



Prot. n. 5957 del 21/03/2024

VERBALE XIII INCONTRO DI CO-PROGETTAZIONE PER LA GESTIONE DI SERVIZI RIVOLTI AL CONTRASTO ALLA GRAVE EMARGINAZIONE ADULTA E AL DISAGIO ABITATIVO

1) I Servizi di prossimità, con riferimento a:

- 1.1) Gli interventi in strada
- 1.2) Il Servizio docce
- 1.3) I Laboratori di comunità

2) I Servizi per l'accoglienza e il contrasto al disagio abitativo, che comprendono:

2.1) La Pronta accoglienza

- 2.1.1) Pronta accoglienza a bassa soglia per persone singole
- 2.1.2) Pronta accoglienza in piano Freddo
- 2.1.3) Pronta accoglienza in strutture collettive per nuclei con minori e persone singole

2.2) L'abitare condiviso temporaneo

- 2.2.1) Strutture di accoglienza collettiva per persone singole e coppie
- 2.2.2) Housing Led
- 2.2.3) Housing First

2.3) L'Accoglienza temporanea in alloggi, anche in convivenza, di nuclei e persone singole

- 2.3.1) Alloggi di Pronta accoglienza, anche in convivenza, per nuclei con minori e persone singole
- 2.3.2) Alloggi di Transizione abitativa per nuclei con minori e persone singole

2.4) Gli interventi a supporto dell'abitare a favore della comunità Sinta e la gestione delle aree sosta e delle microaree famigliari.

Responsabile del procedimento: Dott.ssa Annalisa Faccini (Dirigente Area Coesione Sociale di ASP Città di Bologna)

In data giovedì 21.03.2024, ore 10:00, inizia il XIII incontro previsto per i tavoli di co-progettazione per la gestione di servizi rivolti al contrasto alla grave emarginazione adulta e al disagio abitativo.

Sono presenti il RUP e, quali componenti del gruppo tecnico, nominato con determinazione n. 89 del 08/02/2024 della Dirigente Area Coesione Sociale:

- La Dott.ssa Stefania Corfiati, Responsabile Servizio Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta di ASP Città di Bologna;
- La Dott.ssa Simona Cavallini, Responsabile Servizi Abitativi di ASP Città di Bologna;
-

Sono inoltre presenti per ASP Città di Bologna:

- la Dott.ssa Chiara Polloni, Area Coesione Sociale;
- la Dott.ssa Maddalena Guglielmi, Area Coesione Sociale;
- la Dott.ssa Valeria Giurlanda, Area Coesione Sociale;
- la Dott.ssa Silvia Campagnaro, Servizi abitativi.
- la Dott.ssa Maria Padula, Servizio contrasto grave emarginazione adulta;



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

- la Dott.ssa Daniela Ghinello, Servizio contrasto grave emarginazione adulta;

Per il Comune di Bologna sono presenti:

- il Dott. Marco Tocco, Servizi e Interventi per l'inclusione sociale
- la Dott.ssa Daniela Cavestro, Servizi e Interventi per l'inclusione sociale
- La Dott.ssa Sara Chendi, Ufficio Reti San Donato San Vitale
- La Dott.ssa Stefania Marchese, Ufficio Reti Santo Stefano
- il Dott. Giuseppe Angrisano, Ufficio Reti Navile

Per l'Ente di consulenza, supporto allo sviluppo sociale e territoriale, AMAPOLA:

- il Dott. Marco Sorrentino
- la Dott.ssa Clara Bonfanti;

Per AUSL Bologna sono presenti:

- Il Dott. Renzo Muraccini, Responsabile CSM Zanolini, Dipartimento Salute Mentale
- la Dott.ssa Meri Bassini, Responsabile Ambulatorio SerDP Pepoli
- la Dott.ssa Monica Covili, Coordinatrice Ambulatorio SerDP Pepoli
- la Dott.ssa Sarah Candura, Unità Attività Socio Sanitarie
- la Dott.ssa Valeria Gentilini, Dipartimento cure primarie, gruppo vulnerabilità e migranti
- la Dott.ssa Marianna Parisotto, Dipartimento cure primarie, gruppo vulnerabilità e migranti

Per gli Enti proponenti sono presenti:

Cognome	Nome	Ente
Dott.ssa Montipò	Sara	Consorzio Arcolaio
Dott.Castellani	Mattia	Consorzio Arcolaio
Dott.ssa Chiappa	Margherita	Consorzio Arcolaio
Dott.ssa Spinato	Francesca	Consorzio Arcolaio
Dott.ssa Monico	Giulia	Consorzio Arcolaio
Dott.ssa Rizzoli	Benedetta	Consorzio Arcolaio
Dott.lalacqua	Giuseppe	Consorzio Arcolaio
Dott.ssa Pancaldi	Irene	CIDAS
Dott.Camisotti	Francesco	CIDAS
Dott.ssa Giangregorio	Corine	Associazione Mondodonna
Dott.ssa Mapelli	Susanna	Associazione Mondodonna

La Dott.ssa Faccini introduce l'incontro, specificando essere il primo dei due incontri dell'ambito Socio Sanitario. Si riassumono velocemente i concetti e le aree del presente avviso per dare dei riferimenti



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

rispetto ai contenuti dell'avviso. Ed evidenziare alcune questioni che meritano un confronto. Questo contesto servirà a sottoscrivere accordi per l'espletamento delle attività. Ci confronteremo su aspettative specifiche e modalità di collaborazione che ne conseguono, sapendo che ci troviamo in un contesto già normato e regolamentato.

La Dott.ssa Corfiati elenca e descrive le diverse macroaree che si trovano all'interno dell'Area Coesione Sociale di ASP. Sottolinea come, per le diverse strutture, siano già presenti articolazioni e collaborazioni (ambulatori, unità di strada, etc..). Ad oggi ci troviamo a trattare situazioni psicofisiche complesse, per cui nel tempo abbiamo messo in campo collaborazioni a spot per le quali nasce la necessità di metterle a sistema.

La Dott.ssa Faccini spiega che si pensava, area per area di evidenziare gli aspetti peculiari del lavoro di integrazione sociosanitaria e chiede a Tocco gli odierni accordi in essere; a seguire chiede lo stato dell'arte a Ghinello e Padula.

Il Dott. Tocco afferma che la collaborazione odierna è controllata da Accordo di Programma del 2015 e rinnovato nel 2021, ora in fase di rinnovo. Ad oggi si lavora a livello cittadino con la novità della diversa regolazione dei rapporti con SerDP. Ora si è ritirata la delega per rinnovare i rapporti nell'ottica di coprogettazione: ora stiamo curando l'accompagnamento dei gruppi di lavoro (ETI) per poi integrarlo nel nuovo accordo di programma che partirà ad aprile 2024. Anche a livello metropolitano vi sono degli incontri per sviluppare l'accordo quadro.

La Dott.ssa Padula condivide che l'unità di strada è il servizio di prossimità che maggiormente si interfaccia con la parte sanitaria, attraverso le attività che vengono messe in campo a favore di tutte le persone con dipendenza che chiedono una presa in carico. Come accompagnamenti al SerT Pepoli, oppure attraverso medici che fanno prima accoglienza anche a persone non regolari e/o non residenti. E' importante promuovere la collaborazione con il servizio sanitario per le persone in strada che presentano profili psichiatrici.

Questi interventi infatti generano difficoltà, le persone multiproblematiche richiedono interventi integrati. Gli operatori delle unità di strada non hanno una formazione sanitaria. Il SerT garantisce aiuto e sostegno, ma vi sono molte persone con fragilità psichiche e/o biologiche che vivono in strada prive di una presa in carico. I servizi si rapportano anche con tutto il volontariato (Sokos) che si occupa di trattare tutta la parte sanitaria. Dobbiamo tenere presente anche del cambiamento dell'utenza, cosa troviamo in strada oggi, sia dal punto di vista del consumo sia dal punto di vista della città che cambia.

La Dott.ssa Faccini ricorda che il nostro mandato è quello di guardare al lavoro di strada come un lavoro che si occupa di guardare al territorio nella sua complessità, con una funzione di mediazione sociale aggiunta ad una intercettazione delle persone che portano bisogni. Non possono essere solo i Servizi Sociali Territoriali ad intercettare, noi aggiungiamo uno sguardo più ampio: noi siamo lo strumento dell'amministrazione per guardare il territorio. C'è un mondo oltre con cui è necessario promuovere azioni di integrazione, tra cui tutta la parte sanitaria.

La Dott.ssa Bassini concorda con i temi emersi e aggiunge che si deve cercare di strutturare delle risposte adeguate perché i bisogni sono diversi, la rappresentazione dei problemi che stiamo portando oggi è qualcosa che in più occasioni abbiamo evidenziato, serve un'azione più incisiva partendo da un confronto



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

all'interno della nostra equipe fino al confronto con i responsabili. A volte non è semplice pensare ad un percorso di cura, spesso le persone ci mettono in difficoltà togliendo la collaborazione e, probabilmente, quest'attesa sarà sempre in maggiore numero. Le persone che partono da abuso e arrivano a decadimento fisico sono anche difficili da valutare. Per noi è più facile trovare momenti di confronto e ragionamento, noi siamo disponibile a questo.

Il Dott. Muraccini dice che i servizi sono datati e con i servizi qui presenti c'è sempre stata buona collaborazione. Il protocollo appena scaduto è un vantaggio, garantisce e norma luoghi di confronto (ETI). La rete attorno all'ETI c'è ma manca chi tira le fila, quindi ognuno fa la sua parte senza raccordo. Questa rete ha dei buchi; Molte persone non accedono alle offerte per incapacità e/o inadempienza, come se un soggetto complicato gli chiedesse di andare nei posti ma lui non va e nessuno lo accompagna. Se c'è qualcuno, questo si fa carico di unire la rete anche se non gli compete. Rete unita da unità di strada o dalla persona addirittura. L'altra questione importante sarebbe una riflessione sui cosiddetti marginali, identità complesse dal punto di vista bio psico sociale: hanno corpo devastato (per cui vengono presi in carico).

I senza dimora che hanno delle complessità sanitarie, psichiatriche e di dipendenza oltre che sociali sono al contempo molto visibili perché abitano la strada ma, allo stesso tempo, invisibili per cui diventano problematici. Sono visibili ma invisibili (non conosciamo le loro storie). Questi soggetti chi sono e come li tratti? Chi fa lavoro di trincea non può essere delegato a fare tutto. I servizi sono presenti ma sono frastagliati. Abbiamo bisogno di tutte le teste per capire come guardiamo la persona che è in strada. Io non credo che la soluzione sia ancora la rete dei servizi, ma credo sia un luogo (fisico e mentale) dove i servizi vanno e creano la rete. Cominciamo dal basso: ci sono già luoghi che lavorano così.

La Dott.ssa Faccini precisa che il nostro compito non è coincidente. Il lavoro di strada non può essere così decisivo nel determinare il lavoro di cura; il nostro oggetto oltre la persona che vive la strada, è la strada stessa e il commerciante.

Il Dott. Muraccini risponde dicendo che questo è scontato e se non lo è dobbiamo fare passo indietro. Noi cosa possiamo fare per rendere maggiormente efficiente il sistema e ridurre la frammentarietà?

Il Dott. Tocco replica dicendo che la risposta ce l'abbiamo in casa, è l'ETI, già esistente anche se da sola non basta.

Il Dott. Muraccini afferma che non crede sia sufficiente.

La Dott.ssa Padula risponde che con le persone che vivono in strada non arriviamo all'ETI, perché è un discorso articolato.

La Dott.ssa Ghinello afferma che ci arriviamo ma sono piani diversi, in momenti diversi.

Il Dott. Muraccini chiede se per creare step è necessario che il basso e l'alto dialogano.

La Dott.ssa Faccini risponde che la risposta è l'ETI.

Il Dott. Muraccini chiede di stare nella concretezza, perché si perde l'utente prima di arrivare all'ETI. Il



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

Comune dovrebbe istituire fondo comune per la sanità.

Spinato di Arcolao aggiunge di partire dalle esperienze concrete per arrivare ad altro. Dobbiamo dirci che c'è un percorso, ma non spesso funziona e i punti di vista diversi non aiutano nella scorrevolezza di ciò che c'è. L'unione dei servizi sociali e sanitari tutela questa parte al limite. Però noi educatori, non sempre ci sentiamo sostenuti e le decisioni che a volte ci troviamo a prendere non sempre sappiamo se rappresentano la risposta migliore per la persona. Oltre a questo, dobbiamo tener conto che la psichiatria non viene in strada.

Ora dobbiamo trovare un modo: ETI va bene, ma o cambiamo funzione o cambiamo modo di farla, perché al momento si vive come talmente lontana che non la si percepisce come reale. Se avessi contatto diretto con sanità forse sarebbe più facile: io vedo solo che sta male, ma non ho le competenze per valutare il punto di vista sanitario.

La Dott.ssa Corfiati chiede come presidiamo questi luoghi in cui stanno le persone, per le quali c'è già qualcosa di conclamato. Ad esempio una signora al Beltrame, con patologia organica e condizione fisica aggravata che comporta anche difficoltà psichiche (sarebbe da CSM, non è presa in carico, non prende terapia quindi è scompensata, non viene presa dalla struttura che cura quella cosa lì): non è compliant, non può essere lasciata in strada, ma non è pensabile che il Beltrame sia migliore della struttura che non la vuole. Quindi costruiamo luoghi capaci di accogliere quelle persone che devono venire via dalla strada, ma come li presidiamo? Questo incontro professionale, questo sostenerci a vicenda, questo evitamento della solitudine nell'intervento.

Il Dott. Tocco aggiunge che intende spendere delle parole sull'ETI: non è uno strumento moderno, ma non è un motivo per non lavorarci. Tutti noi abbiamo in mente ciò che non funziona, ma mettiamo a valore cosa funziona. L'ETI è momento di sintesi principale di tutto il percorso: pensiamo all'ETI come presa in carico della situazione con strumenti propri. Noi abbiamo bene in mente questa integrazione e il dialogo è teso al portafoglio comune, tema centrale. L'accordo di programma esce ad aprile, ma è modificabile. L'ETI è anche il posto in cui si licenzia il lavoro delle micro équipe, come validazione di integrazione del lavoro reale. Se lavori su un'ETI che diventi strumento utile: oggi abbiamo ETI con bassa partecipazione e questo non aiuta e non funziona.

La Dott.ssa Ghinello afferma che abbiamo tanti luoghi, oltre all'ETI mensile ci sono due volte a settimana incontro decisionale UDS, incontro di coordinamento mensile, et al. Il tema è: come andiamo in questi luoghi. Purtroppo il riuscire ad essere uniti parte da noi. Tutti noi facciamo parte della città, dalla persona per terra al negoziante; quanto siamo in grado di metterci in gioco?

La Dott.ssa Parisotto dice che abbiamo un obiettivo troppo alto per questo poco tempo, questi temi sono giganti e servirebbe lavoro assiduo e una formazione congiunta per arrivare a punti comuni e consolidati (decidere ambiti di cambiamento da cui partire). A me sarebbe utile avere scritto punti di forza e criticità. Il mio mandato è la salvaguardia del più debole, imparo sempre molto dalle cornici di riferimento altre. Potrebbe essere stimolante costruire sperimentazioni e formazioni. Credo che sia necessario valorizzare ETI, anche se è da considerare livello ultimo e alto: ci sono altri piani da mettere in ordine. Non tutto arriva all'ETI, è necessario definire meglio i nostri dispositivi di integrazione e rapporto. Io afferisco al dipartimento cure primarie e faccio base al centro case migranti e vulnerabilità: è utile darsi obiettivi



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

condivisi e magari un maggiore raccordo tra tutto.

Il Dott. Tocco dice che è indispensabile il responsabile delle cure primarie all'interno delle ETI. C'è un portafoglio comune (il budget di salute).

Chiappa di Arcolao aggiunge che siamo partiti da casi complessi e strada; riportare l'attenzione sulle persone che sono in struttura su cui si lavora quotidianamente, mettere in agenda come condividere le informazioni tra sanitario e sociale. Se abbiamo pari dignità dobbiamo avere una uguale permeabilità di informazioni. Sarebbe utile avere strumenti per condividere le informazioni in altri modi per non usare quei luoghi per questo, anche per averle più velocemente consultabili. Questo forse servirebbe anche a mettere a sistema tutti gli attori coinvolti (che a volte non entrano nel dialogo e non hanno risposte).

Camisotti di CIDAS afferma che è necessario dirci chi sono le persone in strada (uomini/donne, quali numeri, stranieri/italiani, quali servizi sono coinvolti, età). Oggi per iscrivere un cittadino straniero regolarmente soggiornante servono circa 15 – 20 h/settimanali di lavoro (dipende anche dai CUP e dagli operatori che si trovano). Per non parlare di tutti i servizi specialistici che potrebbero essere utili. Ad oggi, manca la base di relazione. (Ora stiamo dilapidando risorse pubbliche). Capire di chi si sta parlando, porta anche a parlare di strumenti e strategie: qualificare meglio il bisogno e superare barriere oggi presenti. Questo porta anche ad una non fiducia della persona verso il sistema.

La Dott.ssa Cavestro, dice di vedere molto solo anche l'operatore dei Servizi Sociali Territoriali. Ci sono casi di persone residenti su cui i Servizi Sociali Territoriali devono agire. Per quanto riguarda il territorio manca proprio l'integrazione con la parte socio sanitaria.

Ialacqua di Arcolao aggiunge che l'integrazione socio-sanitaria è costruire cultura, strumento e condivisione ampia, non mettere un assistente sociale in una équipe sanitaria. Vuol dire fornire equità anche nelle situazioni difficili. L'ETI non è pensabile sia un lavoro operativo in quanto non tempestivo. Noi abbiamo attivato Fast Truck e HCV che permette di fare da noi il test molecolare, per velocizzare lo screening: questo è offrire ordinarietà in condizioni di straordinarietà. La strada però non è il luogo della cura, anche se primo luogo di aggancio: o avvicinamento dei servizi (sanitario e sociale) in strada, oppure eliminiamo gli ostacoli "organizzativi" presenti oggi e mettiamo al centro la competenza dell'integrazione. All'operatore di strada viene lasciato margine di valutazione per cui si aggancia tutto il resto. Io immagino: si fa ETI, si decidono cose, il servizio più prossimo e con più duttilità tiene il coordinamento dell'intervento sulla persona.

Spinato di Arcolao dice che in questo momento a Bologna abbiamo punti di contatto (SBS) e punti di comunicazione per cui puoi avviare una presa in carico su più punti. Il problema è la non volontarietà di accesso della persona, quando noi valutiamo che abbia necessità di un determinato percorso.

La Dott.ssa Faccini afferma che la cosa importante è costruire un assetto: nell'urgenza tutti abbiamo lo strumento, che è chiamare il 118.

Spinato risponde che in realtà il 118 interviene fino ad un certo punto, quindi potrebbe essere utile creare una collaborazione con i sanitari di strada, che al momento non c'è.



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

La Dott.ssa Bassini afferma che il SerT sta evolvendo e cambiando in base ai nuovi bisogni e alle nuove persone che accedono ai servizi. Teniamo presente che SST sta andando in pezzi in tutti i suoi aspetti. Noi, in questo scenario, stiamo cercando di strutturare interventi stabili, anche se non riusciamo ad uscire in strada. Al di là delle cose concrete che si possono fare, è importante riportare all'interno della nostra équipe i bisogni e i pensieri portati dagli operatori.

La Dott.ssa Chendi porta le sue riflessioni. Quando si parla di coprogettazione ci sono elementi utili da tenere a mente:

- 1) avere chiaro quali sono i bisogni cui noi vogliamo rispondere e quali sono le cose che vogliamo mettere in campo per sopperire a quei bisogni;
- 2) cosa vogliamo coprogettare e per chi lo vogliamo fare.

La dott. Faccini aggiunge che la parte sanitaria non ha un onere specifico nella co-progettazione, non firmerà le Convenzioni. Non è questa la sede in cui potremo sancire l'accordo, che verrà fatto in altra sede. È necessario avere dei dati, che la prossima volta potranno essere discussi dividendoli anche per aree di intervento. La parte della prossimità è quella più complessa ed è più complesso lavorare sull'integrazione. Oggi persone che hanno una disponibilità all'accesso ai servizi, ma non vi accedono perché i servizi sono fatti in un modo che non gli permette di accedere.

Montipò aggiunge che è importante pensare anche a nuovi consumatori e alle strategie che possiamo mettere in campo per poter agire.

La Dott.ssa Faccini conclude dicendo che per il prossimo appuntamento sociosanitario si farà un focus su determinati ambiti, chiude i lavori alle 13:30 rimandando la discussione al prossimo incontro.