casi "complessi"³, la definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo personalizzato.

Nei Centri di Neuropsichiatria Infantile dell'intera AUSL Bologna, nel 2017 rispetto al 2016, a fronte di un aumento della popolazione target di +0,4% la prevalenza degli utenti totali è aumentata del 6,1% e l'incidenza di nuovi utenti del 9,4%. Gli utenti totali sono stati per la prima volta più di 10000. L'aumento maggiore si è registrato nell'età 0-5 anni, nella fascia 11-17 si ritrova quasi il 40% dei nuovi utenti.

E' aumentata progressivamente l'utenza straniera, che è del 19,4% nella Città Metropolitana

e supera il 26% nella città di Bologna. Le diagnosi (nel 60% pluriassiali) descrivono la complessità dei casi seguiti. Le condizioni cliniche in cui si è osservata la maggiore variazione nelle certificazioni sono state: i Disturbi dello Spettro Autistico (+14%), della Condotta e della Sfera Emozionale (+8%) e l'ADHD; restano quasi stabili, con aumento della Disabilità Uditiva, le condizioni organiche.

Il 38% degli utenti è certificato ai sensi della L 104/92 e l'impegno della NPJA per gli adempimenti derivanti dagli Accordi per l'inclusione scolastica è di 2 o 3 volte superiore a quello delle altre AUSL regionali.

Le Linee di Indirizzo Regionali in tema di Psicopatologia dell'Età Evolutiva raccomandano un intervento tempestivo e appropriato in tale ambito, sia nell'infanzia che in adolescenza, la cui efficacia è in relazione al supporto qualificato ai caregiver e all'interconnessione con la rete dei servizi e della Comunità.

Per quanto riguarda i Servizi per le Dipendenze Patologiche, anche la loro utenza evidenzia caratteristiche determinate dall'evoluzione socio demografica della popolazione. In particolare, l'età media degli utenti si è notevolmente alzata ed oggi supera i 40 anni, con una larga fascia di popolazione trattata nella quale il disturbo da uso di sostanze, non raramente in remissione completa protratta, si associa ad un normale invecchiamento e alla presenza di patologie organiche che determinano complessi bisogni socio-assistenziali, anticipando la non autosufficienza ben prima dei 65 anni. E' in aumento la cosiddetta utenza fragile, nella quale si associano disturbi da uso di sostanze, psicopatologie, patologie organiche, problemi abitativi, lavorativi, previdenziali, economici, familiari, relazionali, legali e sociali in senso lato. Particolari bisogni vengono rappresentati dalla utenza straniera, spesso priva di documenti o di titolo di soggiorno o di assistenza sanitaria (o assicurazione sanitaria) in cui gli interventi sanitari sono possibili ma frammentati sia a causa delle condizioni di vita che delle vigenti normative. Esigenze particolari sono poste dalla utenza giovane e giovanissima, talvolta poliassuntori, anche giovani di 14\15 anni, con scarsa consapevolezza di malattia, che richiedono una forma altissima di integrazione con il contesto di appartenenza. E' poi divenuta consistente l'utenza con forme di dipendenza comportamentale (Gioco d'azzardo, internet addiction). Da segnalare infine che sui SerDP della Città di Bologna insiste una quota rilevante di utenti non residenti che raggiunge quasi un terzo dei pazienti (popolazione universitaria e giovani lavoratori).

Gli ultimi anni hanno visto inoltre confermate alcune sfide per i servizi di salute mentale, quali quelle relative alle popolazioni di seguito elencate:

- pazienti psichiatrici autori di reato a seguito del superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Legge 81/2014);
- migranti con problemi psichiatrici o di salute mentale (ivi inclusa la stretta collaborazione con il sistema di accoglienza e il SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione) concretizzatisi dei due progetti STARTER e nel progetto I-CARE;
- giovani adulti con disabilità intellettiva o autismo e gravi problemi comportamentali, con necessità di interventi innovativi ed integrati tra sociale e sanitario.

Si tratta di problematiche che richiedono per definizione intersectorialità ed integrazione fra vari attori del welfare.

Come si è modificata l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale

Nel settembre del 2019 due delibere aziendali (la 333 dell'11.9.19 e la 355 del 27.9.19) hanno

riformato in modo radicale la organizzazione del DSM-DP, a 13 anni di distanza dalla sua istituzione durante i quali si era mantenuto l'assetto originario con minime variazioni.

Nella organizzazione del 2006 prevaleva un tipo di organizzazione per aree tecnicoprofessionali: i CSM, gli SPDC, le Residenze, la NPIA, il SerDP. Nonostante la evidenza di un notevole numero di percorsi clinico-assistenziali che attraversano due o più di queste aree, il loro coordinamento veniva di fatto svolto con estrema difficoltà a livello centrale dipartimentale, con una importante congestione a questo livello.

Con la *riorganizzazione del 2019* si introducono tre importanti novità:

1- Si vengono a costituire quattro aree territoriali omogenee:

- a. Pianure (Distretti di Pianura Est ed Ovest)
- b. Area Sud (Distretti di S. Lazzaro, Reno-Lavino-Samoggia, Appennino Bolognese)
- c. Città Est (Quartieri S. Donato-S. Vitale, Savena e S. Stefano)
- d. Città Ovest (Quartieri Navile, Borgo-Reno e Saragozza)

In ciascuna di queste aree è presente una UOC di Psichiatria adulti (responsabile dei CSM e dell'SPDC eventualmente insistente in quella area), una UOS di NPIA ed una UOS SerDP. La UOC NPIA garantisce il coordinamento tecnico-professionale su tutte e 4 le aree, così come la UOC SerDP. Solo nella parte Ovest della Città il SPDC dell'Ospedale Maggiore, a direzione universitaria, costituisce una UOC a sé stante, mentre la RTI Arcipelago è una UOS della UOC Psichiatria Bologna Ovest.

2- Vengono istituite 4 UOSD o Programmi speciali che affrontano problematiche trasversali in funzione di supporto a tutte le UO del DSM-DP:

- a. Il Programma Integrato Disabilità e Salute;
- b. Il Programma Dipendenze Patologiche e Assistenza alle Popolazioni Vulnerabili, che dal marzo 2020 ha assunto anche la Direzione Sanitaria degli Istituti Penitenziari.
- c. La UOSD Psichiatria Forense
- d. La UOSD Psicologia e Psicopatologia delle Età Evolutiva.

3- Viene istituita la UOC Psicologia Territoriale nella quale confluiscono tutti gli psicologi aziendali ad eccezione di quelli operanti presso la UOC Psicologia ospedaliera.

Mentre il resto della organizzazione è in piena funzione la UOC Psicologia Territoriale ha avviato un programma operativo che si è completato nel 2020.

Questa riorganizzazione è simile a quella delle altre macrostrutture aziendali (Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Sanità Pubblica) e consentirà un rapporto più diretto ed efficace con i servizi sanitari e sociali del territorio, senza passare dalla Direzione del DSM-DP, nonché una migliore integrazione intradipartimentale tra CSM, SPDC, NPIA e SerDP.

E' da sottolineare infine che nei primi mesi del 2021 sono state portate a termine le selezioni per l'attribuzione di 13 incarichi di direzione di UOS e UOSD che risultavano vacanti o di nuova istituzione, portando quindi ad un rinnovamento non solo organizzativo, ma anche umano e professionale.

Come si è modificata l'organizzazione della Direzione delle Attività Socio-Sanitarie

Con la Deliberazione n. 466 del 27/12/2022 "*Provvedimenti in merito alla riorganizzazione delle attività del Servizio Sociale Aziendale*" viene individuata la Direzione Attività Socio Sanitaria come unica macro articolazione aziendale di afferenza gestionale per gli Assistenti Sociali che operano in Azienda, così da favorire lo sviluppo professionale favorendo azioni di integrazione socio-sanitaria.

Dal 1° gennaio 2023 la riorganizzazione ha previsto che tutte le Assistenti Sociali del CSM e del Ser-DP afferiscano alla DASS con assegnazione gestionale alle unità territoriali Distrettuali UASS (Unità Attività Socio Sanitaria).

Nello specifico la UASS del Distretto di Bologna è articolata in:

- Area Non Autosufficienza e Servizio Sociale Ospedaliero
- Area Disabilità e Tutela della Fragilità
- Area CSM e Programma Integrato Disabilità e Salute (PIDS)
- Area Ser-DP
- Area Popolazione Vulnerabile (sovradistrettuale)
- Area Neuropsichiatria (sovradistrettuale)
- Commissioni Invalidi

Tutto ciò premesso si stabilisce che:

TRA

il Comune di Bologna, rappresentato dall'Assessore al Welfare Luca Rizzo Nervo
domiciliato per la carica in Bologna, Piazza Maggiore, 6

E

l'Azienda USL di Bologna, rappresentata dal Direttore Generale Paolo Bordon, domiciliato
per la carica in Bologna, via Castiglione, 29

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

Finalità e Orientamenti

Le finalità generali del presente Accordo sono la promozione del benessere psichico e sociale dei cittadini del territorio, la tutela del diritto alla salute e la tutela dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche di ogni tipo e gravità in continuità con il precedente Accordo di Programma 2015-2018. Le parti si impegnano a condividere la programmazione e la realizzazione coerente dei Sistemi di Comunità e di Cura, con interventi ed attività sia di comunità che rivolti alla persona.

Nel perseguire queste finalità le parti condividono alcuni orientamenti generali che devono guidare il processo di armonizzazione ed integrazione delle politiche e delle azioni per la salute mentale. L'intero ciclo Analisi-Programmazione-Realizzazione-Valutazione dei sistemi di Comunità e di Cura per la salute mentale deve essere accompagnato da attività di studio, ricerca e formazione che vedano il coinvolgimento di tutte le istituzioni del territorio in grado di portare un contributo fattivo al processo stesso (Istituzioni Comunali e Metropolitane, Università, Fondazioni). Occorre valorizzare e coinvolgere il volontariato, il Terzo Settore, la società civile in tutte le sue espressioni. Occorre infine un confronto permanente tra le parti sulle relazioni che ciascuna tiene con le istituzioni scolastiche e con l'Autorità Giudiziaria, con particolare riferimento ai temi della Volontaria Giurisdizione.

Art. 2

Obiettivi

Obiettivi specifici dell'Accordo sono:

- la definizione delle modalità di *governance* del sistema di Comunità per la salute mentale;
- le modalità di realizzazione degli interventi di comunità;
- gli strumenti e le procedure per gli interventi di sostegno alla persona mediante presa in carico integrata socio-sanitaria di chi è a rischio di o ha problemi di salute mentale e/o dipendenze patologiche.

Per quanto attiene quest'ultimo aspetto, l'accordo pone particolare attenzione alla definizione di criteri omogenei di regolazione per quanto riguarda il governo del sistema nell'area della residenzialità socio-sanitaria, la valutazione multi professionale all'ingresso,

la popolazione target eleggibile all'intervento e le modalità di definizione della responsabilità del progetto personalizzato e degli oneri economici.

Obiettivo a medio termine del presente Accordo è anche il consolidamento e implementazione di progetti individualizzati con il modello "Budget di Salute", condivisi tra servizi sociali dell'Ente Locale (SST) e servizi sanitari (DSM-Ausl), come strumento a disposizione delle Equipe di valutazione multidimensionale socio sanitarie territoriali (ETI), a sostegno del progetto personalizzato, ai sensi delle linee guida regionali, e con riferimento alla scheda attuativa sul Budget di Salute inserita nel Piano di Zona Distrettuale per la Salute e il benessere sociale 2018/2020.

Art. 3

Ambiti operativi delle parti

Nell'ambito di quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale, il Comune di Bologna: □□ è titolare delle funzioni amministrative e dei compiti di programmazione, regolazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché delle altre funzioni e compiti conferiti ai Comuni dalla legislazione statale e regionale, come previsto dalla L.328/2000 e dalla L.R. 2/2003;

Nell'ambito di quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale, il DSM – DP dell'Azienda Usl di Bologna che comprende le Unità Operative di Psichiatria Adulti, Serdp e NPIA:

□□ assicura un adeguato sistema di cura così come previsto dalla normativa vigente nazionale e regionale. Il sistema di cura è costituito dall'insieme di tutti i servizi pubblici e privati che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali e/o dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita così come richiamato dal Piano Attuativo sulla Salute Mentale e secondo le modalità definite nel successivo articolo 4.2;

□□ garantisce l'assistenza nelle strutture sanitarie psichiatriche articolate come da Delibera di Giunta Regionale n. 327/04 nel seguente modo: RTI (Residenze a Trattamento Intensivo), con assistenza sanitaria sulle 24 ore con degenza di durata massima di 30 giorni prorogabili fino a 60 giorni; accolgono persone in condizioni di scompenso psicopatologico acuto – subacuto; svolgono funzioni diagnostiche e terapeutico riabilitative. Le RTR-E (Residenze a Trattamento Riabilitativo Estensivo) con assistenza sanitaria non inferiore alle 12 ore, con ospitalità di due anni, prorogabili per un periodo non superiore a un anno; svolgono funzioni riabilitative e risocializzanti, finalizzate al trattamento delle persone con psicopatologia complessa e disabilità elevata, con progetto personalizzato a termine.

Esiste un forte interesse per entrambe le parti a perseguire congiuntamente ed in modo coordinato la promozione della salute mentale, del benessere di comunità, il sostegno alla popolazione fragile, la inclusione sociale di ogni cittadino.

Per consolidare il processo di integrazione socio – sanitaria tra DSM – DP e Servizi Sociali si ritiene indispensabile continuare realizzando annualmente momenti formativi condivisi su tematiche di comune interesse, quali ad es. strumenti e buone prassi legate all'applicazione del Budget di salute, il lavoro con famiglie multi-problematiche, gli inserimenti lavorativi, la multiculturalità, la grave marginalità sociale o la complessa materia relativa ad interdizioni, inabilitazioni, amministrazioni di sostegno.

Si intende inoltre promuovere gruppi di lavoro integrati per favorire metodologie e strumenti per il miglior funzionamento di ETI (Equipe territoriali integrate) e UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), per la sperimentazione integrata del Budget di Salute, e ogni altro

gruppo di lavoro che si intenda importante promuovere per favorire la migliore integrazione tra servizi.

Comune di Bologna e Ausl annualmente presenteranno proposte formative condivise su modalità e pratiche di integrazione socio – sanitaria, con risorse e progettazione tra Comune di Bologna e AUSL di Bologna coinvolgendo i professionisti sociali e sanitari.

Art.4

Modalità per la realizzazione dell'integrazione organizzativa e professionale

Per garantire il Sistema di *governance* del presente Accordo si definiscono due livelli di organizzazione:

- Un livello di programmazione, monitoraggio e valutazione, centrato sulla costituzione di un Gruppo Tecnico di Programmazione e Monitoraggio (GTPM);
- Un livello operativo che prevede sei ETI territoriali e la ETI Bassa Soglia. Le ETI, oltre a promuovere modalità di lavoro sempre più integrate tra servizi sociali e sanitari del proprio territorio di riferimento, possono contare sulla attivazione diretta di risorse che sono nella loro disponibilità (ad esempio: attivazione del Terzo Settore per progetti con Budget di Salute).

Se vi è necessità di attivare risorse che prevedono una gestione sovralocale (Comunale o Aziendale), l'integrazione è garantita dalla gestione qui condivisa dei seguenti percorsi:

- *Percorso di gestione del settore socio-sanitario psichiatrico;*
- *Percorso di gestione integrata tra Servizi Sociali per la Disabilità e Servizi del DSM-DP;*
- *Percorso di gestione integrata degli utenti ultrasessantacinquenni o con bisogni assimilabili;*
- *Percorso di gestione delle emergenze abitative e degli alloggi di transizione.*

Art. 4.1.

Il Gruppo Tecnico di Programmazione e Monitoraggio

Viene istituito il GTPM con lo scopo di monitorare l'andamento generale dell'Accordo, progettare azioni di ricerca e formazione, valutare l'andamento dell'Accordo e programmare azioni di riprogettazione, sia nell'ambito delle attività di sostegno alla persona che in quello degli interventi di comunità.

Il Gruppo è composto da:

- Capo Dip. Welfare e promozione del benessere di comunità del Comune di Bologna;
- Responsabile U.I Ufficio di Piano del Comune di Bologna;
- Responsabile U.I. Servizi e interventi per l'inclusione sociale - Settore Servizio Sociale
- Direttore di Distretto di Committenza e Garanzia della Città di Bologna,
- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche,
- Direttore Unità Attività Socio-Sanitarie

L'organismo viene convocato di norma dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, si avvale della segreteria dell'UdP stesso e si riunisce almeno quattro volte all'anno.

Art. 4.2.

Gli interventi di sostegno alla persona

Nell'ambito dei progetti personalizzati per la presa in carico integrata sociale e sanitaria di persone in età adulta con problemi di salute mentale elaborati in sede di ETI e in coerenza con le funzioni attribuite dalla normativa nazionale e regionale in materia, il Comune di Bologna è competente per gli interventi finalizzati alla lotta alla povertà al sostegno all'abitare ed alla promozione della inclusione sociale.

L'AUSL di Bologna, al fine di assicurare la tutela della salute come diritto fondamentale della persona, esercita le funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della persona portatrice di problematiche legate alla salute mentale e/o a dipendenze patologiche.

Inoltre nell'ambito del protocollo sul disturbo d'accumulo siglato dal Comune di Bologna e l'AUSL per i casi afferenti sono previste azioni di presa in carico e di intervento integrati a seguito di ETI. Gli operatori sociali e sanitari referenti sul tema partecipano altresì ad un gruppo di lavoro che si incontra periodicamente per individuare azioni di sensibilizzazione alla cittadinanza, di formazione congiunta per gli operatori coinvolti e microéquipe sui casi per il monitoraggio del piano integrato di intervento.

La **presa in carico integrata sociale e sanitaria**, con riferimento a nuovi pazienti che accedono ai Centri di Salute Mentale, o in dimissione dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), è definita sulla base di una valutazione di complessità e/o non complessità effettuata dall'équipe del CSM unitamente ai servizi SST/SBS/Disabilità (in riferimento alla specificità del caso).

Per **complessità** si intende la compromissione della capacità relazionale a causa della patologia psichiatrica che determina l'incapacità di adattamento e di adesione al percorso di cura e l'impossibilità a rispettare limiti e regole del contesto, tutto questo associato all'estrema difficoltà a maturare fiducia rispetto a nuovi referenti, innescando e aggravando la deriva sociale. Parallelamente si valutano "non complessi" tutte le altre situazioni.

Per gli **utenti valutati dall'équipe multiprofessionale integrata come pazienti "complessi"** la competenza della presa in carico sociale e la relazione con il paziente è in capo agli assistenti sociali del CSM che si relazionano con il SST -SBS, in ETI, per le situazioni che necessitano di prestazioni socio-assistenziali di competenza comunale; tali situazioni sono presentate adeguatamente istruite.

Per gli **utenti valutati dall'équipe multiprofessionale integrata come pazienti "non complessi"** secondo la definizione sopra evidenziata, la competenza della presa in carico sociale, la relazione con il paziente e la competenza rispetto alle prestazioni socio-assistenziali è attribuita al SST/SBS, a seguito di condivisione e validazione dell'ETI competente.

Art. 4.2.1.

Le Equipe Territoriali Integrate

Le ETI sono l'articolazione operativa, con potere decisionale e dotate di forte integrazione professionale. E' presente una ETI di riferimento per ciascuno dei 6 servizi sociali di comunità presenti nei corrispondenti 6 quartieri del Comune di Bologna in cui è presente un CSM del DSM-DP, con l'unica eccezione del CSM Mazzacorati che è di riferimento per le due ETI dei quartieri Savena e S. Stefano. E' attiva inoltre l'ETI Bassa Soglia per l'utenza connotata da grave marginalità e vulnerabilità seguita dai Servizi del Comune, di ASP e della AUSL.

Le ETI sono la articolazione nella quale sociale e sanitario si confrontano costantemente e

tempestivamente sui casi emergenti nel proprio territorio, agendo il più possibile in termini di prevenzione e di intervento comprensivo sulle determinanti psicosociali del benessere e della malattia.

Le ETI definiscono le modalità di attività integrata e nell'ambito di una programmazione economica annuale definiscono l'utilizzo di servizi sociali, sanitari, pubblici, privati e del Terzo Settore. In relazione a quanto disposto dalla DGR 313/2009 (Piano attuativo Salute Mentale) e dalla DGR 1554/2015 (Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute) le ETI esercitano le funzioni di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Le ETI definiscono o ridefiniscono progetti rivolti a persone in carico ai servizi sociali e/o sanitari per una risposta idonea e appropriata alla complessità dei bisogni espressi, promuovendo azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali.

All'interno delle ETI vengono definiti i progetti individualizzati utilizzando anche lo strumento del Budget di Salute nelle quattro "Aree del Vivere": Casa, Lavoro, Socialità e Reddito.

Per i casi di maggiore complessità che richiedano l'attivazione di risorse sovra locali (di livello comunale o Aziendale) le ETI possono attivare uno o più percorsi di gestione integrata, di cui ai successivi commi 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4 e 4.2.5.

Valutano insieme e con il supporto del Team integrato per la gestione del settore sociosanitario psichiatrico l'utilizzo delle strutture, mentre decidono in autonomia rispetto agli inserimenti o alle dimissioni dalle strutture la cui competenza afferisce ai diversi servizi presenti: centri di accoglienza notturni per adulti e residenze di carattere sanitario.

Le ETI di quartiere sono composte da.

- Responsabile del Servizio Sociale di Comunità con funzioni di coordinamento;
- Responsabile CSM e Serdp competente territorialmente;
- Responsabile del Servizio Sociale per la Disabilità
- Referente ASP per le situazioni inserite all'interno delle strutture per adulti;
- Assistente sociale responsabile del caso del Servizio Sociale di Comunità/Servizio Sociale per la Disabilità del Comune di Bologna;
- Assistente sociale di CSM e Serdp;
- Psichiatri, Psicologi, Educatori Professionali e Infermieri Prof, referenti di CSM e Serdp coinvolti sul caso;
- Referente DCP e/o Medico di Medicina Generale su richiesta;
- eventuali altri professionisti sanitari o del terzo settore su richiesta dell'Equipe.

Per perseguire gli obiettivi indicati le ETI si riuniscono periodicamente, mediamente ogni 4 settimane, per valutare nuovi casi che necessitino di valutazione integrata socio-sanitaria, per effettuare aggiornamenti su situazioni già discusse, e per favorire il confronto e la collaborazione integrata multi-professionale. La presenza degli operatori referenti del caso è vincolante per la discussione del caso stesso.

Il referente dell'ETI ha il compito di accogliere le segnalazioni, redigere le valutazioni che emergono dalle discussioni dei progetti individualizzati e di trasmetterle ai componenti dell'Equipe integrata.

Gli esiti delle valutazioni delle ETI rappresentano documenti che rilevano le decisioni e gli impegni dei diversi partecipanti; le decisioni assunte dalle ETI sono vincolanti nella gestione

del caso e vengono trasmesse al Gruppo tecnico di Programmazione e Monitoraggio (GTPM) per il conseguente monitoraggio e governance del sistema.

Per quanto riguarda il funzionamento dell'ETI Bassa Soglia, per la popolazione target di riferimento, la presentazione del caso in ETI viene effettuata dal Servizio segnalante, inviando la richiesta di discussione al referente dell'Equipe individuato nel Responsabile SBS (Servizio Sociale Bassa Soglia). La presenza degli operatori referenti del caso è vincolante per la discussione del caso stesso. All'interno dell'ETI Bassa Soglia vengono definiti i progetti individualizzati e le relative azioni di monitoraggio e verifica, utilizzando anche lo strumento del Budget di Salute, nelle quattro "Aree del Vivere": Casa, Lavoro, Socialità e Reddito.

Per consentire l'appropriato svolgimento delle funzioni sopra indicate, l'ETI Bassa Soglia si compone di:

- Responsabile Servizio di Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta – ASP Bologna
- Responsabile Servizio Sociale Bassa Soglia con funzioni di coordinamento;
- Operatori equipe Servizio Sociale Bassa Soglia coinvolti nel caso;
- Referente Integrazione Socio – sanitaria DSM – DP;
- Referenti sanitari coinvolti nel caso (CSM e Serdp);
- Direttore Programma Adulti Vulnerabili del DSM-DP o suo delegato;
- eventuali altri professionisti sanitari o del terzo settore su richiesta dell'Equipe.

Il referente dell'ETI ha il compito di accogliere le segnalazioni, redigere le valutazioni che emergono dalle discussioni dei progetti individualizzati e di trasmetterle ai componenti dell'Equipe integrata.

Gli esiti delle valutazioni delle ETI rappresentano documenti che rilevano le decisioni e gli impegni dei diversi partecipanti; le decisioni assunte dalle ETI sono vincolanti nella gestione del caso e vengono trasmesse al Gruppo tecnico di Programmazione e Monitoraggio (GTPM) per il conseguente monitoraggio e governance del sistema.

Art. 4.2.2.

Il percorso di gestione del settore socio-sanitario psichiatrico

Nell'ambito del Progetto personalizzato ai sensi della DGR 313/2009 vengono definite le prestazioni di competenza dei diversi servizi sociali e sanitari che partecipano alla presa in carico integrata.

Le parti convengono che lo sforzo comune dei servizi sociali e sanitari debba essere quello di garantire ogni possibilità di vita extraistituzionale, attivando sostegni alla domiciliarità, all'inserimento lavorativo ed alla socialità, in modo flessibile e coordinato mediante la metodologia del Budget di Salute. In tale direzione le parti convengono di mettere allo studio un piano coordinato per l'abitare sociale che ottimizzi l'utilizzo delle risorse abitative nella disponibilità del Comune di Bologna e della AUSL ai fini del presente accordo. Inoltre le parti concorderanno con le altre agenzie del territorio, ed in particolare ACER ed ASP Città di Bologna progetti speciali e piani di sviluppo della residenzialità sociale coerenti con le finalità del presente accordo.

Nell'ambito degli interventi di sostegno alla persona, qualora se ne ravvisi l'opportunità, potranno essere utilizzate risorse residenziali socio-sanitarie (Gruppi appartamento e Comunità Alloggio) su proposta delle ETI e sulla base di una valutazione di appropriatezza

da parte del Team Residenze ed Abitare Supportato la cui composizione comprende oltre ai professionisti del DSM-DP anche professionisti del Comune di Bologna e di ASP.

Art. 4.2.3.

Il percorso di gestione integrata tra Servizio Sociale per la Disabilità e Servizi del DSM DP

L'integrazione tra Servizi della Psichiatria e Servizio Sociale per la Disabilità avviene in prima istanza nelle ETI territoriali, le quali, per la trattazione di determinati casi specifici, potranno prevedere la presenza anche di professionisti del Programma Integrato Disabilità e Salute (PIDS) o del Programma Integrato Dipendenze Patologiche e Assistenza alle Popolazioni Vulnerabili (PIDPAPV) o loro delegati. Gli operatori del PIDS, o del PIDPAPV, e nel caso anche operatori dei CSM o del SERDP, partecipano inoltre con cadenza mensile all' "UVM Disabilità" coordinata dal Responsabile UASS per il Distretto di Bologna per gli inserimenti in strutture residenziali che richiedano una valutazione congiunta, nonché per la trattazione di situazioni con disturbi psichiatrici o comportamentali associati alla condizione di disabilità (ad es.: gravi comportamenti problema), per la definizione o l'aggiornamento del PAI/PEAI.

Art. 4.2.4.

Gestione integrata e condivisa degli ultrasessantacinquenni o con bisogni complessi assimilabili

Per le persone che sono in carico al DSM e che compiono i sessantacinque anni o di età inferiore che presentano un'assimilabilità all'età senile o con bisogni socio-sanitari complessi integrati già inserite in strutture residenziali o con necessità di inserimento, deve essere garantito il percorso di valutazione ed individuazione del setting più adeguato in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni della persona. A tal fine vengono istituite le UVMC Integrate territoriali con la partecipazione alle UVM complesse anziani dello psichiatra e degli operatori del CSM/SerDP che hanno in carico l'utente.

La valutazione in UVMC Integrata deve avvenire dopo la presentazione e la trattazione del caso in ETI in quanto articolazioni organizzative ad alta integrazione socio-sanitaria per l'approfondimento ed il confronto tra gli operatori che hanno in carico la persona. In ETI, sulla base degli approfondimenti e della conoscenza del pregresso percorso di presa in carico, verrà elaborato il progetto personalizzato di residenzialità, se necessario.

Nello specifico l'UVMC Integrata territoriale può essere attivata, dopo la condivisione in ETI ed in presenza di tutti gli elementi valutativi:

- per la persona in carico al DSM che compie o ha compiuto i 65 anni già inserita in strutture residenziali o con necessità di inserimento. Qualora la persona sia inserita in strutture sanitarie o socio-sanitarie psichiatriche e il DSM non valuti opportuno un trasferimento, questa resta in carico al servizio di riferimento.
- per gli adulti fragili in carico al DSM, ai fini della valutazione di idoneità all'inserimento della persona in una struttura della rete residenziale del sistema della non autosufficienza e

della relativa adeguatezza del setting assistenziale. In questo caso la presa in carico resta del Servizio inviante.

- nei casi di persone con età inferiore ai 65 anni ai fini della valutazione dell'assimilabilità all'età senile per patologia o per bisogni socio-sanitari complessi integrati.
Per le modalità operative e procedurali si rimanda alle linee guida.

Art. 4.2.5.

Il percorso di gestione integrata per l'emergenza abitativa e gli alloggi di transizione

Per la gestione degli inserimenti di cittadini adulti in appartamenti di emergenza e/o di transizione abitativa del Comune di Bologna, oltre che per la gestione degli sfratti si prevede la presenza di un referente del DSM – DP negli appositi gruppi di lavoro a tal fine istituiti (équipe casa, tavolo sfratti).

Art. 4.3

Interventi territoriali di comunità

Comune di Bologna e AUSL di Bologna detengono una conoscenza del territorio e delle caratteristiche della popolazione locale che nel tempo li ha portati a condividere l'esigenza di avviare azioni a sostegno di particolari aree della città, nelle quali si stratificano numerosi fattori sociali di rischio per la salute in generale e per quella mentale in particolare. Più in generale fa parte dei compiti di entrambe le parti effettuare *assessment* socio-sanitari del territorio per microaree e programmare congiuntamente interventi di promozione e tutela della salute. Inoltre, entrambi si impegnano a garantire, oltre alle funzioni e competenze proprie, le necessarie procedure, strumenti e risorse finanziarie per la realizzazione delle prestazioni integrate. Ad esempio, la progettazione condivisa delle attività della Unità di strada del Comune di Bologna e della Unità Mobile del Programma Integrato Dipendenze Patologiche e Assistenza alle Popolazioni Vulnerabili, nonché il percorso e le tappe della stessa Unità mobile devono trovare una condivisione tra DSM-DP e Comune di Bologna. Altri esempi di questo tipo sono la progettazione riguardante Piazza dei Colori e la collaborazione nella lotta al degrado in zona Casteldebole.

Comune di Bologna ed AUSL Bologna sostengono inoltre l'associazionismo e la propositività che esso esprime. In particolare, le associazioni rappresentate nel CCM Distrettuale e nel CUFO possono essere meglio sostenute nella loro progettazione e nella realizzazione dei loro progetti se essi vengono effettuati in sinergia tra le parti, come l'esperienza del PRISMA e del COPID dimostrano.

Si identificano le ETI e il Gruppo tecnico di Programmazione e Monitoraggio GTPM come articolazioni del sistema di governance nella quale tali interventi di territoriali di comunità possono essere discussi e programmati.

Art. 5

L'intervento coordinato per il contrasto al consumo di sostanze ed alle dipendenze Patologiche

Al Comune di Bologna e all'Azienda USL di Bologna afferiscono, per quanto di competenza, interventi volti alla promozione della salute e prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento e assistenza sociale delle persone con problematiche legate all'uso di alcool e stupefacenti o con dipendenze non legate alle sostanze (esempio Gioco d'Azzardo, Gaming).

Nell'ambito delle proprie funzioni, il Comune di Bologna:

- attraverso il Servizio Sociale di Comunità dislocato nei sei ambiti territoriali dei Quartieri effettua la valutazione ed eventuale presa in carico sociale dei bisogni socio assistenziali delle persone residenti, incluse le persone che, facendo uso di sostanze stupefacenti o alcoliche, sono in carico al Ser.DP per aspetti trattamentali e per quelli che non sono in carico al SerDp, elabora progetti eventualmente indirizzati all'accompagnamento al servizio specialistico;
- sulla base di una valutazione sociale dei bisogni, può disporre di misure e interventi di sostegno socioeconomico e di inclusione lavorativa (contributi economici, tirocini formativi) sulla base dei regolamenti comunali vigenti;
- garantisce il monitoraggio delle segnalazioni attraverso il Servizio di Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta di Asp Città' di Bologna per quanto attiene l'attivazione di postiletto all'interno di strutture di accoglienza notturna a favore di persone in carico ai Ser.DP. e del progetto di accoglienza condiviso in ingresso tra il servizio inviante e l'equipe della struttura di accoglienza.
- realizza interventi di promozione della salute e prevenzione delle dipendenze dall'uso e abuso di sostanze legali/illegali e ludopatia rivolti ai preadolescenti, adolescenti e ai giovani universitari.
- realizza un Servizio atto ad offrire interventi di prevenzione selettiva per giovani consumatori presenti sul territorio di Bologna denominato Area 15.

Attraverso il contratto di servizio con ASP Città di Bologna vengono inoltre realizzati e gestiti i seguenti servizi:

- Servizio "Unità di strada" che assicura la funzione di accesso e informazione, distribuisce materiali sterili e garantisce l'accompagnamento all'ambulatorio SerdP Pepoli, inoltre svolge servizio di monitoraggio del territorio attraverso le segnalazioni di cittadini e servizi, nonché servizio di ascolto e orientamento ai servizi presso un apposito sportello.
- Servizio Sociale a Bassa Soglia per la valutazione e la eventuale presa in carico di cittadini adulti in condizione di grave emarginazione. Per l'individuazione della presa in carico congiunta delle persone in carico al SerdP Pepoli si fa riferimento alle competenze del Servizio stesso;
- Centri di accoglienza notturni;
- Laboratori di comunità e di inserimento lavorativo dedicati alle persone in grave disagio sociale;
- Sportello di mediazione linguistico-culturale in carcere;

Al SerDP afferiscono cittadini residenti o domiciliati nel Comune di Bologna nella fascia di età 18 - 65 anni; cittadini di età inferiore o superiore possono accedere al SerDP. ferme restando le competenze del SST.

Nel caso di domicilio viene richiesta delega terapeutica al SerDP di residenza della persona.

Nell'ambito delle proprie funzioni, l'AUSL di Bologna interviene come segue: attraverso il Ser.DP effettua la valutazione e la presa in carico delle persone residenti o domiciliati nel Comune di Bologna con Dipendenza Patologica legata a sostanze illegali o al misuse di sostanze legali, in particolare farmaci, che volontariamente, anche attraverso l'accompagnamento da parte dei servizi di prossimità, dei Servizi Sociali territoriali o da SBS, manifestano l'intenzione di effettuare un percorso terapeutico.

Il progetto di cura multiprofessionale é condiviso con l'utente e può contemplare diversi seguenti trattamenti (Trattamento Sanitario, farmacologico, psicologico psicoterapico, sociale – educativo).

Il Ser.Dp. e il Servizio sociale territoriale si impegnano a lavorare in un assetto integrato tra la presa in carico sociale e il lavoro di cura della persona, dando luogo, laddove possibile, alla consulenza reciproca e alla coprogettazione in favore della persona utente dei rispettivi servizi.

I principi che integrano il lavoro dei due servizi, collaborazione, semplificazione dell'accesso della persona al proprio progetto personalizzato, sostenibilità reciproca degli interventi posti in essere, guidano il modello comune di presa in carico e condivisione dei casi che necessitano di una collaborazione fra SST e SerDP.

Il target specifico che necessita dell'integrazione sociosanitaria e collaborazione fra SST/SBS di Comune/ASP Città di Bologna e SerDP Ausl sono i cittadini/pazienti con dipendenze patologiche che presentano bisogni di carattere socio assistenziale. Si stabilisce che dall'entrata in vigore del presente Accordo:

1. i pazienti/cittadini in carico al SerDP in grado di relazionarsi in autonomia e correttamente con le risorse e setting di professionisti esterni al SerDp e in grado rappresentare il proprio bisogno di natura sociale, possano essere orientati ad accedere direttamente alla rete di accesso degli sportelli sociali del territorio.
2. per i pazienti/cittadini in carico al SerDP che presentano difficoltà o fragilità relazionali che impediscono loro di presentarsi e rappresentare il proprio bisogno in modo adeguato allo sportello sociale, sarà opportuno un accompagnamento/mediazione da parte del SerDp con un passaggio delle informazioni fra servizi sul caso.
3. per i pazienti in carico al SerDp "complessi" sarà necessaria una presentazione preliminare della situazione fra servizi. In particolare:
 - a. persone con co-morbilità, seguiti anche dal CSM
 - b. persone con grave fragilità sanitaria, con bisogni assimilabili all'età anziana
 - c. over 65 anni ancora in carico ai SerDP

Per il target di pazienti/cittadini indicati ai punti 2) e 3), a fronte di bisogni sociali riconducibili alle risorse di natura socio assistenziale in capo al Comune di Bologna, il Ser.Dp presenterà richiesta di co-progettazione presentando il caso in ETI.

ETI valuta in modo integrato il progetto possibile in favore della persona utente e la forma di collaborazione sostenibile fra SerDp e SST. La presentazione in ETI dovrà vedere la partecipazione dell'equipe che ha in cura la persona, in modo da poterne rappresentare la situazione puntuale e procedere alla eventuale costituzione di microequipe di lavoro sul caso. Tale collaborazione fra SerDp e SST potrà eventualmente prendere le forme di una co-progettazione e co-presa in carico tra servizi, in cui il Servizio Sociale Territoriale è

titolare della presa in carico sociale e delle risorse socio assistenziali, a cui si affianca il trattamento da parte del SerDP, nell'ambito del programma terapeutico multidisciplinare.

Tale collaborazione, una volta avvenuto il primo passaggio in ETI, sarà implementata nel rispetto della sostenibilità dei carichi di lavoro di ciascun professionista e potrà realizzarsi attraverso un colloquio congiunto di presentazione del caso o ogni altro intervento si vorrà concordare, utilizzando il setting che si riterrà di volta in volta più adeguato a sostenere la persona e i servizi. Ogni professionista concederà ai colleghi degli altri servizi lo spazio dedicato alla costruzione della relazione.

Gli operatori del Ser.Dp possono rivestire il ruolo di tutor didattico-organizzativo del tirocinio inclusivo di persone in carico, per le quali si valuta l'opportunità che il tirocinante sia seguito da un operatore del Ser.Dp, agendo in nome e per conto del Dipartimento Welfare del Comune di Bologna che è Ente promotore del tirocinio stesso.

Il SerDP Pepoli prevede un percorso a bassa soglia formato da:

- un ambulatorio mobile per la somministrazione di farmaci sostitutivi a pazienti senza residenza e/o senza dimora e attività di riduzione del danno
- un ambulatorio fisso, sito presso la casa della Salute Saragozza, a bassa soglia di accesso, dove viene garantito l'accesso alle cure, la presa in carico e la continuità nei percorsi assistenziali a fasce di popolazione in condizioni di marginalità sociale, portatori di dipendenza da alcool, da sostanze o da dipendenza senza sostanze che non hanno i requisiti burocratico amministrativi per accedere agli altri servizi.

La *bassa soglia d'accesso* è configurata dai tempi rapidi di ammissione al trattamento, soprattutto, dalla mancata richiesta di qualsiasi requisito, ivi compresi quelli burocratici e/o anagrafici.

Gli utenti interessati sono soprattutto tossicodipendenti da sostanze legali o illegali, non residenti o senza fissa dimora, comprese persone migranti anche qualora non in regola con il permesso di soggiorno. Se la persona in carico all'Equipe non è residente a Bologna e manifesta bisogni di tipo sociale, Unità di Strada, previa valutazione congiunta con l'Equipe, predispone la segnalazione ed accompagnamento presso il Servizio Sociale Bassa Soglia che effettuerà la valutazione e, nel caso, la presa in carico di tipo sociale.

Nel caso di trasferimento della presa in carico del caso dai SerDP all'Equipe SerDP Pepoli, se la persona manifesta bisogni di tipo sociale, viene attivata la presa in carico da parte del Servizio Sociale del Programma (anche per coloro che sono residenti in Via Tuccella e presso le strutture di Accoglienza Grave Emarginazione Adulta Cittadine).

La collaborazione tra Ser.T - SST - SBS si realizza, oltre che attraverso le modalità consuete e ordinarie, attraverso le equipe territoriali integrate (ETI).

Art. 6 Risorse

Comune e Ausl di Bologna si impegnano a garantire le risorse necessarie a carico dei rispettivi bilanci per il finanziamento delle prestazioni integrate oggetto del presente Accordo.

L'art. 33, comma 4 del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce che il costo della retta delle strutture residenziali socio-sanitarie di ambito psichiatrico sia a carico del *Fondo Sanitario Nazionale per una quota pari al 40% della retta giornaliera, con una quota di compartecipazione a carico dell'utente pari al restante 60%*. In caso di indigenza dell'utente, accertata dai servizi del Comune sulla base dei regolamenti e procedure vigenti, il 60% di compartecipazione al costo della retta è a carico, in tutto o in parte, del Comune di Bologna. Tale disposizione non è stata sinora applicata su indicazione della RER e fino a nuova comunicazione si applicano la **DGR 313/2009** e la **DGR 327/2019** che stabiliscono che il costo della **retta delle strutture residenziali socio sanitarie di ambito psichiatrico sia per l'85% a carico del Fondo Sanitario Regionale e per il 15% a carico dell'utente**. In caso di indigenza dell'utente, accertata dai servizi del Comune, sulla base dei regolamenti e procedure vigenti il costo di compartecipazione del 15% della retta in tutto o in parte sia a carico del Comune di residenza.

Si precisa inoltre che:

- per gli adulti inseriti in strutture sanitarie accreditate la spesa della retta è a totale carico del Servizio Sanitario Regionale;
- per gli adulti inseriti in strutture sociali di accoglienza notturna (dormitori) del territorio la spesa è a carico del Comune di residenza, secondo quanto stabilito dai regolamenti comunali vigenti;
- per gli over 65 inseriti in strutture sociali del territorio sulla base di quanto disposto dall'UVM di cui al punto 4.1.4 la spesa è a carico del Comune di Bologna, secondo quanto stabilito dai regolamenti comunali vigenti.

Nell'ambito del sostegno all'abitare il Comune di Bologna mette a disposizione alloggi in comodato d'uso gratuito all'Azienda Usl – Dipartimento di Salute Mentale per finalità specifiche legate alle attività di servizio, come risorsa abitativa, parte comunale, anche per i progetti con metodologia Budget di Salute.

L'Ausl di Bologna può altresì prevedere, in via eccezionale e per casi specifici, forme straordinarie di contribuzione economica aggiuntiva, qualora si rendano necessarie per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici attesi.

L'Azienda USL trasferisce al Comune di Bologna annualmente le risorse economiche quantificate e stanziare dalla Regione Emilia-Romagna per la realizzazione delle seguenti tipologie di interventi:

- Prevenzione dei consumi e abusi di sostanze legali ed illegali tra i giovani, attraverso interventi nell'ambito del divertimento notturno;
- Interventi di prossimità nei luoghi di vita per la promozione della salute e stili di vita sani fra i giovani (adolescenti e preadolescenti);
- Interventi di strada per la riduzione del danno correlato alla dipendenza da sostanze psicotrope (in gestione all'ASP Città di Bologna).

Art. 7
Funzioni di governo e durata dell'accordo

Il presente accordo con ha validità dalla data della sottoscrizione e sino al 31/12/2026 con possibilità di rinnovo di pari durata, e si inquadra tra gli strumenti di regolazione dell'integrazione socio-sanitaria istituzionale previsti dal Piano Sociale e Sanitario Regionale e rientra pertanto tra le competenze assegnate al Comitato di Distretto che esercita anche la funzione di vigilanza.

Il Comitato di Distretto, una volta riscontrata la presenza di ritardi o negligenze nella realizzazione degli interventi, provvede a darne comunicazione ai soggetti firmatari dell'accordo e agirà nei modi che riterrà più opportuni al fine di concordare soluzioni o interventi da adottare, ivi compresa la possibilità di proporre la modifica degli interventi previsti nei Piani.

L'Ufficio di Piano garantisce la funzione di supporto al Comitato di Distretto per l'attività di governo e monitoraggio degli impegni assunti dalle parti e, in particolare, realizza l'attività di accompagnamento all'applicazione dei contenuti dell'accordo.

I contenuti delle azioni messe in campo, il fabbisogno espresso e le risorse impegnate dovranno trovare una propria definizione nella programmazione annuale del Piano di zona per la salute e per il benessere sociale della Città di Bologna.

L'Assessore al Welfare del Comune di Bologna
Luca Rizzo Nervo
(f.to digitalmente)

IL Direttore Generale dell'Ausl di Bologna
Paolo Bordon
(f.to digitalmente)