

Il Budget di salute in Emilia-Romagna: *work in progress*



Bologna, 3 Maggio 2024

Gentili Partecipanti,

Vi diamo il benvenuto oggi a Bologna in occasione del convegno *Soggetto, Persona, Cittadino: Sperimentazione Nazionale del Budget di Salute all'interno del progetto promosso nel 2022 dal Ministero della Salute, attraverso il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, dedicato allo sviluppo del Budget di salute e coordinato dalla Regione Emilia Romagna insieme all'Istituto Superiore di Sanità.*

Il confronto nazionale avviato nel 2019 tra Regioni e Province Autonome, che ha già prodotto le Linee programmatiche nazionali dedicate al Budget di salute, ci vede impegnati nell'attività di documentarne la sperimentazione e valutarne gli esiti. Durante la giornata, avremo l'opportunità di condividere conoscenze ed esperienze attraverso un confronto esteso a livello nazionale e dibattere su punti di forza e criticità.

Come contributo a tale scopo, desideriamo mettere a disposizione gli esiti dell'approfondimento tematico sviluppato nel corso del 2023 dal gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del Budget di Salute, coordinato dall'Ausl di Parma, con l'auspicio che possano concorrere a diffondere la conoscenza del Budget di Salute e delle sue potenzialità, ma anche fornire spunti di riflessione critica e strumenti utili ad affrontarne le difficoltà applicative ed i potenziali ostacoli.

Un ringraziamento a tutti coloro che negli anni hanno sostenuto il progetto e si sono impegnati nella sua realizzazione, ed un augurio per i prossimi futuri obiettivi di lavoro comuni!

Fabia Franchi e Alessio Saponaro

*Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare
Settore assistenza territoriale*

Indice generale

INTRODUZIONE

di Pietro Pellegrini

4

IL BUDGET DI SALUTE IN EMILIA ROMAGNA: UNA LUNGA STORIA... INFINITA

a cura di Patrizia Ceroni, Massimo Scaffardi, Caterina Soncini

15

TAVOLO REGIONALE BUDGET DI SALUTE 2022-23: SINTESI DEI GRUPPI DI LAVORO

PARTE 1 Sintesi dei lavori svolti dal sottogruppo “Procedure amministrative”

coordinamento: Prof. Alceste Santuari, a cura di Alceste Santuari e Patrizia Ceroni

19

1.Premessa metodologica

20

2.Le procedure amministrative applicabili al “metodo” Budget di Salute

20

3.Le specificità della co-progettazione

23

4.Le procedure amministrative attivate dalle singole Aziende USL: una breve analisi dei punti di forza e delle criticità emerse

27

5.Indicazioni per un’adeguata e coerente applicazione del “metodo” Budget di Salute

28

6.Schema di individuazione delle procedure per la realizzazione del Budget di Salute

38

7.Sintesi dei lavori del Laboratorio di approfondimento “Il Budget di Salute: percorsi amministrativi aziendali a confronto”

Ausl di Parma, Fattoria Vigheffio, 2 ottobre 2023

41

Appendice: Schema riassuntivo delle procedure realizzate a livello territoriale

43

PARTE 2 Sintesi dei lavori svolti dal sottogruppo

“Budget di salute nelle Dipendenze Patologiche”

coordinamento: dr.ssa Monica Covili

60

Documento di indirizzo per l’applicazione del Budget di Salute alle Dipendenze Patologiche

a cura di Gilberto Gerra

61

Traccianti di sviluppo

67

Disturbo da uso di sostanze: gestione del craving, prevenzione della ricaduta e opportunità di reinserimento sociale

67

Concomitanti disturbi psichiatrici	68
Assistenza legale: alternative alla punizione e al carcere	70
After-care management	71
Giovani	72
Esperienze applicative regionali	73
L'esperienza di Piacenza	73
L'esperienza di Parma	74
L'esperienza di Reggio Emilia	75
L'esperienza di Modena	76
L'esperienza di Ravenna (AUSL Romagna)	74
L'esperienza di Imola	79
Il percorso di implementazione a Bologna	80
Il modello organizzativo a Ferrara	90
PARTE 3 Sintesi dei lavori svolti dal sottogruppo "Manuale Operativo" coordinamento: dr. Vincenzo Trono e Gerald Weber	98
BdS-FIDELITY SCALE	100
Protagonismo della persona	100
Autodeterminazione e Casa come primo luogo di cura	102
Integrazione sociosanitaria	103
Welfare di comunità	104
Recovery personale	106
Recovery istituzionale	108
Elementi attuativi	109
Questionario di Gradimento Progetti con Budget di Salute	112
RINGRAZIAMENTI	117

INTRODUZIONE

Pietro Pellegrini¹

Dopo oltre vent'anni di sperimentazioni nell'ambito della salute mentale sono maturi i tempi per la strutturazione del Budget di Salute (BdS), previsto anche dal DM 77/2022² per la realizzazione dei Progetti di Salute Complessi.

Gli elementi qualificanti e attuativi individuati dal progetto nazionale “*Soggetto, Persona, Cittadino: Promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il Budget di Salute*” realizzato da Istituto Superiore di Sanità, Regione Emilia Romagna, Ausl di Parma, il 6 luglio 2022 sono stati approvati dalla Conferenza Unificata.³

L'Istituto Superiore di Sanità ha predisposto un corso di formazione a distanza che è stato frequentato fino a giugno 2023 da 51.954 operatori.

Nell'ultimo anno nell'ambito del Progetto regionale sono stati predisposti tre sottogruppi di lavoro (Percorsi amministrativi, Manuale Operativo, Budget di Salute e Dipendenze Patologiche) dei quali nella presente pubblicazione presentiamo i risultati.

Di particolare rilevanza sono i Percorsi Amministrativi che devono coordinarsi e consentire di dare realizzazione ai percorsi di cura innovativi. Le novità introdotte dal d.lgs. 117/2017 Codice del Terzo Settore (art.55 e segg.) ed altre normative applicative⁴ indicano nella coprogrammazione e coprogettazione la via per la realizzazione del BdS e la costruzione di un *welfare* di comunità. Il coordinamento del Prof. Alceste Santuari è stato fondamentale per cercare di allineare i diversi strumenti fino ad ora utilizzati dalle diverse Aziende Sanitarie regionali, raccolti nel repertorio al fine anche di favorire la conoscenza e il confronto tra le diverse esperienze. L'obiettivo è costruire un approccio ispirato all'*ad hoc*razia, nel quale l'accordo nei percorsi amministrativi tra sistema sociale e sanitario diviene la chiave per l'innovazione.

Al tempo stesso il sottogruppo Manuale Operativo mira ad affinare lo strumento, in relazione agli elementi qualificanti; appaiono quindi di grande interesse la creazione della *Fidelity Scale*, del Questionario gradimento, la stesura del Manuale Operativo per avviare una prima somministrazione sperimentale nei Servizi.

In vista di un utilizzo universale del BdS, l'approfondimento in uno specifico ambito, quello delle Dipendenze Patologiche, consente di evidenziare, nell'applicazione operativa, le

¹ Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

² Decreto 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

³ Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”. Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022.

⁴ In particolare si fa riferimento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 26 giugno 2020, alla modifica del Codice dei contratti (Legge n. 120 del 11 settembre 2020) che ha riconosciuto il ruolo del Codice del Terzo settore e al D.M. n. 72 del 31 marzo 2021 Linee Guida per gli aspetti applicativi relativi agli artt. 55, 56 e 57 del d.lgs 117/2017.

specificità in relazione sia alle caratteristiche dell'utenza sia del sistema sociosanitario, in relazione ai differenti servizi/attività /interventi e normative in essere.

Infine credo sia importante definire lo scenario di senso nel quale si iscrive il BdS che è quello della creazione di Servizi di Comunità e Prossimità.⁵ Per raggiungere questo traguardo vi sono alcune azioni da mettere in atto.

Un riepilogo

Per chi si appropria alla lettura può essere utile precisare che il BdS non è un voucher, un bonus, o un modo diverso per pagare o integrare delle “rette” residenziali. Non va confuso con sussidi o assegni o altri interventi strettamente economici erogati alle persone e famiglie per la gestione in proprio dell'assistenza. Il BdS è un approccio incentrato sulla persona come fine, prima ed essenziale risorsa sempre inserita nella comunità; la persona è sempre titolare di diritti e doveri, di libertà e responsabilità, dove “l'Altro” viene visto come “parte di sé”, protagonista del suo programma di cura e progetto di vita; la persona ha una pluralità di bisogni e vede sempre la necessità di accoglienza, accudimento, educazione, interventi sociali e sanitari visti in una visione unitaria, coerente in una logica evolutiva: il cambiamento è sempre possibile. Le persone appartengono a sé stesse, secondo il principio di autodeterminazione e mai ai servizi e alle istituzioni. La modalità capacitante della persona, cui attribuisce un potere, è volta a creare al contempo un *welfare* di comunità. Il BdS è uno strumento di integrazione sociosanitaria in grado di collegare Programma di cura e Progetto di vita. È una metodologia che si realizza con la persona nel suo ambiente, con i servizi, la comunità e le istituzioni per creare nuovi Servizi di Comunità e Prossimità, in grado di connettere la casa della persona, come primo luogo di vita e di cura, le Case della Comunità e più in generale la rete del *welfare*.

Il Budget di salute rispetto al Budget di cura, Budget di progetto: sono possibili due letture diverse.

1) Il Budget di salute può essere sostanzialmente sinonimo di Budget di cura o di progetto.

Il BdS non corrisponde alle sole risorse economiche disponibili ma anche alle risorse umane, relazionali, in primis quelle della persona e delle relazioni da lui scelte.⁶

Il Budget di salute mira a capacitare la persona cioè ad aumentarne il potere e la contrattualità valorizzandone le risorse. Collega Programma di Cura e Progetto di vita, altamente personalizzati, fatti su misura, in un'ottica patto e di *welfare* generativo di comunità. Agisce sempre, seppure in misura diversa, su tutti gli assi (abitare, formazione-lavoro, socialità). Garantisce una regia pubblica (Equipe sociosanitaria, UVM, *case manager*) in grado di integrare, monitorare e verificare gli interventi e le reciproche interazioni tra Programma di

⁵ Pellegrini P. Servizi di comunità e prossimità per il progetto di vita Una proposta di “cassetta degli attrezzi” nell'ambito del percorso di unificazione delle Aziende Sanitarie di Parma Welforum.it, 26 maggio 2023 <https://www.welforum.it/servizi-di-comunita-e-prossimita-per-il-progetto-di-vita/>

⁶ “Prevedere che nel progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, siano indicato l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, volte a dare attuazione al progetto medesimo, stabilendo ipotesi in cui lo stesso, in tutto o in parte, possa essere autogestito, con obbligo di rendicontazione, secondo criteri predefiniti nel progetto stesso”. (Legge Delega in materia di disabilità n. 227 del 20 dicembre 2021, art 2 punto 9).

cura, Progetto di vita e *welfare* di comunità, compresa la qualità della vita e il benessere di comunità.

2) Il Budget di Salute contiene e amplia i concetti di Budget di Cura e di Budget di Progetto.

Infatti il Budget di cura si incentra sulla realizzazione del programma di cura, degli aspetti terapeutico-assistenziali, quindi di tipo sanitario, ed è indirizzato al superamento di una fase o condizione di malattia, senza porsi, almeno esplicitamente, altri obiettivi (azioni capacitanti, interventi sugli assi casa, formazione lavoro, *welfare* generativo di comunità ecc.).

Il Budget di progetto identifica e sostiene una specifica progettualità, di solito riguardante un singolo determinante di salute, come ad esempio l'abitare supportato e il "*Dopo di noi*"⁷ (Legge 112/2016), oppure l'inclusione lavorativa, in genere per migliorare la qualità del Progetto di vita sostanzialmente coincidente in sostanza con il Programma di cura.⁸ Nella sua costruzione e realizzazione vengono ripresi molti punti del Budget di salute: punto di vista della persona, preferenze, risorse, libere scelte in un'ottica capacitante.

Il BdS è un sistema operativo che, nell'ambito del *welfare* pubblico, coinvolge e capacita i cittadini/utenti in condizioni di patologia grave o disabilità, nella definizione di Programmi di Cura e Progetti di Vita personalizzati, inseriti nel più ampio processo di abilitazione, *recovery* e partecipazione alla Comunità, sostenuti dall'insieme delle risorse economiche, comprese quelle della persona per il suo Progetto di Vita, professionali e umane, dal capitale sociale e relazionale della comunità locale.

Il Budget di Salute ha un aspetto capacitante, abilitante nel momento in cui conferisce potere (*empowerment*) e possibilità decisionali della persona. Quindi tende a creare i requisiti per la partecipazione e il funzionamento psicosociale; pur agendo su assi abitare, formazione-lavoro e socialità non è un modo alternativo per rispondere ai diritti alla casa, al lavoro e al reddito. Concorre a rendere effettivi e fruibili i diritti di cittadinanza che devono essere assicurati a

⁷ Legge 22 giugno 2016 n.112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

⁸ Ciò è confermato dalla accezione del "c.d. "budget di progetto", quale insieme di risorse umane, tecnologiche, professionali ed economiche", utile a "dar le gambe" al progetto; il budget non può essere la risultante di spese da coprire con finanziamenti spot ora dell'uno ora dell'altro servizio, ma deve caratterizzarsi come un grande paniere di risorse (non solo economiche) a cui le varie Amministrazioni (inclusa la ASL) mettono a disposizione tali risorse anche per pensare l'attivazione di un servizio non rientranti nelle canoniche unità di offerta e comunque con una tensione alla costruzione di percorsi duraturi nel tempo." L'attenzione viene spostata verso le "infinite variabili di interventi delle progettazioni personalizzate che richiedono forti incrementi di flessibilità" non solo "sulla" persona, ma anche sui contesti comunitari, creando le condizioni di pari opportunità di maggior agibilità dei percorsi di vita delle persone, nonché una chiara prospettiva della sostenibilità nel tempo del progetto stesso, non legato a singoli ed estemporanei finanziamenti o attivazioni di servizi. Tutto ciò porta a superare lo strumento del "budget di salute", nella misura in cui questo predeterminasse un budget da gestire per più interventi sociali e sanitari specie per le persone con disturbi psichiatrici. L'esperienza del "budget di salute" assolutamente interessante per superare gli steccati delle Amministrazioni oggi però può svilupparsi nel più ampio budget di progetto come sopra indicato (tra l'altro il termine "salute" potrebbe far ritenere che la maggior parte degli interventi siano per bisogni di salute o comunque di competenza anche come apporto finanziario della Sanità)." *Anfassa Come elaborare un Progetto Individuale e quali contenuti essenziali prevedere. La Rosa Blu Anno XXIX N.1 - Luglio 2021 pag. 13.* Una precisazione utile che avvicina fortemente Budget di Progetto e Budget di salute. Tuttavia quest'ultimo non si configura come Budget sanitario (e sociale), pur tenendo conto molto più del Budget di Progetto del rapporto fra programma di cura e progetto di vita che può essere molto dinamico, il Budget di Salute ha un'azione capacitante e non solo di flessibilizzazione dell'offerta e volta alla stimolazione del *welfare* generativo andando al di là "della maggiore agibilità sociale dei percorsi di vita delle persone", considerando la possibilità di *recovery* quindi del ripristino della salute e del benessere della comunità.

prescindere da ogni disturbo o disabilità e che secondo l'OMS (1986)⁹ sono prerequisiti generali dei percorsi terapeutici.

Il BdS interessa tutti gli assi e stimola il *welfare* generativo e la cura di/attraverso la comunità. Promuove contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona e il benessere di Comunità.

Quindi le terminologie esprimono le differenze di accenti e le possibili distanze tra Programma di Cura, Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) da un lato e Progetto di Vita e Sistema/*Welfare* di comunità dall'altro. Misurare queste distanze è fondamentale, tenendo conto delle specificità nell'ambito delle diverse disabilità che spaziano dalla disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo, ai disturbi psichiatrici e disturbi da *addiction*.

In generale l'isolamento, la sottostimolazione, la deprivazione relazionale, l'assenza di attività strutturate incidono sul funzionamento globale, aggravano il disturbo e peggiorano la qualità della vita familiare. Pertanto, occorre superare le culture e le prassi inabilitanti e di tipo regressivo, istituzionali in primis, tenendo conto che possono anche ingenerarsi situazioni conflittuali e di dissenso che devono essere accolte e possibilmente composte.

Prendersi cura e dare senso insieme alla persona ed alla comunità non deve far dimenticare che la comunità "è quella che è", reale, con i suoi punti di forza, i suoi problemi, le sue contraddizioni, e che la cura nella/di/attraverso la comunità implica un forte investimento per la creazione di reti formali e informali che uniscano le Case delle persone come primo luogo di cura per "abitare in sicurezza, armonia e bellezza", e per creare nel complesso il benessere di comunità e un *welfare* generativo.

Da sperimentazione locale e pionieristica, il Budget di Salute è entrato nella legislazione nazionale: è previsto nel comma 4 bis dell'art. 1 del D.L. 34/2020 convertito in L. 77/2020: "budget di salute individuale e di comunità".¹⁰

Il DM 77/2022 fa del BdS uno strumento del *welfare* universale, nel momento in cui lo prevede per la realizzazione dei "Progetti di Salute Complessi" rivolti a tutte le persone che, in relazione alla classificazione dei bisogni di salute, vengono a trovarsi in una condizione di "complessità clinica (alta o elevata)" e di "fragilità sociale".

Si va oltre alla diagnosi categoriale, che crea stigmi e improprie "appartenenze" ai servizi, come se le persone non fossero prima e sempre cittadini, e si hanno riferimenti generali. Quindi riguarda anche le persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche che, se ne hanno i requisiti, secondo la legge 104/1992 devono poter accedere, come tutti, ai Fondi per la Non Autosufficienza e i loro *Care giver* beneficiare delle specifiche leggi. Il BdS può diventare quindi uno strumento per dare realizzazione ai LEA.

Se con il DM 77 il Budget di Salute diviene uno strumento di tutto il nostro *welfare* pubblico e universale, per diventare prassi reale va adeguatamente sostenuto da un "Patto Sociale" condiviso, da azioni di sistema, della politica, dell'amministrazione, dei tecnici dei vari ambiti.

⁹ "Carta di Ottawa per la promozione della salute" I^a Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada.

¹⁰ La formulazione si presta a letture diverse: esistono due budget di salute uno "individuale" e un altro di "comunità" oppure ogni budget di salute, ha sempre un entrambi i riferimenti cioè la "persona nella comunità", agisce cioè su entrambi.

Ad essi spetta anche il compito di precisare, di concerto con la società civile e le associazioni di utenti e familiari, come definire e valutare “la complessità clinica” e la “fragilità sociale”. Questo può contribuire a perfezionare i c.d. “requisiti di accesso”, facendo riferimento tra gli altri a: “cronicità”, “disabilità”, Legge 104/1992¹¹ e rischi di istituzionalizzazione.

D'altra parte la Legge delega sulla disabilità¹² indica di andare a ridefinire il concetto di “disabilità” facendo riferimento a ICF¹³ e chiede di aggiornare la legge 104/1992 inserendo anche il concetto di “accomodamento ragionevole”.

Il budget di salute influisce sulla *recovery* clinica e personale ma anche su quella istituzionale, cioè sulla trasformazione dei servizi e delle residenze, e di comunità. Individuare indicatori e strumenti in questi ambiti sarebbe quanto mai utile.

Ulteriori azioni

a) Definire i percorsi e come il BdS viene inserito nell'organizzazione dei servizi.

Per non ingenerare aspettative inutili e attenuare i conflitti con utenti e fra servizi, in ogni ambito occorre avere la massima chiarezza sui percorsi, su a chi rivolgere e con quali modalità declinare lo strumento BdS. Al contempo come in esso si inseriscano altri istituti a disposizione della persona, della famiglia e del sistema di *welfare*, che hanno riferimenti normativi diversi e modalità erogative specifiche, che la metodologia del BdS può portare ad una visione unitaria. Si pensi ad esempio all'indennità di accompagnamento, alle pensioni di invalidità ma anche ai bandi per l'edilizia pubblica convenzionata e agevolata. Su questi temi occorre coltivare sensibilità e disponibilità da parte della persona e dei familiari, tenendo conto che la persona presenta bisogni che esigono sempre una molteplicità di risposte che chiamano in gioco la famiglia, la rete sociale naturale e informale, la scuola, l'ambito culturale e sportivo, i servizi sanitari e sociali.

Va anche definito come il BdS si colloca rispetto alla residenzialità psichiatrica, o ai servizi per disabili e anziani non autosufficienti che devono/possono diventare Servizi di Comunità.

Protocolli attuativi e sperimentali per intervenire con il Budget di Salute devono inoltre tenere presenti le specificità cliniche dei differenti destinatari. “Anziani”, “adulti” e “giovani” si riferiscono a fasi della vita che certamente hanno caratteristiche specifiche; “disabilità”, “non autosufficienza”, “parziale autosufficienza” esprimono il funzionamento; le diagnosi cliniche, categoriali, codificano un disturbo/patologia psichiatrica o somatico. Tre situazioni che possono coesistere così come la salute mentale e fisica sono presenti sempre e per tutti. Le persone non debbono essere discriminate sulla base delle etichette negando così diritti alla salute o di cittadinanza.

Il Budget di salute di norma non può essere inteso come aggiuntivo, ma implica una diversa declinazione di strumenti e risorse già a disposizione. Vanno quindi create, attraverso fasi di coprogrammazione e coprogettazione, le condizioni applicative che passano per la costituzione di Gruppi di lavoro per la promozione e l'attuazione del BdS, promuovendo la riconversione delle risorse e definendo in ogni territorio obiettivi comuni di implementazione

¹¹ Legge 5 febbraio 1992 n. 104 “Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

¹² Legge 22 dicembre 2021, n. 227: Delega al Governo in materia di disabilità.

¹³ ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento Organizzazione Mondiale della Sanità 22 maggio 2001.

secondo parametri precisi: quanti, a chi, con che impegno economico, con quale ricaduta in termini di salute e *welfare* di comunità.

Gli ostacoli sono noti: la frammentazione del sistema di *welfare*, la sfiducia nelle istituzioni, la tendenza alla conservazione a volte facilitata da un malinteso senso dell'accreditamento, la logica prestazionale. Tutti punti che vanno affrontati con il coraggio del cambiamento. Superare anche i modelli puntiformi, prestazionali ed erogativi in favore di nuovi progetti con/per la persona, dove questa non è soltanto al centro, ma parte di un'equipe di lavoro che ha un compito complesso e obiettivi alti di costruzione della salute, di partecipazione, di qualità di vita e benessere di comunità.

b) Sistema di *welfare* e stato della Comunità.

Da circa trent'anni, si è verificato un sottile passaggio culturale da "diritti" esigibili da un sistema di servizi adeguato, ad "opportunità" da cogliere o presenti a seconda delle disponibilità economiche, il che ha portato ad un'arte di arrangiarsi, a vedere il sistema di *welfare* in termini meramente erogativi, idealizzato e svalutato al tempo stesso. La privatizzazione della sofferenza e la crisi del *welfare* familiare rendono evidente come si diffonda la fragilità e come al contempo sia essenziale il sistema sociale e sanitario pubblico e universale sostenuto da un rinnovato "Patto Sociale".

La conoscenza delle condizioni della Comunità e la possibilità di operare attraverso di essa connota e dà senso agli interventi. Si deve pensare a come si può declinare un progetto con BdS in aree con alti sfratti, elevata disoccupazione, marginalità sociale o microcriminalità.

Il BdS si realizza con la persona e con la comunità secondo una visione della salute di tipo olistico (*one health*) e nell'intero arco di vita. Un approccio biopsicosociale, culturale e ambientale che presta attenzione ai determinanti sociali della salute. Sottolineo l'aspetto capacitante, di attribuzione di potere, di capacità di scelta, anche quando questa debba essere sostenuta dalla presenza di altri. Quindi la persona come prima risorsa e protagonista, non "invalidata" ma titolare di un investimento mediante un approccio capacitante (*capability*) che mira alla speranza, alla *Recovery*, a sviluppare Programmi di cura e percorsi di vita autodeterminati.

Questo orientamento generale dovrà sempre tenere conto delle specificità degli ambiti di applicazione: salute mentale, minori, dipendenze, oltre a tutti i contesti del *welfare* in cui, anche nella nostra regione, si è sperimentato (migranti, anziani, tutela minori, marginalità, senza fissa dimora, autori di reato, autismo ed altre patologie mediche e oncologiche, comprese le fasi delle c.d. "dimissioni difficili").

Il BdS, unendo Programma di cura, con aspetti specifici per ogni ambito, e Progetto di vita, consente di affrontare la non autosufficienza, la parziale autosufficienza, la fragilità, nelle condizioni reali di vita.

Si tratta di processi basati su un approccio centrato sulla casa della persona come primo luogo di cura ("*abitare in sicurezza, bellezza e armonia*") che tiene conto delle tante tipologie di famiglie e vuole prevenire, superare e rendere residuale l'istituzionalizzazione in favore della personalizzazione. Lo dice il *Chronic Care Model*: tutta la cronicità può essere gestita a domicilio, in rapporto positivo con un ambiente salubre e sicuro.

In questo quadro occorre sviluppare strumenti per misurare il Capitale Sociale.¹⁴

c) Collegare “casa della persona” come primo luogo di cura e Casa della Comunità mediante i Servizi di Comunità e Prossimità.

Si tratta di mettere in rete le diverse soluzioni, diverse portinerie, stazioni intermedie, vicinato, microzone, punti di comunità, associazioni solidali, nuove tecnologie sempre associate a presenze umane e volontariato. Una casa in un contesto ricco, solidale e di qualità. Valorizzare la funzione del Terzo settore nella coprogrammazione e coprogettazione, capace di innovazione e inclusione di tutte le persone, tenendo conto della gravità senza istituzionalizzare nessuno¹⁵, creazione di lavoro e socialità. In questo quadro occorre favorire la riconversione della residenzialità a “servizi di comunità e prossimità”: creare imprese sociali e culturali, per rianimare persone e territori, unire *welfare*, produzione, cultura, socialità. Tutti sono potenzialmente dimissibili dalle residenze e assistibili con modelli incentrati sull’abitare una casa. Servono modelli che non siano ospedalieri o alberghieri.

Occorre mappare i territori, ma non basta. Occorre che le case siano sicure, belle e possano crearsi relazioni armoniche con i vicini, l’ambiente. Per questo servono connessioni e mediazioni, un cambio di prospettive per creare “scivoli” psicosociali e non solo fisici per rendere possibile la partecipazione, che è prioritaria rispetto all’abilità e che cresce proprio nelle relazioni e nei contesti. La legge 77/2020 al comma 4 bis fa riferimento alla sperimentazione delle “Strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione”¹⁶ diverse dalle Case di comunità, per le quali sono state predisposte specifiche linee di indirizzo.

Sul piano delle risorse vanno unite quelle messe a disposizione dalle istituzioni, come indennità e pensioni e quelle personali, dando rilievo alle risorse immateriali (“*accoglienza, gentilezza e speranza*”) e a quelle del vicinato solidale e del volontariato.

Una Comunità accogliente e solidale che si prende cura ed educa, protegge, crea sicurezza non è un prodotto naturale: occorre fare appello alla politica e a tutta la società, perché la comunità può essere emarginante, abbandonica, escludente, razzista, disgregata. La società liquida di Bauman, del Terzo Escluso e delle maggioranze devianti di Basaglia, può diventare un grave problema per la salute, la qualità della vita, la stessa produzione. In questi contesti può essere assai difficile realizzare e dare senso al progetto individuale, restare a domicilio in aree degradate, deprivate di relazioni potrebbe essere assai poco soddisfacente. Investire sulle persone e sulle comunità è un’opera che deve guardare al futuro, creare speranza e accoglienza di tutti, a partire dalle giovani generazioni e dalla qualità dei quartieri, dei paesi e dell’ambiente.

¹⁴ Baldazzini A. ed al. Community Index per misurare il valore e la qualità dei soggetti comunitari, Aiccon, ottobre 2022.

¹⁵ Nel settore degli anziani (dati ISTAT) l’Italia ha 18,8 posti per 1.000 anziani (oltre 65 anni) contro i 54,2 della Germania, 49,1 della Francia, 68,1 Svezia, 42,5 del Regno Unito. In altre parole, senza interventi di comunità, se si dovesse realizzare anche in Italia quanto avviene nei principali Paesi europei si aprirebbe la via di una nuova grande istituzionalizzazione.

¹⁶ Ministero della Salute “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità”, ai sensi dell’art. 1, comma 4 bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n.77.

d) Validare e accreditare lo strumento e la metodologia BdS.

Occorre validare e accreditare l'approccio e lo strumento BdS per averlo nella "cassetta degli attrezzi" degli operatori e andare oltre logiche prestazionali ed educative; questo obiettivo richiede interventi di sistema in grado di operare le necessarie azioni strutturanti.

In questo quadro il repertorio di atti amministrativi, validato anche a livello nazionale e regionale, può consentire a tutte le istituzioni di operare e di avere riferimenti chiari e precisi per attivare la co-programmazione, la coprogettazione e tutti gli adempimenti conseguenti.

Resta da inserire la voce BdS nei bilanci regionali, aziendali e degli enti locali; quantificarla nelle risorse dirette dedicate al BdS e stabilizzarla nel tempo. Se esiste una voce "Spese per rette", non si vede perché non debba esistere una voce "Spese per BdS". Poi, come sappiamo, le risorse del BdS possono essere ulteriori: risorse della persona, risorse indirette, risorse derivanti da altre istituzioni, risorse immateriali.

Occorre armonizzare gli strumenti che possono confluire e sostenere il BdS con una serie di azioni di integrazione-unificazione che contrastino la tendenza alla frammentazione degli interventi e alla privatizzazione del *welfare* e della sofferenza. Riconoscere a tutte le persone, comprese quelle con disturbi mentali che ne hanno i requisiti, il diritto ad accedere ai fondi per la Non Autosufficienza e quelli previsti per i *Care giver*.

Bisogna istituire in ogni ambito territoriale (Ausl, Comuni/ASP) un Albo Enti accreditati per BdS e rendere possibile l'attivazione del BdS mediante procedure semplici e chiare.

e) Organizzazione e perfezionamento tecnico-organizzativo e scientifico.

Occorre rivedere gli aspetti metodologici mettendo in luce i punti di contatto del BdS con Dialogo Aperto, IPS (Individual Placement and Support), Housing First e IESA e curare sempre il collegamento con gli aspetti clinici e organizzativi dei DSM-DP.

E' necessario rendere comunicabile e fruibile il BdS a utenti e famiglie, mediante depliant esplicativi, Carta dei Servizi di Comunità e Prossimità e mediante l'istituzione di un Ufficio per i progetti di vita in ogni Comune/Asp.

Occorre strutturare un'Équipe di coordinamento per BdS in ogni Regione e in ogni Ausl anche per il controllo dei processi, che devono essere chiari e semplici nella fase applicativa.

Va prevista la formazione ad operatori sanitari e del sociale, alla componente amministrativa, direttamente nei servizi ma anche nei percorsi di studio presso le Università, per far conoscere lo strumento e renderlo realizzabile.

Occorre strutturare la supervisione operativa sia clinico riabilitativa che amministrativa; vanno sperimentati e applicati sistematicamente la scala della fidelity ed il questionario di soddisfazione.

Va implementata l'attività di ricerca e sperimentazione, anche attraverso studi di efficacia e di esito.

È un contributo importante, in questa direzione, il documento sull'utilizzo del BdS nelle Dipendenze Patologiche qui presentato. Anche la presentazione del Manuale operativo del BdS e il Questionario Fidelity rappresenta un significativo passo avanti.

f) Costruire un *Welfare* di comunità.

Bisogna conoscere la comunità: mapparla, conoscere le dinamiche sociali, la multiculturalità. La comunità accogliente e curante non è un prodotto naturale. La comunità può essere abbandonica, ostile, emarginante, rifiutante, anomica e occorre invece renderla fruibile, favorendo la partecipazione mediante scivoli “psichici” e “fisici”.

Bisogna accogliere le tante tipologie di famiglie, ascoltare la loro sofferenza, il carico assistenziale e le difficoltà, per costruire insieme le soluzioni per la cronicità e il “*dopo di noi*”. Molti accedono ai servizi, non solo per chiedere, ma anche per mettersi a disposizione, per mettere a disposizione risorse e beni.

Dobbiamo creare fiducia e sicurezza, per dare un futuro alle persone care, tenendo conto che il 40% di famiglie è composta da un solo membro e un altro 30% solo da due. La fragilità è elevata e la rete parentale e sociale spesso molto limitata. La multiculturalità inoltre ci confronta con diverse concezioni di cura, salute ed educazione.

Occorre valorizzare il ruolo di Enti locali, ASP e Aziende sanitarie, servizi sociali e sanitari nell'accogliere le persone e le famiglie e costruire insieme soluzioni che siano al contempo in grado di rispondere ai bisogni di quel nucleo e di arricchire la comunità, in termini di lavoro, presenze, socialità, sicurezza e qualità della vita. Occorre un approfondimento sul modello di integrazione socio-sanitaria (professionale, organizzativa, istituzionale) nelle diverse regioni in favore di una visione unitaria e unificante della salute, olistica come previsto dal PNRR (*One health e Planetary Health*).

La connettanza¹⁷ è un valore che migliora l'utilizzo delle risorse, ne crea di nuove e, nella reciprocità, guarda al futuro.

Con gli Enti del Terzo Settore occorre lavorare per progredire verso un sistema di servizi di comunità come possibile evoluzione della residenzialità socio sanitaria e quindi attuare un piano di riconversione di una parte dell'offerta residenziale, esclusa quella specialistica come ad esempio per i Disturbi del Comportamento Alimentare DCA, e ridare spazio all'impresa sociale.

Va validato e diffuso lo strumento presso utenti, familiari, associazioni professionali, ma anche giudici tutelari, amministratori di sostegno, fiduciari (ex legge 219/2017), notai, *trustee*, banche, commercialisti, consulenti giuridici e finanziari, per creare percorsi attuativi sicuri da ogni punto di vista, che possano raccogliere la fiducia di famiglie desiderose di dare un futuro di qualità alle persone care, mettendo a disposizione anche i loro beni. Una prassi che deve affermarsi, in modo condiviso e trasparente, coinvolgendo le istituzioni nel loro ruolo di garanti, i rappresentanti di utenti e familiari, le parrocchie ed i centri religiosi, il volontariato e l'opinione pubblica.

Occorre informare e coinvolgere sui nuovi modelli con BdS anche gli istituti deputati al controllo (NAS, sanità pubblica, giudici amministrativi, Revisori, Corte dei Conti, ANAC ed

¹⁷ Termine di ambito biologico, ecologico e degli studi sulla biodiversità la parola “connettanza” indica il rapporto tra numero delle interazioni (nessi) reali e di quelli possibili (in un dato tempo). La connettanza misura le interazioni e di queste può essere analizzato il numero e la forza. Nella reciproca interazione possono determinarsi nuovi punti, aggregati. Nei sistemi di welfare il numero delle interazioni è dato da quante sono le relazioni significative di un soggetto (o un servizio) e come possono svilupparsi

al.) in modo che siano consapevoli della metodologia e delle sue modalità applicative, così che anche in sede di eventuali ispezioni ci sia chiarezza a scampo di possibili procedimenti.

Infine, occorre sensibilizzare tutte le articolazioni attive, come i datori di lavoro ed i sindacati, affinché siano consapevoli e partecipi del loro ruolo sociale, così che da esse vengano spinte che concorrano a creare lavoro, ma anche inclusione e cura. In altre parole, se da un lato il BdS mira a produrre, insieme all'assistenza, lavoro ed inclusione, a partire dalla produzione possono venire cultura e inclusione oltre che profitto e reddito, così da diffondere la cultura della cura nella comunità intera.

g) Continuare con le innovazioni e sperimentazioni.

Scrive Saraceno (2023) *“L’adozione di un modello innovativo che potremmo definire di intervento psicosocio-sanitario di lunga durata (ILD), bene si adatterebbe all’insieme delle malattie croniche e in special modo al disagio mentale e del comportamento. Gli Interventi di Lunga Durata costituiscono il contesto naturale per potere sviluppare servizi sanitari capaci di promuovere una medicina centrata sulla persona.”*

Con questo approccio, occorre quindi cimentarsi nelle pratiche e vedere come affrontare ad esempio le Dimissioni difficili dall’ospedale, sostenendo il rientro a casa, in comunità mediante BdS, non solo per risolvere i problemi della singola persona ma al tempo stesso per costruire un diverso approccio in grado di legare programma di cura (*cure e care*)¹⁸ e Progetto di vita, evitando una mera privatizzazione della sofferenza. In questo quadro è essenziale la ridefinizione del ruolo del sistema pubblico, introducendo ad esempio l’Ufficio per i Progetti di Vita, ma anche la promozione dei Servizi di Comunità e Prossimità e delle Cooperative di Comunità, come mix di attività produttive e di azioni socialmente utili. Va sperimentata l’applicazione della Convenzione di Faro (legge 133/2020) e della *Sharing economy* ed altre opportunità del PNRR.

Per concludere si può dire che il lavoro finora svolto è adeguato e sufficientemente approfondito per dare un’ampia applicazione al Budget di Salute, come strumento per il nuovo *welfare* per la creazione di Servizi di Comunità e Prossimità e la realizzazione dei Progetti di Salute Complessi.

Ringrazio la Dr.ssa Maria Luisa Scattoni dell’Istituto Superiore di Sanità, il Dr. Alessio Saponaro della Regione Emilia Romagna, il prof. Alceste Santuari dell’Università di Bologna, Patrizia Ceroni per il prezioso lavoro di coordinamento ed i colleghi del Tavolo regionale dedicato al BdS.

Un grazie infine a tutti i collaboratori a questo grande progetto collettivo.

Bibliografia minima

Anffas Come elaborare un Progetto Individuale e quali contenuti essenziali prevedere. La Rosa Blu Anno XXIX N.1-Luglio 2021 pag. 13.

¹⁸ La “cure” è centrata sulle componenti neurobiologiche alla base della malattia mentre per “care” s’intende il “prendersi cura” della sofferenza, della soggettività e dei bisogni della persona.

Baldazzini A ed al. Community Index per misurare il valore e la qualità dei soggetti comunitari, aiccon, ottobre 2022.

Camera dei Deputati Atto Camera: 1752: Proposta di legge: D'Arrando e altri: "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati".

Castegnaro C., Pasquinelli S., Pozzoli F., "Il Budget di Salute: dalle promesse a quale realtà?", Welforum.it, 3/5/2021.

Pesaresi F. Il Budget di salute negli indirizzi nazionali, Welforum.it, 20 maggio 2022

Pellegrini P. Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C. (a cura di) Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia Romagna, Alfabeta Verlag, Merano 2019

Pellegrini P. Servizi di comunità e prossimità per il progetto di vita Una proposta di "cassetta degli attrezzi" nell'ambito del percorso di unificazione delle Aziende Sanitarie di Parma Welforum.it, 26 maggio 2023

<https://www.welforum.it/servizi-di-comunita-e-prossimita-per-il-progetto-di-vita/>

Righetti A. I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche. Laterza, Bari, 2013

Rotelli F. L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010. 180 - Archivio Critico della Salute Mentale, Merano: Alfabeta Verlag, 2015

Santuari A., Il budget di salute e la presa in carico delle persone fragili, Franco Angeli Editore, Milano, 2022.

Saraceno B. La Medicina centrata sulle persone, Saluteinternazionale.info, 1 novembre 2023
<https://www.saluteinternazionale.info/2023/11/la-medicina-centrata-sulle-persone/>

Starace F., Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute, Carocci Faber, Roma, 2011.

IL BUDGET DI SALUTE IN EMILIA ROMAGNA: UNA LUNGA STORIA... INFINITA

Patrizia Ceroni, Massimo Scaffardi, Caterina Soncini¹⁹

L'Emilia Romagna è terra generosa e ospitale che guarda all'altro e ai suoi bisogni con curiosità e disponibilità; terra consapevole, sin dalla cultura delle corti agricole e delle aie, che l'inclusione e l'integrazione costituiscono la forza di una società che, invece di delegare le difficoltà, pensa bene di ripartire le responsabilità in maniera equa e proporzionale a chi può e chi vuole.

Piace pensare che all'origine di questo pensiero, stia la morfologia della pianura, la natura orizzontale del vissuto soggettivo e collettivo che diventa tratto di una personalità comune e ne connota la cultura e le sue evoluzioni.

Chi vi è nato e chi vi si è stabilito da altre parti d'Italia ha potuto prima o poi percepire questo tratto liberale e unitario del "sentire" lungo la spina dorsale della via Emilia che da ovest a est, da sinistra a destra, dalle montagne al mare, lega e collega luoghi, persone culture ed esperienze collettive.

Nelle aie emiliano romagnole tutti badavano a tutti, i grandi tenevano d'occhio i grandicelli e questi ultimi un po' badavano e un po' si facevano beffe dei più piccoli; gli anziani facevano quel che ancora potevano con inossidabile caparbieta ma soprattutto avevano l'ultima parola su tutte le questioni.

Tutti avevano un ruolo, il più grande e il più piccolo, il più forte come il più debole.

Le cose sono cambiate tanto da quei tempi, nel bene e nel male, ed è pure giusto che di quella fatica e durezza non se ne abbia troppo rimpianto.

Quel che rimane è uno spirito, un sistema di valori e la consapevolezza che l'unione faccia la forza, che due teste siano meglio di una, che chi ha il pane sappia che l'altro metterà il companatico.

La condivisione di un obiettivo, il benessere, o quanto meno il fare quanto possibile per stare meglio, condividendo le risorse per far fronte ai bisogni.

Tra le più recenti evoluzioni concettuali e operative di questi antichi valori, ci pare possa collocarsi a buon diritto il metodo del Budget di Salute.

Il BdS è uno strumento dal carattere innovativo che permette la costruzione partecipata di progetti terapeutico-riabilitativi a beneficio del singolo il cui carattere corale è definito dalla partecipazione in tutte le fasi di progetto della persona, del suo sistema familiare, dell'Ausl, dell'Ente Locale e degli Enti del Terzo Settore e di qualsiasi altro "aggregato associativo" o singolo cittadino del territorio offra virtuosamente il proprio contributo.

È una metodologia che permette di interpretare il bisogno di salute dei membri della collettività, sia in quanto soggetti sia in quanto cittadini, e cercare risposte che rappresentino in massimo grado la persona, le peculiarità e la biografia che, in quanto irripetibili, generano la necessità di iniziative innovative, flessibili, de-stigmatizzanti e qualificanti, personalizzate

¹⁹ Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

e quanto più lontane dai modelli di risposta standardizzati che finora hanno popolato il mercato dell'offerta.

Il BdS si propone di immaginare e attuare un cambiamento paradigmatico e culturale che da un sistema sanitario pubblico percepito come erogatore di prestazioni, unisca le istituzioni e la comunità in un corpo organico capace di costruire un progetto insieme alla persona e alla sua famiglia, volto alla generazione di benefici in loco che rispondano ai criteri della recovery, ossia del miglior adattamento possibile nell'ottica bio-psico-sociale.

Nasce come strumento integrato socio-sanitario di assistenza territoriale a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, PTRI, di persone affette da disturbo mentale grave in cura presso i Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, finalizzato al miglioramento della salute, del benessere e dell'inclusione sociale, quindi volto ad antagonizzare i processi di istituzionalizzazione; nel corso della storia della psichiatria s'è ampiamente dimostrato quanto questi processi cronicizzino la persona, l'alienino dal consesso civile e non si costituiscano come risposte sostenibili né dal punto di vista etico e morale né tantomeno economico e sociale.

La Giunta Regionale dell'Emilia Romagna pubblica la Deliberazione (DGR) n. 1554 nel 2015, che può in qualche modo considerarsi l'anno di nascita del metodo BdS in regione e con il quale approva le “*Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con metodologia Budget di Salute*”, un insieme di indicazioni ragionate sulla base delle prime indicazioni della Consulta per la Salute Mentale e predisposte in maniera congiunta da tecnici delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti Locali.

La peculiarità del documento sta nella definizione di “elementi qualificanti” che si auspica potessero guidare i servizi dei territori nella stesura di progetti terapeutici individualizzati sempre più inclusivi.

Per “elementi qualificanti” si intendono sei caratteristiche che definiscono il metodo in quanto specifico e diverso da tutti gli altri strumenti fino ad allora in uso, quindi il fatto che l'ascolto della persona e dei suoi bisogni siano messi al centro del progetto e non li si perda mai di vista, che il governo del metodo sia pubblico quindi in capo ai servizi sanitari e sociali, che le valutazioni siano condotte dalla persona assieme a un gruppo di professionisti di varie discipline che restituiscano un quadro delle necessità quanto più dettagliato e aderente ai bisogni, che i progetti si declinino operativamente in attività che riguardino la formazione e il lavoro, la capacità di abitare autonomamente e gli aspetti relativi alla vita di relazione all'interno delle comunità di appartenenza e che si elegga una figura che tenga le fila di tutti gli interlocutori del progetto – il *Case Manager* –, che si raccolga il consenso della persona e, in ultimo, che i progetti possano essere verificati e discussi dalla persona e da tutti gli interlocutori in base alla soddisfazione personale e all'efficacia.

Altresì, nella DGR, sono contenute indicazioni circa le procedure cui dare seguito per l'attuazione dei progetti con metodologia BdS che partendo dalla Valutazione Multiprofessionale e Multidimensionale si conclude con le verifiche di esito, passando attraverso la progettazione congiunta e la stipula di un accordo tra le parti.

L'anno successivo alla DGR 1554/2015 la Regione promuove l'applicazione degli elementi qualificanti e delle procedure attuative attraverso il Programma “*Inclusione Sociale e Budget di Salute*” di cui viene affidato il coordinamento tecnico e operativo al DAI-SMDP di Parma.

Si costituisce, quindi, un Tavolo di lavoro che include tecnici delle Aziende ASL, degli Enti Locali e utenti e familiari membri della Consulta per la Salute Mentale RER che ha l'obiettivo di promuovere e monitorare la messa in opera delle Linee di Indirizzo definite dalla DGR 1554/2015.

Nella fattispecie si dà corso ad attività di formazione congiunta, progetti di ricerca e divulgazione di documentazione che sostenga tutti i tecnici, per ruolo e qualifica, ad attuare nel modo più omogeneo possibile la metodologia del BdS.

Il Tavolo ha lo scopo di permettere a tutti i partecipanti di confrontare le esperienze dei territori e mappare gli strumenti operativi e di valutazione più idonei, poi divulgati l'anno successivo, il 2017, nell'ambito del primo programma di formazione regionale che, per Aree Vaste, rispettivamente a Parma, Bologna e Cesena, coinvolge le Ausl, i Comuni, gli Enti del Terzo Settore e le Associazioni, preceduto da un Convegno organizzato a Cesenatico all'inizio del 2017.

Sempre nel 2017 viene pubblicata la DGR n. 1423 in cui si individuano i principali indicatori di monitoraggio territoriale, sia a livello operativo sia amministrativo, relativi all'applicazione del metodo che, raccolti, centralizzati e analizzati, permettono tutt'ora di mantenere il monitoraggio dell'utilizzo dello strumento a livello regionale.

Dal primo turno di confronti diretti in ambito regionale è emersa la necessità di connotare in maniera specifica le competenze e le funzioni dell'UVM, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale, con l'intenzione di conferire un rilievo specifico a una fase del *processo* che, assieme agli altri, ben rappresenta il carattere innovativo della metodologia del BdS in quanto sede di integrazione delle diverse professionalità che ruotano attorno alla persona.

Con questa intenzione il Tavolo Regionale redige e pubblica il documento "*Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute*", poi condiviso con i Comuni e le Ausl nel PG/2018/0311590 del 02/05/2018 in cui si definisce l'UVM come processo organico che prende il via dall'equipe territoriale, letta come un punto dinamico della valutazione multiprofessionale e multidimensionale che superi le interpretazioni eccessivamente rigide e vincolate all'accesso a servizi prestabiliti, spesso applicate al modello statico dell'UVM. Il documento si propone così di migliorare l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario,

Dal 2016 ad oggi proseguono regolarmente i lavori del Tavolo e vengono realizzate iniziative locali di formazione su tutto il territorio regionale, mentre il lavoro di confronto e condivisione porta alla pubblicazione collettiva, nel 2019 del volume "*Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia Romagna*" edito da Alphabeta Verlag, curato da Pietro Pellegrini, Patrizia Ceroni, Raffaella Dall'Aglio e Caterina Soncini, che raccoglie interventi sui temi delle politiche sanitarie e sociali e di come il BdS contribuisca alla costruzione di un welfare di comunità. Il volume raccoglie anche gli esiti della ricerca sviluppata da Ausl Parma negli anni tra il 2015 e il 2018 sul Budget di Salute come approccio terapeutico nel trattamento degli esordi psicotici.

L'attività di ricerca scientifica rivolta ad indagare le potenzialità del modello di intervento Bds seppure ancora limitata, esita in pubblicazioni, anche a carattere internazionale, mentre ai componenti del Tavolo regionale viene rivolto l'invito a presentare il modello regionale del

Budget di Salute in altri territori, in particolare in Lombardia, in Piemonte, in Umbria e in Friuli Venezia Giulia, terra dove, a onor del vero, il Bds ha mosso i primi passi, grazie a sperimentazioni avviate già a partire dal 1996 e, nel corso del tempo, ha vissuto uno sviluppo tanto innovativo quanto indipendente, verosimilmente in virtù delle peculiarità morfologiche, culturali e storiche di quel territorio.

Nel 2019 il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm) del Ministero della Salute promuove un progetto nazionale che coinvolge tutte le Regioni e le Province Autonome, con il coordinamento dell'Istituto superiore di Sanità e della Regione Emilia Romagna, con l'obiettivo di enucleare gli elementi qualificanti e attuativi del metodo BdS, poi sottoposti nel 2021 a *Consensus Conference*, quindi elaborati nel documento "*Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*" oggetto di intesa tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali, Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022.

Per promuovere a livello nazionale l'applicazione sistematica del Budget di Salute, nel 2022 il Ccm avvia come azione centrale un nuovo progetto, coordinato sempre da Istituto Superiore di Sanità e Regione Emilia Romagna, che si pone l'obiettivo di sperimentare gli elementi qualificanti delineati dalle Linee Programmatiche e valutarne anche gli esiti.

Nel frattempo il Tavolo Regionale prosegue la sua attività che dal 2022 è dedicata ad approfondire tre traiettorie di sviluppo sulla possibile manualizzazione del modello BdS, sulle potenzialità e specificità di applicazione nelle Dipendenze Patologiche e sulle procedure amministrative che ne consentano l'applicazione, in altrettanti sottogruppi di lavoro, i cui esiti presentiamo qui.

La storia continua...

TAVOLO REGIONALE BUDGET DI SALUTE 2022-23: SINTESI DEI GRUPPI DI LAVORO

PARTE 1 Sintesi dei lavori svolti dal sottogruppo “Procedure amministrative”

La costruzione del BdS chiama a sé una moltitudine di interlocutori pressoché inedita nella prospettiva della sussidiarietà verticale che ha contraddistinto la presa in carico e l’assistenza da parte del Servizio Sanitario fino a non molto tempo fa.

I cambiamenti degli assetti socio economici del Paese occorsi negli ultimi decenni in rapida successione hanno determinato l’esigenza di adattare i paradigmi della presa in carico per generare nuovi equilibri operativi in grado di farsi carico del rispetto del diritto di autodeterminarsi della persona, della garanzia di fornitura dei livelli minimi di assistenza, del coinvolgimento e della sensibilizzazione delle comunità d’appartenenza, nonché della sostenibilità economica.

Tutte queste istanze, e altre ancora, chiamano in causa interlocutori diretti che, per numero ed estrazione dal tessuto socio-economico, sono stati esclusi o hanno vissuto marginalmente i percorsi amministrativi tradizionali e ai quali, nell’ottica del BdS, si pone necessario dare titolo di inclusione, quindi garanzia di tutela e riconoscimento di partecipazione formale a una rete che si adopera per dare risposte orizzontali, includenti e multiformi.

Da un modello che acquisisce prestazioni sul mercato competitivo attraverso la stipula di contratti con soggetti privati individuati mediante procedure di gara, a un modello che, facendo ricorso ai paradigmi della cooperazione e della partnership, includa un maggior numero di soggetti non necessariamente sul mercato ma portatori di risorse materiali e immateriali (*expertise*) che, se apparentemente non di facile inquadramento nel sistema mercantile, possano essere considerati lo stesso parti di un sistema che condivide obiettivi e che stabilisce e suggella accordi per la realizzazione del BdS.

Dall’esperienza fino a oggi condotta in ambito regionale per dare applicazione al metodo BdS emerge l’esigenza di contribuire al processo, tuttora in corso, di “spostamento dell’asse della sussidiarietà”: da un modello verticale a un principio di sussidiarietà orizzontale – di cui il metodo BdS può dirsi “voce solista” nel coro degli attori del cambiamento - nel quale i cittadini, a diverso titolo e secondo le proprie risorse, collaborino in un modello di welfare di tipo generativo che, accogliendo al suo interno una grande varietà, per forma e natura, di contributi, ampli il proprio assetto procedurale per fornire le necessarie garanzie di tutela delle parti, anche accogliendo percorsi che esulano dalle regole di mercato.

Coordinamento: Prof. Alceste Santuari

A cura di Alceste Santuari e Patrizia Ceroni

1. Premessa metodologica

Il sottogruppo sulle procedure amministrative ha approfondito il tema riguardante le procedure e i processi di natura giuridico-amministrativa che possono applicarsi per la realizzazione degli obiettivi e delle finalità sottesi al “metodo” Budget di Salute (BdS). In particolare, i componenti del sottogruppo hanno evidenziato l’importanza che gli uffici amministrativi delle Aziende sanitarie locali siano resi debitamente edotti dei e formati sui diversi procedimenti e modelli giuridici che l’ordinamento riconosce e propone, affinché ne sia fatto un “uso consapevole”.

In questa prospettiva, il sottogruppo si è, dunque, da un lato, confrontato sulle diverse esperienze maturate ovvero in progress sul territorio regionale²⁰ e, dall’altro, ha potuto approfondire l’istituto giuridico della co-progettazione avviato dall’Azienda sanitaria locale di Udine.²¹

2. Le procedure amministrative applicabili al “metodo” Budget di Salute

Il “metodo” Budget di Salute (BdS) si colloca in contesti territoriali chiamati a “fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi e di habitat e di comunità, di socialità/affettività sperimentando percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale per persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, da quello immobiliare e dai contesti socioculturali.”²²

Nell’ambito dei diversi contesti territoriali, pertanto, le aziende sanitarie locali e gli enti locali sono sollecitati ad individuare i percorsi, processi, procedimenti e strumenti ritenuti più coerenti ed idonei per realizzare gli obiettivi sottesi al BdS.

Nella sua “filosofia” di azione, il BdS può, dunque, contemplare sia la necessità di assicurare l’erogazione di prestazioni e servizi già disponibili sul mercato sia l’esigenza di definire,

²⁰ Nello specifico, sono state raccolte le esperienze dell’Ausl di Modena, di Parma, di Piacenza e di Bologna, rispettivamente, in ordine: a) all’istituzione dei soggetti accreditati (Modena), b) ad un’ipotesi di istituzione dell’albo dei soggetti accreditati (Parma), c) ad una gamma di ipotesi attuative (Piacenza), d) all’accordo quadro (Bologna).

²¹ Il riferimento è all’intervento dell’Assistente Sociale Greta Zavattin, referente dell’Azienda Sanitaria Universitaria “Friuli Centrale” - Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale, che ha presentato il percorso di co-progettazione denominato “Nuovo sistema di opportunità abitative e inclusive in salute mentale”, tenutosi in data 9 settembre 2022.

²² Dalla “Premessa” delle “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”, adottate dalla Conferenza Unificata il 6 luglio 2022 (Rep. Atti n. 104/CU).

delineare e sperimentare soluzioni, interventi, progetti e attività diversi dalle procedure competitive.

A riguardo degli strumenti giuridici che gli enti pubblici territoriali e le aziende sanitarie locali possono adottare per realizzare gli obiettivi del BdS occorre evidenziare che essi possono essere riconducibili agli istituti giuridici cooperativi²³ ovvero alle regole competitive.²⁴

La coesistenza di strumenti e procedure appartenenti a “universi” diversi, segnatamente, quello della concorrenza e quello della partnership,²⁵ obbligano le pubbliche amministrazioni procedenti a riflettere con attenzione sugli obiettivi che esse intendono realizzare. Dall’identificazione degli obiettivi da conseguire discendono procedure amministrative, che appartengono a paradigmi di intervento diversi e che devono rimanere inalterati nella loro ontologia, genesi e denominazione.

Da un lato, infatti, gli istituti cooperativi di cui al Codice del Terzo settore si prestano alla realizzazione di obiettivi condivisi tra pubbliche amministrazioni ed enti non profit: le prime non esercitano la funzione di committenza, mentre i secondi partecipano al procedimento amministrativo. Gli istituti di natura cooperativa, che derivano la loro legittimazione normativa dal principio di sussidiarietà orizzontale di cui all’art. 118, u.c. Cost., affermano un paradigma di azione della pubblica amministrazione, caratterizzato da una propria autonomia e orientato al coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative della società civile in progetti, interventi e attività prive di una connotazione onerosa ovvero di prestazioni corrispettive.²⁶

²³ Il riferimento è agli istituti giuridici cooperativi di cui agli artt. 55 e 56 del d. lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore), che declinano “una vera e propria procedimentalizzazione dell’azione sussidiaria” (così la sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale).

²⁴ Il riferimento è alle disposizioni contenute nel d. lgs. 24 aprile 2016, n. 50 e ss.mm.ii (Codice dei contratti pubblici), in forza del quale i soggetti privati concorrono, fra loro, per acquisire la qualità di controparte contrattuale della P.A. ai fini della conclusione di un contratto pubblico per l’affidamento o la concessione di un servizio e/o di una prestazione.

²⁵

La differenza ontologica tra gli “universi” sopra richiamati è stata confermata nella sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020: in quell’occasione, il Giudice delle Leggi ha identificato gli istituti giuridici collaborativi alla stregua di un “canale” di cooperazione tra ETS e pubblica amministrazione “alternativo a quello del profitto e del mercato» e capace di superare il tradizionale rapporto sinallagmatico.” La sentenza in argomento conferma dunque la piena legittimità di rapporti che non si fondano unicamente sulla relazione di scambio tra prestazioni erogate dagli ETS e corrispettivi previsti e versati dalla P.A. Recentemente, la diversità tra istituti giuridici di collaborazione e procedure di mercato è stata ribadita nel decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021, recante “Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55 -57 del decreto legislativo n. 117 del 2017”.

²⁶ Sul punto, il Consiglio di Stato, Adunanza della Commissione speciale del 26 luglio 2018, Numero affare 01382/2018, avente ad oggetto: Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Normativa applicabile agli

Il nuovo paradigma in cui collocare le procedure amministrative di natura collaborativa è particolarmente funzionale alla programmazione, definizione e costruzione di percorsi e processi che escludono le regole di mercato, le quali, invece, caratterizzano le relazioni sinallagmatiche a prestazioni corrispettive.²⁷

Dall'altro, le procedure di cui al Codice dei Contratti pubblici, informate al principio di concorrenza di derivazione eurounitaria, risultano obbligatorie quando le pubbliche amministrazioni svolgono la loro attività di committenza al fine di individuare sul mercato concorrenziale l'operatore economico privato affidatario della produzione di un bene ovvero dell'erogazione di un servizio.

Le medesime procedure di mercato, anch'esse orientate a perseguire finalità di interesse generale, possono prevedere un certo livello di restrizione della concorrenza a favore di taluni operatori economici. In quest'ottica, la Direttiva 24/2014/UE e, conseguentemente, il d. lgs. n. 50/2016 prevedono uno specifico *favor legis* per quegli organismi che, in ragione delle finalità sociali perseguite e delle specifiche caratteristiche organizzative, risultano maggiormente idonei ad erogare i servizi sociali e sanitari. Le organizzazioni in parola devono a) perseguire una missione di servizio pubblico legata alla protezione sociale che forma oggetto di gara; b) reinvestire i propri profitti in vista del conseguimento dell'obiettivo dell'organizzazione ovvero provvedere alla loro distribuzione sulla base di condizioni partecipative; c) presentare una struttura di gestione (management) o di proprietà (ownership) fondata sul principio di partecipazione dei dipendenti, degli utenti o dei soggetti interessati; d) non risultare affidatarie di un appalto per il medesimo servizio nel corso dell'ultimo triennio. Alla luce dei requisiti sopra richiamati, si comprende come le aziende sanitarie locali e gli enti locali territoriali possano, dunque, ricorrere alle procedure di gara, selezionando a

affidamenti di servizi sociali alla luce del d.lgs. 18 aprile 2016 n. 50 e del d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, ha evidenziato che il "concetto di onerosità, [...] costituisce la linea di faglia fra i servizi economici di interesse generale, soggetti al Codice [dei contratti pubblici], ed i servizi non economici di interesse generale, viceversa in radice ad esso estranei[...]"

²⁷ La Corte costituzionale (cfr. sentenza n. 131 del 2020) ha ribadito che l'art. 118, u.c. Cost. ha inteso valorizzare "l'originaria socialità dell'uomo", superando "l'idea per cui solo l'azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale e si è riconosciuto che tali attività ben possono, invece, essere perseguite anche da una «autonoma iniziativa dei cittadini» che, in linea di continuità con quelle espressioni della società solidale, risulta ancora oggi fortemente radicata nel tessuto comunitario del nostro Paese." In questo modo, secondo il Giudice delle Leggi, "si è identificato così un ambito di organizzazione delle «libertà sociali» (sentenze n. 185 del 2018 e n. 300 del 2003) non riconducibile né allo Stato, né al mercato, ma a quelle «forme di solidarietà» che, in quanto espressive di una relazione di reciprocità, devono essere ricomprese «tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico, riconosciuti, insieme ai diritti inviolabili dell'uomo, come base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente» (sentenza n. 309 del 2013)."

monte i soggetti non profit e della cooperazione che possono essere invitati nell'assegnazione di un servizio ovvero di un'attività che può potenzialmente essere oggetto del "metodo" BdS.

3. Le specificità della co-progettazione

Alla luce di quanto descritto nel paragrafo 2, avuto riguardo alle prestazioni, alle attività e ai progetti contemplati nel Budget di Salute, si comprende la necessità di individuare percorsi e procedure che siano in grado di assicurare, al contempo, i livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, escludendo motivazioni egoistiche e lucrative e gli interessi degli operatori economici a fornire ed erogare i servizi e le prestazioni necessari al conseguimento degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria.²⁸

Nell'ottica sopra delineata acquista maggiore rilevanza la distinzione tra procedure ad evidenza pubblica di natura concorrenziale e istituti giuridici di natura cooperativa, identificando soltanto nei primi i contenuti sinallagmatici tipici degli scambi a prestazioni corrispettive. I secondi, per contro, ricomprendono una vasta gamma di atti negoziali finalizzati a regolare rapporti giuridici eterogenei, tra i quali possono annoverarsi quelli orientati a coinvolgere gli enti non profit nella definizione di programmi e di progetti di intervento di natura collettiva.

Sia a livello nazionale sia a livello europeo i confini della nozione di contratto si sono progressivamente estesi oltre il perimetro tradizionale finendo per includere anche accordi che non prevedono direttamente scambi economici. Anche in forza della legittimazione a ricorrere a strumenti di diritto privato,²⁹ nella cornice giuridica definita dall'art. 11 della legge n. 241/1990,³⁰ la pubblica amministrazione è legittimata a superare i vincoli stringenti che spesso ne caratterizzano l'azione per sperimentare nuovi modelli giuridici e procedure innovative

²⁸ Sull'obbligo di esperire procedure ad evidenza pubblica in tema di affidamenti di servizi socio-sanitari, si veda ANAC, delibera n. 613 del 4 luglio 2018, fascicolo n. 301/2017, nel quale l'Autorità ha ribadito che "i principi del diritto comunitario si applicano anche alle concessioni di beni pubblici, in quanto la soggezione ai principi di evidenza pubblica si fonda sulla circostanza che la concessione offre un'occasione di guadagno a soggetti operanti sul mercato, come si desume dall'articolo 4 del Dlgs 50/2016 in tema di principi relativi all'affidamento dei contratti pubblici esclusi".

²⁹ L'art. 1, comma 1-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241, recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" recita che la "pubblica amministrazione, nell'adozione di atti di natura non autoritativa, agisce secondo le norme di diritto privato salvo che la legge disponga diversamente".

³⁰ In particolare, per quanto di interesse in questa sede, il riferimento è, nello specifico, all'art. 11 della legge 7 agosto 1990, n. 241, recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi".

capaci di rispondere in modo più efficace ed efficiente alle istanze provenienti dalla società civile. L'accordo amministrativo si configura dunque alla stregua di una relazione giuridica biunivoca finalizzata a realizzare interessi pubblici, che non hanno una natura strettamente patrimoniale e che impone a più soggetti, non necessariamente due come nei contratti, di coinvolgersi nella realizzazione del medesimo obiettivo finale.

Un'area di potenziale sviluppo degli accordi ex art. 11, l. 241/1990 è oggi rappresentata dagli istituti collaborativi tra enti pubblici ed enti del terzo settore di cui all'art. 55, d. lgs. n. 117/2017. Non solo l'articolo in parola richiama espressamente la disposizione contenuta nell'art. 11 della legge sul procedimento amministrativo, ma ne sostanzia, in larga parte, l'applicazione.

In particolare, l'istituto giuridico della co-progettazione si realizza con l'accoglimento di osservazioni e proposte presentate nel corso del procedimento. Le fasi procedurali sono interconnesse e nelle stesse matura l'accordo tra enti pubblici ed organismi non lucrativi, i quali sono chiamati espressamente a presentare osservazioni, proposte, idee e contributi per la realizzazione degli scopi di interesse generale cui gli istituti cooperativi sono finalizzati. Osservazioni e proposte che se ritenute meritevoli da parte della pubblica amministrazione procedente saranno accolte nella stipula dell'accordo.

Da ciò discende che l'accordo, atto finale del procedimento, si perfeziona sia nell'ipotesi in cui la proposta di avvio del procedimento di co-progettazione maturi da parte della pubblica amministrazione sia che la proposta sia rivolta a quest'ultima su istanza di parte.

Gli accordi in argomento permettono dunque ai privati di partecipare direttamente alle modalità con cui le pubbliche amministrazioni curano e realizzano gli interessi pubblici, partecipando essi stessi alla realizzazione di quegli interessi, al di fuori di dinamiche prestazionali e producendo ricadute positive sulle comunità locali. Sembra, dunque, possibile affermare – come chiaramente sostenuto da attenta dottrina – che si possono registrare situazioni in cui gli interessi pubblici richiedono necessariamente la partecipazione e il coinvolgimento attivi dei soggetti privati.

Ancorché i soggetti privati e le pubbliche amministrazioni mantengano le loro “posizioni” e le loro prerogative,³¹ essi convergono nella realizzazione di obiettivi comuni, che a loro volta coincidono con l’interesse pubblico.

Caratteristica identificativa dei processi collaborativi è il *favor participationis*, che si traduce, in ossequio ai principi di trasparenza, di parità di trattamento, di imparzialità e di non discriminazione, nell’obbligo per le pubbliche amministrazioni di motivare e rendere nota la loro intenzione di avviare percorsi collaborativi,³² affinché tutti i soggetti non lucrativi che operano sul territorio possano essere messi nelle condizioni di conoscere quell’intenzione.³³

A seguito della manifestazione di interesse da parte della pubblica amministrazione interessata ad avviare una istruttoria pubblica finalizzata a coinvolgere gli enti non lucrativi, questi ultimi sono chiamati ad esprimere la loro volontà di partecipare alle fasi di co-programmazione e di co-progettazione allo specifico scopo di condividere con la pubblica amministrazione la realizzazione di un’attività ovvero di un progetto di intervento nel perseguimento di obiettivi di interesse generale. Nell’ambito di una procedura di co-progettazione, conseguentemente, ai soggetti non profit potrebbe essere richiesta la collaborazione con una o più amministrazioni pubbliche in ordine alla definizione di un set di attività e interventi a favore delle persone con disabilità ricompresi nel Budget di Salute.

Attraverso l’accordo di collaborazione, i soggetti privati non profit si impegnano, anche apportando risorse proprie, ad agire per realizzare obiettivi di interesse generale, mentre la pubblica amministrazione è in grado di assicurarsi la costruzione di rapporti duraturi con i medesimi soggetti privati.³⁴

³¹ In argomento, si richiama la sentenza del Tar Campania – Napoli, sez. I, 19 luglio 2012, n. 3494, con la quale i giudici amministrativi partenopei hanno ribadito che la concertazione (nel caso di specie si trattava della concertazione sottesa all’approvazione del Piano di Zona ex art. 19, legge n. 328/2000) “consiste nell’attività di confronto tra più soggetti in vista di una possibile intesa, indipendentemente dal risultato conseguito nello specifico”. Corollario di questa posizione è che l’obbligo concertativo deve intendersi assolto tutte le volte in cui si siano realizzate occasioni di confronto tra posizioni contrapposte, sebbene non si sia addivenuti all’elaborazione di una piattaforma comune.”

³² Si tratta di un obbligo previsto dall’art. 11, l. n. 241/1990, così come novellato dall’art. 1, co. 47, L. 6 novembre 2012, n. 190, che deve trovare adeguata formalizzazione nella determina preliminare dell’organo responsabile dell’adozione del provvedimento.

³³ A tal fine, l’art. 55, comma 4, d. lgs. n. 117/2017 offre alle pubbliche amministrazioni la possibilità di istituire appositi elenchi/albi di soggetti accreditati, con i quali attivare percorsi di co-programmazione e co-progettazione.

³⁴ Potrebbe essere questa una modalità anche per superare lo stallo cui spesso si assiste nell’ambito della burocrazia pubblica, “a un tempo artefice e vittima” della c.d. “inflazione normativa”. Così, M. Clarich, G.F. Ferrari, G.D. Mosco, Editoriale, *Analisi Giuridica dell’Economia*, Fascicolo 1, giugno 2020, p. 6.

Gli accordi collaborativi, perfezionati a seguito del costante confronto tra le parti, rafforzano la responsabilità delle pubbliche amministrazioni nel perseguimento degli interessi pubblici, evidenziando un ampio spazio giuridico in cui diritto privato e diritto pubblico possono sperimentare talune ibridazioni. Ancorché gli accordi amministrativi di cui all'art. 11 l. n. 241 del 1990 non siano assimilabili ai contratti, essi nondimeno risultano meno "impegnativi" di questi ultimi. Anche agli accordi in parola, invero, si applicano i principi del codice civile in materia di obbligazioni e di diritti delle parti, che comprendono, tra gli altri, anche il diritto della pubblica amministrazione di recedere unilateralmente dall'accordo per sopravvenuti motivi di interesse pubblico, salvo l'obbligo di provvedere alla liquidazione di un indennizzo in relazione agli eventuali pregiudizi verificatisi in danno del privato.³⁵

Nonostante la necessaria contaminazione tra strumenti di diritto privato e di diritto pubblico che può registrarsi nell'organizzazione, gestione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi oggetto del Budget di Salute, preme ribadire la differenza ontologica tra gli accordi amministrativi in parola, i contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni e gli altri provvedimenti amministrativi.³⁶ Mentre lo statuto privatistico e gli strumenti negoziali non sarebbero in grado di assicurare un'adeguata rilevanza giuridica all'interesse pubblico, sia a causa della difficile traducibilità dell'interesse pubblico in termini patrimoniali,³⁷ sia per l'eccessiva rigidità del vincolo negoziale,³⁸ gli accordi collaborativi risulterebbero capaci di assicurare una maggiore tutela a tutte le parti in gioco e una gestione "multipolare" dell'azione amministrativa. Invero, negli accordi non si assiste alla contrapposizione, talvolta eccessivamente muscolare, tra interessi contrapposti, tipico della dinamica bipolare, che caratterizza sia i contratti di diritto privato sia i provvedimenti amministrativi. Per contro, nell'ottica dell'amministrazione consensuale si assiste alla sussunzione nei procedimenti del

³⁵ Così prevede l'art. 11, comma 4, l. n. 241 del 1990.

³⁶ L'alternatività tra le procedure amministrative finalizzate al confronto competitivo ("affidamenti") e gli istituti giuridici cooperativi di cui al Codice del Terzo settore è stata recentemente espressa da ANAC, delibera n. 382 del 27 luglio 2022, recante "Linee guida n. 17, Indicazioni in materia di affidamenti dei servizi sociali", Premessa, p. 3.

³⁷ Ai sensi dell'art. 1174 c.c., al centro della relazione privatistica si colloca l'interesse patrimoniale o comunque suscettibile di "valutazione economica": da ciò consegue che il diritto privato dispone esclusivamente di "strumenti traducibili in termini patrimoniali", il che lo renderebbe "inadeguato a soddisfare gli interessi della persona che non sono pienamente tutelabili attraverso il risarcimento del danno". Così, G. Rossi, *Principi di diritto amministrativo*, Giappichelli, Torino, 2020, p. 21.

³⁸ Al diritto privato devono, al contrario, essere riferiti tutti i rapporti relativi alla partecipazione degli enti pubblici nei soggetti privati, siano essi sotto forma societaria sia sotto altre forme giuridiche, quali ad esempio associazioni e fondazioni.

principio di “leale collaborazione” tra soggetti pubblici, da un lato, e, dall’altro, tra questi e i soggetti privati non profit nell’ambito del principio costituzionale di sussidiarietà.

Nella cornice giuridica sopra evidenziata, le aziende sanitarie locali, nella gestione dei progetti e delle attività versati nel Budget di Salute, si ritrovano dunque nella condizione di poter operare delle scelte di natura politico-amministrativa. Da un lato, esse, qualora si ritrovino nella necessità di acquistare prestazioni, caratterizzate da un certo livello di conoscibilità ex ante e per le quali debba essere stabilita una tariffa, devono ricorrere al mercato competitivo, sul quale devono selezionare ad esito di procedura comparativa, il soggetto economico affidatario.³⁹ Dall’altro, le aziende sanitarie locali possono fare ricorso agli istituti giuridici di cooperazione con gli enti non profit qualora intendano condividere con questi ultimi uno o più obiettivi di interesse generale attraverso l’individuazione ex ante dei bisogni cui rispondere e, successivamente, l’individuazione in itinere delle soluzioni organizzative e gestionali ritenute più adeguate per affrontare i bisogni e le istanze emerse nel corso del confronto. In questa prospettiva, nel sottogruppo è emersa l’esigenza di realizzare una maggiore cooperazione e condivisione con gli enti locali territoriali, con i quali definire e programmare anche le procedure amministrative da adottare.

4. Le procedure amministrative attivate dalle singole Aziende USL: breve analisi dei punti di forza e delle criticità emerse

In Regione Emilia-Romagna, diverse sono le esperienze di attuazione del “metodo” Budget di Salute, che evidenziano, da un lato, una ricchezza nella ricerca delle soluzioni più adeguate al raggiungimento degli obiettivi socio-sanitari che le aziende sanitarie locali intendono realizzare e, dall’altro, la possibilità che le medesime aziende sanitarie locali adottino e applichino strumenti e modelli diversi da quelli tradizionali.⁴⁰

Dall’analisi comparata delle diverse esperienze maturate a livello locale, si può inferire quanto segue:

1. Sebbene l’impianto del Codice dei contratti pubblici e, in particolare, istituti innovativi quali il Sistema Dinamico di Acquisizione (SDA) possa dirsi consolidato e conosciuto,

³⁹ Tra i servizi e le prestazioni socio-sanitarie in parola rientrano, tra le altre, le strutture diurne, residenziali, semi-residenziali e quelle dedite all’inserimento socio-lavorativo di persone con difficoltà e fragilità. Esse, identificate con denominazioni diverse nei vari contesti regionali di welfare, sono di regola gestite dalle cooperative sociali disciplinate dalla l. n. 381/1991.

⁴⁰ Cfr. le schede di rilevazione riportate in Appendice.

- esso non risulta sempre funzionale ed adeguato nella risposta ai nuovi bisogni emergenti e alla necessità di personalizzare gli interventi;
2. I procedimenti dell'amministrazione condivisa risultato, al contrario, risultano maggiormente capaci di interpretare risposte "tarate" sulle esigenze di personalizzazione delle attività, dei progetti e degli interventi;
 3. L'insufficiente conoscenza dei meccanismi previsti dal Codice del Terzo settore rischia di inficiare ovvero di rendere più faticoso il lavoro da svolgersi con gli Enti del Terzo settore:
 4. La necessità di definire percorsi di formazione congiunta, che vedano la partecipazione sia di operatori del sistema sanitario sia degli Enti del Terzo settore;
 5. L'istituto dell'accreditamento libero, pur con qualche criticità, sembra particolarmente adatto per definire una platea di soggetti privati (non profit e in taluni casi anche lucrativi) con cui attivare i percorsi di Budget di Salute:
 6. La necessità di definire un "cap" alle spese da sostenere, che, nella logica della co-progettazione, potrebbe rappresentare il quadro economico di riferimento per la costruzione dei percorsi collegati al Budget di Salute;
 7. La necessità di individuare percorsi più efficaci o, comunque, che siano in grado di assicurare una maggiore collaborazione istituzionale tra Aziende USL ed enti locali nella risposta ai bisogni socio-sanitari;
 8. La rilevanza di accordi di programma o altra formula convenzionale attraverso cui formalizzare i rapporti tra enti locali territoriali e aziende USL per la definizione, organizzazione e gestione degli interventi, delle attività e dei progetti collegati al Budget di Salute;
 9. La necessità di avviare percorsi di co-programmazione cui far conseguire processi di co-progettazione, nella direzione di favorire una maggiore valorizzazione e coinvolgimento degli enti del terzo settore non solo nella individuazione dei bisogni e delle attese, ma altresì nella realizzazione degli interventi.

5. Indicazioni per un'adeguata e coerente applicazione del "metodo" Budget di Salute

Il Budget di Salute può contemplare sia prestazioni e servizi che, per la loro natura, devono essere ricondotti nell'alveo del *public procurement*, sia progetti, interventi e azioni che

possono realizzarsi attraverso il ricorso a procedimenti amministrativi alternativi alle logiche concorrenziali.

Quando, dunque, le Asl decidono di ricorrere al mercato degli operatori economici per acquisire beni, servizi o lavori, esse sono obbligate ad applicare le procedure ad evidenza pubblica, nelle diverse opzioni offerte dal d. lgs. n. 50/2016. Queste ultime presuppongono un rapporto giuridico, segnatamente, il contratto d'appalto, definito da prestazioni corrispettive aventi natura sinallagmatica: l'operatore economico selezionato per produrre il bene e/o erogare il servizio o la prestazione matura un diritto a vedersi riconosciuto un corrispettivo.

Tuttavia, in considerazione della loro autonomia organizzativa e regolamentare, le Aziende Sanitarie Locali, per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali, possono ricorrere anche a forme collaborative che non presentano una natura di contendibilità sul mercato.

In considerazione delle specifiche finalità perseguite dal "metodo" Budget di Salute, inteso quale espressione naturale di obiettivi di natura pubblica, le Aziende sanitarie locali sono chiamate a riflettere in ordine alla scelta delle procedure e soluzioni ritenute più idonee per conseguire il risultato, le quali possono contemplare, in forza del principio di sussidiarietà, una particolare valorizzazione e promozione dell'azione degli enti del terzo settore.

Da ciò consegue che le Aziende Sanitarie Locali possono utilizzare sia gli accordi sia i contratti, differenziando tra questi in ragione degli obiettivi perseguiti e delle modalità operative con le quali le medesime aziende intendono realizzare quegli obiettivi. Mentre, infatti, gli accordi, ivi compresi quelli con i soggetti giuridici non lucrativi, rispondono all'esigenza di stabilire relazioni tendenzialmente durature e integrali con le organizzazioni coinvolte e trovano il loro fondamento giuridico nell'articolo 11 della legge n. 241/1990, i contratti, per contro, sono finalizzati ad individuare un erogatore/prestatore di servizi nell'ambito di un rapporto sinallagmatico di committenza pubblica e pertanto disciplinato nel d. lgs. n. 50/2016.

In questa prospettiva, le Aziende Sanitarie locali possono allora, in ossequio alla legge n. 241/1990, ai principi costituzionali, alle disposizioni contenute nel d. lgs. n. 117/2017 e in altri recenti provvedimenti, avviare percorsi di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento territoriale, al fine di rispondere alle esigenze di personalizzazione, inclusività, condivisione e coinvolgimento dei diversi portatori di interesse che il Budget di Salute contempla.

La fase di definizione degli interventi condivisi: la co-programmazione

Le aziende sanitarie locali possono attivare i processi di collaborazione avviando, quale fase prodromica alle altre che seguono, la co-programmazione. In quest'ottica, le aziende sanitarie locali, facendo leva sull'esperienza maturata nell'ambito della programmazione sociale di zona, possono promuovere la procedura di co-programmazione, che permette di consultare e raccogliere dagli enti del privato sociale e del welfare locale attivi sul territorio nuovi stimoli e indirizzi, al fine di orientare sempre più un dialogo costruttivo verso la definizione di servizi innovativi per gli utenti con disabilità, specie mentale, che afferiscono alle competenze delle aziende sanitarie medesime.

La co-programmazione è, dunque, volta ad identificare nuove aree di bisogno ritenute prioritarie, progettualità innovative e a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi più strutturati, potendo prevedere altresì in modo stabile la partecipazione degli utenti e delle loro rappresentanze e dei diversi portatori di interesse.

Non meno importante, ancorché talvolta lo si ritenga un obiettivo marginale, attraverso la co-programmazione l'azienda sanitaria locale può favorire e promuovere un confronto e una reciproca conoscenza tra tutti gli attori non profit operanti nel territorio o ad esso collegati, al fine di coadiuvare la creazione di nuove reti, accrescere le potenzialità degli stessi in termini di competenze e conoscenze da mettere a sistema nell'ottica del welfare generativo.

Alla luce delle su esposte linee direttrici, la co-programmazione potrebbe essere finalizzata ad individuare modalità attuative in grado di valorizzare il punto di vista e le risorse della persona, di aumentare la qualità dei servizi, nonché di conseguire una migliore integrazione nella individuazione delle risposte ai bisogni. La co-programmazione potrebbe anche contribuire ad innescare percorsi virtuosi che favoriscano la sostenibilità nel tempo sia dei servizi istituzionali sia delle iniziative positive più informali. A ciò si aggiunga che la co-programmazione può altresì individuare aree di lavoro congiunto di tipo sperimentale, al fine di delineare percorsi ed interventi di innovazione sociale che, in coerenza con la rete d'offerta locale, siano in grado di offrire orientamenti per immaginare nuove soluzioni capaci di rispondere in maniera più efficace all'emergere di bisogni sempre più differenziati. Da ultimo, ma non meno importante, la fase di co-programmazione può identificare le risorse disponibili da allocare nelle risposte ai bisogni individuati.

Il percorso di co-programmazione che un'azienda sanitaria locale intende strutturare ha come fulcro centrale il dialogo e il confronto sulle necessità e i bisogni sociali che emergono

in un contesto territoriale e comunitario, al fine di identificarne, se opportuno e/o urgente, le priorità di intervento.

La fase di definizione degli interventi da realizzare: la co-progettazione

A valle dell'attività di co-programmazione e in rapporto di necessaria consequenzialità logico-giuridica con essa, l'art. 55, comma 3 individua nella co-progettazione lo schema giuridico nel quale collocare il dialogo e il confronto collaborativo tra pubbliche amministrazioni ed enti non profit, il cui obiettivo è la definizione e l'eventuale realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti.

L'istituto giuridico della co-progettazione di cui all'art. 55 del Codice del Terzo settore, sebbene non rappresenti una novità nell'ordinamento giuridico italiano, esprime una dinamica collaborativa che, in forza di linee di indirizzo impartite dalle Regioni, può intercorrere tra enti locali e organizzazioni non lucrative, per definire e realizzare nuove modalità di intervento e di azione in tutte le attività di interesse generale di cui all'art. 5, d. lgs. n. 117/2017.

Nell'ottica sopra delineata, la co-progettazione costituisce una modalità a disposizione degli enti pubblici (locali e sanitari) per definire e realizzare specifici progetti e/o interventi volti a soddisfare bisogni definiti. Si tratta, pertanto, della possibilità per la P.A. e per gli enti non profit di attivare "sperimentazioni gestionali", utili soprattutto per affrontare situazioni che richiedono azioni e interventi di carattere innovativo. In quest'ottica, la co-progettazione, considerata la sua particolare natura e le modalità di svolgimento delle relative procedure, si configura come uno strumento che supera il tradizionale rapporto committente fornitore per divenire strumento di realizzazione di forme di collaborazione e partnership tra P.A. ed enti del Terzo settore per soddisfare bisogni definiti attraverso progetti specifici. Sotto il profilo procedimentale, la disposizione in commento non precisa le modalità ed i termini per la individuazione e successivo svolgimento di procedimenti amministrativi di co-progettazione. Tuttavia, proprio il richiamo contenuto nell'art. 55 ai principi del procedimento amministrativo di cui alla legge n. 241/1990, permette, da un lato, di individuare "le esigenze minime dell'evidenza pubblica" e, dall'altro, di escludere che la co-progettazione possa configurarsi quale strumento elusivo del principio di tutela della concorrenza.

L'istituto della co-progettazione, alla stessa stregua di quanto già analizzato per la co-programmazione, può realizzarsi sia per iniziativa delle pubbliche amministrazioni sia per iniziativa della parte privata non lucrativa. In entrambi i casi, viene in considerazione il

principio di sussidiarietà, atteso che l'autonomia degli interventi delle organizzazioni della società civile risulta valorizzata e promossa sia che quest'ultima esiti da una "sollecitazione" da parte della pubblica amministrazione sia che essa rappresenti l'espressione diretta della volontà degli enti non lucrativi di agire. Nel primo caso, l'ente pubblico, cui l'ordinamento giuridico e il sistema di welfare assegna la responsabilità di assicurare la fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, intende valorizzare il contributo proattivo delle organizzazioni non profit. Queste ultime, rispondendo ad un avviso pubblico, dovranno essere in grado di dimostrare competenza e affidabilità, nonché la loro capacità accrescitiva nella definizione del progetto. Nel secondo caso, gli enti del terzo settore non possono limitarsi ad avanzare una mera richiesta rivolta all'amministrazione competente affinché attivi un procedimento di co-progettazione, atteso che quest'ultima non è obbligata a rispondere a tale richiesta, né in ogni caso a darvi seguito. Gli enti non profit devono, invero, formalizzare all'amministrazione pubblica una proposta progettuale, che indichi con chiarezza l'idea progettuale avanzata, le attività rimesse alla cura del partenariato, comprese le risorse umane a disposizione e le eventuali richieste, anche con riferimento alle risorse, indirizzate all'ente pubblico.

Gli enti non profit presentano dunque le loro proposte progettuali, che – a differenza di quanto si registra nelle procedure ad evidenza pubblica – non verranno valutate sulla base di una selezione competitiva, né tantomeno saranno oggetto di valutazioni discrezionali di merito da parte della P.A. procedente. Le proposte progettuali risulteranno, al contrario, vagliate alla luce dei principi di trasparenza, di parità di accesso, di proporzionalità e di buon andamento della P.A., nonché in base alla loro capacità o meno di rispondere all'esigenza che in quel determinato momento e territorio è espressa nella e dalla comunità locale. Merita particolare attenzione il fatto che le proposte possano giungere quale espressione condivisa di più soggetti non lucrativi, che decidano di costituire (anche se solo in forma temporanea) una rete per realizzare l'attività, l'intervento o il progetto individuato. L'ente pubblico che riceve la proposta progettuale da parte dell'ente non profit può considerarla meritevole di accoglimento e, pertanto, pubblica un avviso, attraverso il quale esso dà notizia della valutazione positiva della proposta ricevuta. L'avviso permette anche ad altri enti del terzo settore, che fossero eventualmente interessati a sviluppare un percorso di co-progettazione in quel determinato ambito o area di intervento, la possibilità, a loro volta, di presentare proprie proposte progettuali, che dovranno, conseguentemente, in una fase successiva, risultare oggetto di valutazione comparativa.

La necessaria valutazione comparativa tra più proposte progettuali unitamente all'obbligo per le pubbliche amministrazioni di rispettare molti principi che informano le procedure ad evidenza pubblica nel comparto dei contratti pubblici sembrerebbero collocare l'istituto giuridico della co-progettazione su un piano analogo alle procedure di cui al d. lgs. n. 50/2016. Le analogie, invero, sono rintracciabili soprattutto sul versante dei principi cui le amministrazioni precedenti devono conformare i procedimenti amministrativi, mentre divergono sia sotto il profilo teleologico sia sotto quello procedurale. Si deve, invero, ribadire che la co-progettazione – alla stregua della co-programmazione – non è finalizzata all'”affidamento di un servizio sociale” e, pertanto, non contempla la selezione di un soggetto gestore cui affidare la gestione di un servizio di interesse generale in forma onerosa. Per contro, la co-progettazione può divenire metodologia ordinaria per l'attivazione di rapporti di collaborazione tra pubbliche amministrazioni e soggetti del terzo settore quando i due soggetti condividono gli obiettivi da realizzare e gli specifici progetti di servizio o di intervento. In questa prospettiva, l'art. 55 CTS risulta pertanto funzionale, integrante e necessario allo scopo di realizzare, di concerto con l'apparato pubblico, finalità di interesse generale. La partecipazione degli ETS non può dunque essere considerata una eventualità residuale rispetto ad altri strumenti giuridici, ma assume una rilevanza fondamentale nei processi di condivisione e programmazione degli interventi e delle azioni a favore della comunità.

In quest'ottica, occorre ribadire che l'art. 55 CTS individua le modalità e gli strumenti necessari a conseguire gli obiettivi individuati dall'art. 1, comma 1 del medesimo Codice, identificati nel perseguimento del bene comune, nel promuovere i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale. Da ciò discende che le pubbliche amministrazioni debbono adottare procedure che diano ragione della scelta intrapresa, individuino i requisiti e i criteri per la presentazione delle proposte progettuali e, infine, stabiliscano i criteri di valutazione comparativa, facendo attenzione a non replicare negli avvisi di co-progettazione contenuti e modalità tipiche delle procedure di gara.

La co-progettazione, nell'ambito di quanto disposto nella legge n. 241/1990, risulta quale “cifra” distintiva degli istituti giuridici collaborativi, che costituiscono l'alternativa alle procedure di affidamento, proprio perché esse non sono definite, in primis, dalla necessità di selezionare il soggetto che dovrà risultare affidatario del servizio. L'art. 55 è finalizzato a tracciare percorsi, modalità di condivisione di obiettivi e finalità per realizzare gli interventi e finanche i servizi necessari a rispondere ai bisogni emersi in sede di co-programmazione.

L'art. 55, sia per i richiami espressi alla disciplina sul procedimento amministrativo, sia in ragione degli obiettivi che i diversi istituti giuridici ivi contemplati intendono realizzare

non rappresenta una “variazione sul tema” degli affidamenti / appalti. Anzi, è opportuno segnalare che proprio il tenore letterale della disposizione in oggetto contempla la sola eventualità che la co-progettazione, nel caso di specie, possa realizzare un servizio ovvero un intervento.

In questo senso, la sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale ha definito l’art. 55 quale “vera e propria procedimentalizzazione” dell’azione sussidiaria, che rafforza e struttura maggiormente quanto già previsto nella legislazione precedente. La partecipazione degli ETS non può dunque essere considerata una eventualità residuale rispetto ad altri strumenti giuridici, ma assume una rilevanza fondamentale nei processi di condivisione e programmazione degli interventi e delle azioni a favore della comunità.

Le Linee guida permettono di comprendere perché la co-progettazione - come ribadito dal giudice delle leggi - si possa considerare quale istituto giuridico che permette di individuare un “canale” di cooperazione tra ETS e pubblica amministrazione “alternativo a quello del profitto e del mercato” e capace di superare il tradizionale rapporto sinallagmatico. Di qui, la piena legittimità di rapporti che non si fondano unicamente sulla relazione di scambio tra prestazioni erogate dagli ETS e corrispettivi previsti e versati dalla P.A.

La scelta della procedura è – come già si è avuto di segnalare in precedenza – affidata alle pubbliche amministrazioni, le quali sono chiamate a predeterminare gli obiettivi generali che si intendono realizzare attraverso la specifica procedura adottata, che dovrà, a sua volta, illustrare i vantaggi derivanti dalla scelta operata. La co-progettazione si caratterizza per essere un istituto giuridico collaborativo che, nel rispetto dei principi che informano l’azione della pubblica amministrazione, è in grado di attivare risorse, formulare proposte innovative e, in ultima analisi, generare rapporti e reti fiduciarie.

Nella prospettiva sopra delineata, la co-progettazione costituisce dunque una scelta consapevole delle pubbliche amministrazioni, che possono finalmente abbandonare posizioni di retroguardia ovvero di diffidenza nei confronti di un istituto giuridico che spesso è stato ed è ancora, in parte, interpretato alla stregua di escamotage cui fare ricorso per evitare le procedure competitive di mercato. Invero, la dignità dell’istituto giuridico in parola è tale che le pubbliche amministrazioni devono prestare la massima attenzione affinché non se ne offrano letture distorte o svilenti.

*Una forma di stabilizzazione dei rapporti tra Aziende sanitarie locali e soggetti non profit:
l'accreditamento (libero)*

Ad esito della fase di co-programmazione, le aziende sanitarie locali potrebbero pubblicare un avviso pubblico attraverso il quale, in via sperimentale, selezionare i soggetti non lucrativi da inserire in un apposito elenco di enti accreditati ai sensi dell'art. 55, comma 4, d. lgs. n. 117/2017.

L'elenco ha la finalità di acquisire la disponibilità di soggetti non lucrativi qualificati, in grado di fornire servizi e interventi socio assistenziali, socio riabilitativi, socio educativi a carattere domiciliare, diurno, residenziale, per ospitalità temporanea in favore di persone in condizione di disabilità e fragilità sociale legata a patologie psichiatriche o dipendenze, con progetti finalizzati al recupero di autonomie ed al reinserimento sociale.

La procedura, adottata in via sperimentale, rappresenta una forma di accordo con i gestori di servizi non accreditati ai sensi della normativa regionale, laddove presente, finalizzata a garantire:

- a) la centralità della persona e il ruolo attivo del paziente e dei famigliari nella definizione del percorso personalizzato di cura e abilitazione, alla luce dei suoi specifici bisogni;
- b) interventi e percorsi individuali omogenei e di elevata qualità, valorizzando i progetti finalizzati al recupero di autonomie e al reinserimento sociale, adottando laddove possibile la metodologia del budget di salute individuale o di comunità;
- c) omogeneità nel sistema di offerta, dotando gli ambiti distrettuali di uno strumento uniforme e utile alla definizione di accordi contrattuali con i gestori;
- d) il rispetto dei principi di trasparenza, parità di trattamento, imparzialità e proporzionalità nella formazione dell'elenco e nell'individuazione dei soggetti gestori.

I soggetti non profit che intendono accreditarsi secondo la procedura in parola avranno cura di dimostrare di essere in possesso, qualora applicabile, dell'apposita autorizzazione al funzionamento, di aver approvato la carta dei servizi, di rispettare le caratteristiche di struttura/servizio/intervento, di evidenziare la metodologia riabilitativa, di descrivere l'organizzazione interna nell'ambito del servizio offerto e/o nell'ambito della rete territoriale di riferimento, di evidenziare le modalità di raccordo e di integrazione con i servizi referenti per la presa in carico del caso, nonché di aver adottato un progetto educativo riabilitativo, assistenziale individualizzato/progetto di vita.

Trattandosi di un processo di accreditamento di strutture e organizzazioni che si candidano a gestire servizi e ad erogare prestazioni “in nome e per conto” delle aziende sanitarie locali, gli enti non profit che intendono risultare iscritti nell’Elenco in oggetto avranno cura di presentare altresì una dichiarazione di offerta economica.

Ancorché – come già richiamato - l’accreditamento in argomento non integra un confronto concorrenziale fondato sull’offerta economicamente più vantaggiosa e, quindi, risulta estranea alla disciplina dei contratti pubblici d’appalto, le aziende sanitarie locali hanno nondimeno l’esigenza di conoscere l’importo della tariffa giornaliera applicata per la remunerazione di ogni singolo “posto”/servizio/intervento/percorso” che il gestore intende offrire, unitamente alla descrizione esaustiva delle prestazioni/servizi inclusi nella tariffa medesima.

La dimensione non standardizzata e l’assenza di intenzione da parte delle aziende sanitarie locali di individuare il gestore/prestatore del servizio consente di cogliere uno degli elementi caratteristici e peculiari della procedura in parola. Invero, l’ente pubblico può richiedere ai singoli soggetti giuridici non profit che intendono accreditarsi di evidenziare gli eventuali ulteriori servizi non inclusi nella tariffa giornaliera e i relativi costi aggiuntivi, così da individuare un set di attività, prestazioni, interventi migliorativi rispetto alla proposta progettuale di massima avanzata in sede di richiesta di iscrizione nell’Elenco.

In ossequio alla natura giuridica dell’accreditamento libero di cui all’art. 55, comma 4, Codice del terzo settore, è opportuno ribadire che dall’iscrizione all’elenco non deriva in capo ai soggetti non lucrativi alcun diritto ad un affidamento di servizi, bensì l’obbligo di partecipare alla rete dei servizi, nell’ambito della quale devono trovare risposta le esigenze, istanze e bisogni delle persone con disabilità.

Qualora nell’elenco siano presenti più strutture / più gestori per la medesima tipologia di servizio offerta, l’UVM/EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM è chiamata a svolgere una valutazione comparativa in considerazione dei seguenti criteri, fatto salvo quanto eventualmente disposto dall’Autorità Giudiziaria:

1. condivisione della metodologia del budget di salute ai fini della realizzazione del progetto terapeutico individualizzato (PTRI);

2. capacità di realizzare gli interventi descritti nel PTRI / rispondenza della struttura al progetto individualizzato definita sulla base dell’UVM/EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM integrata;

3. corrispondenza dei servizi offerti dalla struttura ai bisogni e preferenze dell’utente, descritti nella relazione dell’UVM/EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM

integrata (caratteristiche logistico-organizzative, servizi offerti, prestazioni aggiuntive, percorsi di socializzazione e relazione con gli ambienti di vita);

4. vincoli connessi con la necessità di vicinanza o di lontananza rispetto all'ambiente familiare/scolastico/sociale dell'assistito nonché rispetto alle unità operative territoriali dell'AUSL e degli EELL di riferimento;

5. disponibilità della struttura/servizio/intervento all'attivazione nei tempi necessari come definito in UVM/EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM.

A parità di condizioni qualitative fra gli interventi ritenuti più appropriati per la realizzazione tecnica del progetto individualizzato, l'UVM/EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM dovrà procedere all'individuazione della struttura/servizio/intervento disponibile all'inserimento in funzione dell'offerta economica (retta giornaliera comprensiva di eventuali altri costi accessori).

Nella realizzazione delle attività, delle prestazioni e dei servizi oggetto del Budget di Salute, le aziende sanitarie locali possono dunque fare ricorso agli istituti giuridici cooperativi allo scopo di identificare la rete di enti del terzo settore che possono supportare la realizzazione delle politiche e degli interventi ritenuti più idonei, adeguati e funzionali per conseguire l'obiettivo di riconoscere alle persone con disabilità l'effettiva possibilità di definire il loro autonomo progetto di vita personalizzato.

Le aziende sanitarie locali, attraverso il ricorso agli istituti giuridici cooperativi, sono nelle condizioni di attivare il contributo dei soggetti non profit alla costruzione di un welfare locale integrato, inclusivo, innovativo e capace di elaborare progettualità di medio-lungo periodo e di rafforzare i legami e le reti organizzative a livello comunitario.

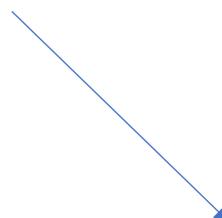
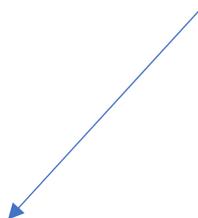
6. Schema di individuazione delle procedure per la realizzazione del Budget di Salute

Co-progettazione (ex art. 55 Codice del Terzo settore – l. 241/1990)

Progetti, azioni e interventi di carattere innovativo e che richiedono una collaborazione ab origine tra AUSL ed enti del terzo settore



Ruolo dell'AUSL: procedente / facilitante /coordinamento = governance sociale multilivello



Welfare Comunitario

Approccio integrato

Flessibilità degli interventi



Non si registra un solo soggetto “gestore/erogatore”, bensì (anche) una pluralità di soggetti, che possono costituirsi in rete per la realizzazione dell'attività, progetto e interventi previsti dal budget di salute

Procedure competitive (Codice dei contratti pubblici – d. lgs. n. 36/2023)



Un esempio di applicazione della co-progettazione al Budget di Salute

Avvio del procedimento

L'Azienda Sanitaria Locale, che ha in carico soggetti con disabilità mentale, avvia una manifestazione di interesse al fine di implementare un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato con la metodologia del Budget di Salute. Più precisamente, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) che si occupa dei percorsi di *recovery* dei singoli soggetti chiama a collaborare mediante avviso pubblico gli Enti del Terzo Settore locali sulla base di quanto disciplinato dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore. In altri termini, l'AUSL come soggetto che avvia l'iniziativa, chiama a co-progettare il Terzo Settore per la realizzazione di Progetti Personalizzati.

La partecipazione degli enti del terzo settore e delle imprese sociali

La cooperativa X, l'impresa sociale N, l'associazione Z, la fondazione W – selezionate sulla base delle caratteristiche indicate nell'Avviso pubblico – parteciperanno ad una fase di co-progettazione per definire le iniziative e le modalità d'intervento più adeguate al raggiungimento della *recovery* del soggetto fragile preso in carico dell'AUSL di riferimento. Le attività prenderanno avvio mediante procedura di co-progettazione, nel corso della quale l'AUSL, in particolare l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM/EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM) e il Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) assieme alle loro equipe di esperti e gli enti partecipanti definiranno le modalità di realizzazione delle attività e degli interventi. Successivamente a questa fase, il PTRP realizzato con Budget di Salute verrà sottoscritto e diventerà esecutivo con la sottoscrizione di un accordo tra le parti.

Alla luce di quanto sopra brevemente espresso, gli Enti del terzo settore diventano “co-gestori” degli interventi.

A seguire, è prevista la sottoscrizione di uno schema di convenzione che regola la gestione condivisa del progetto tra l'ETS, l'utente, i responsabili del progetto (case manager), la famiglia, l'Azienda Sanitaria Locale, i servizi sociali, gli educatori, gli operatori socio-sanitari e i medici, nonché tutti i soggetti che si ritiene necessario coinvolgere per ogni progetto.

Caratteristica “territoriale” del procedimento

Emerge la territorialità tipica del welfare di comunità, attraverso la quale attivare percorsi nel proprio ambiente d'origine. L'AUSL, infatti, attraverso l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) /EQUIPE INTEGRATA CON FUNZIONE DI UVM che valuta il PTRP, conosce il distretto territoriale di riferimento, che si compone di: servizi sociali locali, operatori socio-sanitari, utenti stessi dei servizi, medici, famiglie, educatori e amministratori di sostegno.

Assenza di un corrispettivo

Dal procedimento non discende tanto il bisogno di stabilire il pagamento di un corrispettivo, quanto la condivisione, dall'inizio alla fine del processo, di risorse comuni di tipo umano, economico e professionale.

Innovazione del percorso individuato

E' facilmente deducibile che il Budget di Salute, seppur nella sua complessità, è estremamente innovativo: l'obiettivo è quello di raggiungere il benessere dei soggetti con disabilità mentale, attivando i progetti e gli interventi che possano mantenere la persona nel proprio ambiente d'origine e coinvolgere una pluralità di soggetti che possiedono competenze, forma giuridica ed esperienza adeguate ad innescare efficaci e adeguati percorsi evolutivi.

7. Sintesi dei lavori del Laboratorio di approfondimento “Il Budget di Salute: percorsi amministrativi aziendali a confronto” – Parma, Fattoria di Vigheffio, 2 ottobre 2023

Nel confronto apertosi in seno al sotto-gruppo di lavoro sulle procedure amministrative, è emersa l'esigenza di organizzare un momento ad hoc, dedicato all'approfondimento delle procedure amministrative adottate nelle singole Aziende sanitarie locali della Regione.

All'uopo, l'Ausl di Parma ha organizzato un seminario di approfondimento, nel corso del quale sono state “narrate” le esperienze delle Ausl di Parma (dott.sse Patrizia Ceroni e Elena Moneta), Modena (dott.ssa Giuliana Urbelli) e Bologna (dottori Alberto Maurizi e Vincenzo Trono). Alle tre presentazioni, è seguito il dibattito e il confronto tra i relatori e i partecipanti al seminario, che hanno, tra l'altro, messo in evidenza i seguenti aspetti:

1. È necessario riflettere attentamente sulle procedure amministrative da adottare, in specie in ragione degli obiettivi che il Budget di Salute si propone di realizzare. In quest'ottica, è stato sottolineato come il confronto e il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo settore risulti fondamentale, per la condivisione del passaggio da un sistema basato su accordi contrattuali ad uno in cui si privilegia la co-progettazione e co-gestione degli interventi e delle attività.
2. E' opportuno costruire momenti permanenti di confronto e di dialogo con gli Enti del Terzo settore allo scopo di potenziare le alleanze pubblico-private, utili per individuare e definire le progettualità ritenute più adeguate nella risposta ai bisogni sociali e alla

- domanda di salute. Detti momenti possono, altresì, favorire un efficace monitoraggio e valutazione dei processi e dei percorsi condivisi, anche in prospettiva strategica.
3. Le procedure amministrative previste dal Codice del Terzo settore permettano, in molti contesti, di avviare sperimentazioni e innovazioni nei modelli della presa in carico dei cittadini-pazienti.
 4. Il coinvolgimento e l'apporto degli Enti del Terzo settore sono ritenuti essenziali in un'ottica di costruzione di reti territoriali che possano / sappiano favorire una maggiore e più efficace integrazione tra diverse componenti e diverse modalità di azione.
 5. I percorsi amministrativi fino ad oggi implementati permettono di rilevare alcune differenze di "posizionamento" e organizzative tra i diversi Enti del Terzo settore, in specie tra le imprese sociali più consolidate e strutturate e le altre forme giuridiche, meno dimensionate dal punto di vista organizzativo, ma più disponibili ad accettare percorsi diversi rispetto a quelli tradizionalmente invalsi nei rapporti tra pubbliche amministrazioni e soggetti non lucrativi.
 6. E' opportuno riflettere su modalità di controllo, verifica e rendicontazione delle attività svolte dai soggetti iscritti negli Elenchi, atteso che, sebbene l'accreditamento "libero" non è riconducibile al Codice dei contratti pubblici, nondimeno esso richiede in capo alle Aziende USL una particolare attenzione alla qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati dagli Enti del Terzo settore.
 7. Si è evidenziata la differenza tra accordi quadro e procedure amministrative di cui al Codice del Terzo settore: nello specifico, mentre i primi sono maggiormente adatti a disciplinare interventi e azioni di carattere standardizzato, le seconde sono vocate all'innovazione.
 8. Si è dimostrato che, pur nella specificità di ciascuna "storia aziendale", la regolamentazione dei rapporti giuridici con gli Enti del Terzo settore può risultare funzionale a conseguire due tipi di obiettivi: il primo attiene alla capacità dei regolamenti in parola di "mettere a sistema" azioni, interventi e attività già in essere; il secondo, invece, riguarda la capacità di valorizzazione che le aziende USL possono esprimere nei confronti degli Enti del Terzo settore.
 9. Si è richiamata l'importanza di definire percorsi condivisi e integrati tra Aziende USL ed enti locali territoriali, in specie, avuto riguardo alle forme di compartecipazione degli utenti alla spesa per i servizi.

In sintesi, il seminario ha testimoniato un'attenzione crescente da parte delle aziende USL del territorio nei confronti delle procedure amministrative di natura non competitiva. In questa prospettiva, le relazioni e il dibattito che ne è seguito hanno evidenziato la necessità di programmare attentamente i passaggi da realizzare, affinché le procedure non siano l'esito di atteggiamenti o approcci opportunistici, da un lato, ovvero di scelte dettate dalla contingenza del momento, dall'altro. In quest'ottica, viene proposto, come nuovo obiettivo di lavoro, l'elaborazione di una bozza di circolare, da sottoporre all'attenzione della Regione Emilia Romagna, che fornisca elementi di orientamento nell'ambito delle procedure amministrative per l'attuazione del Budget di Salute.

Appendice

Schema riassuntivo delle procedure realizzate a livello territoriale

AUSL PARMA

1	ACCORDI DI PROGRAMMA	Indicare se sono stati realizzati accordi di programma per la realizzazione dei BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		Individuare sulla base dell'esperienza maturata	
		Si	No	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	
			X			
		Se presenti, indicare gli enti coinvolti				
		Riportate i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,...)				
2	ETS COINVOLTI	Indicare gli ETS coinvolti ad oggi nella realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata gara di appalto</i>	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata coprogettazione</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		ETS	X	X		
		Privato Profit				
		Aziende Pubbliche (ASP)				

3	COPROGRAMMAZIONE	Indicare la modalità/sede di coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Piani di Zona	X		
		Altro (specificare nella casella sottostante)			
		Indicare gli attori della coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		
		Ausl	X		
		Enti Locali	X		
		ETS	X		
Altro (specificare nella casella sottostante)					
4	TIPO DI PROCEDURA AMMINISTRATIVE	Indicare quale/quali procedure amministrative in uso per la realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Bando per gara di appalto			
		Avviso per Elenco Fornitori ai fini di coprogettazione			
		Contratti di accreditamento			
		Tutti i precedenti	X		
Altro (specificare nella casella sottostante)					

			diversificazione dell'offerta; condivisione dei criteri di qualità e degli strumenti di monitoraggio; maggiore possibilità di integrazione e lavoro in rete tra ETS; opportunità per gli ETS di elaborare proposte più flessibili e tempestive in risposta ai bisogni; opportunità di valorizzare le risorse degli ETS inserite nelle proposte	calcolo di ore che ostacola una visione più integrata e calata sulla personalizzazione del progetto BDS anche attraverso sinergie e collaborazioni tra diversi ETS per la realizzazione degli obiettivi; manca lo stimolo al lavoro di rete (ricerca di connessioni) nella comunità Avviso: difficoltà a distaccarsi dall'approccio consolidato della pubblica amministrazione basato sul modello competitivo della gara d'appalto; scarso ingaggio da parte della cooperazione sociale ad allargare trasversalmente le collaborazioni con altri ETS; possibile resistenza alla co-progettazione da parte delle cooperative titolari di maggiori servizi; rilevante impegno da parte di tutti gli attori coinvolti con necessità di tempi adeguati per svolgere tutti i passaggi e le fasi correttamente e in maniera condizionale
		Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,...)		
		<p>Delibera 683/2014: Gara di appalto per l'affidamento dei servizi socio sanitari in favore di utenti in carico al DAISM-DP e ad altri servizi dell'azienda USL di Parma nonché dei servizi a favore della popolazione disabile no assoggettati alla normativa dell'accreditamento regionale;</p> <p>Determinazione n 49 del 26/06/2015: stipula degli accordi quadro</p> <p>Deliberazione 492 del 17/11/2022: Avviso pubblico per la formazione di un elenco di enti del terzo settore (ETS) qualificati a collaborare con l'AUSL di Parma tramite progetti di coprogrammazione e di co-progettazione, rapporti di collaborazione/convenzione, altre forme di partenariato per lo sviluppo di attività finalizzate all'abilitazione, al recupero, al mantenimento di autonomie ed al reinserimento sociale rivolte a persone in carico al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma – Approvazione documentazione e adempimenti conseguenti</p> <p>Determinazione 2110 del 31/12/2022: Nomina di una Commissione preposta all'esame e valutazione delle istanze presentate da enti del terzo settore (ETS) per l'inserimento nell'elenco di enti qualificati a collaborare con l'AUSL di Parma tramite progetti di co programmazione e di co - progettazione, rapporti di collaborazione/convenzione, altre forme di partenariato per lo sviluppo di attività finalizzate all'abilitazione, al recupero, al mantenimento di autonomie ed al reinserimento sociale rivolte a persone in carico al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma ai sensi dell'art 55 del d.lgs. n. 117 /2017 (Codice Terzo Settore)</p> <p>Deliberazione 71 del 15/02/2023: Approvazione dell'Elenco delle Associazioni e degli Enti del Terzo Settore, qualificati a lavorare tramite convenzioni con l'AUSL di Parma per lo sviluppo di progetti e per attività finalizzate all'abilitazione, al recupero, al mantenimento di autonomie ed al reinserimento sociale rivolte a persone in carico al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma.</p> <p>Deliberazione 84 del 23/02/2023: Integrazione dell'Elenco delle Associazioni e degli Enti del Terzo Settore, qualificati a collaborare tramite convenzioni con l'AUSL di Parma per lo sviluppo di progetti e per attività finalizzate all'abilitazione, al recupero, al mantenimento di autonomie ed al reinserimento sociale rivolte a persone in</p>		

	<p>carico al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma</p> <p>Deliberazione 275 del 29/06/2023: Conclusione del procedimento di co-programmazione e co-progettazione finalizzato alla definizione di obiettivi comuni e all'individuazione delle opportunità e delle risorse attivabili nell'ambito degli ETS della provincia di Parma atte a favorire percorsi sperimentali di trasformazione per lo sviluppo di attività e servizi finalizzati all'abilitazione, al recupero, al mantenimento di autonomie ed al reinserimento sociale delle persone in carico al Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma e proroga al 30.06.2024 dei contratti stipulati a seguito della Determinazione n. 30 del 23.04.2015 del Direttore Amministrativo, di approvazione degli esiti della gara d'appalto per la stipula di Accordi Quadro per l'affidamento di Servizi Socio Sanitari in favore di utenti in carico al DAI-SMDP e ad altri Servizi dell'Azienda USL di Parma</p> <p>Deliberazione 404 del 22/09/2022: Selezione finalizzata all'individuazione di un ente del terzo settore interessato alla realizzazione di una co-progettazione per i "percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale di utenti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari e/o da percorsi giudiziari nel "Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale", presso la Fattoria di Vigheffio, ai sensi dell' art. 55 del d.lgs. n. 117/2017 (Codice Terzo Settore). Approvazione documentazione e adempimenti conseguenti.</p> <p>Determinazione 1748 del 08/11/2022: Nomina Commissione preposta all'esame e valutazione delle offerte inerenti la procedura di selezione finalizzata all'individuazione di un Ente del Terzo Settore interessato alla realizzazione di una co-progettazione per i "percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale di utenti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari e/o da percorsi giudiziari nel "Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale", presso la Fattoria di Vigheffio, ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. n. 117/2017 (Codice Terzo Settore).</p> <p>Determinazione 727 del 09/05/2023: Selezione finalizzata all'individuazione di un Ente del Terzo Settore interessato alla realizzazione di una co-progettazione per i "percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale di utenti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari e/o da percorsi giudiziari nel "Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale", presso la Fattoria di Vigheffio, ai sensi dell' art. 55 del d.lgs. n. 117/2017 (Codice Terzo Settore). Approvazione verbali di valutazione della proposta progettuale ed affidamento all'ATS costituito da: Proges (mandataria) - EMC2 (mandante) - AVALON (mandante).</p> <p>Protocollo generale 60690 del 08/09/2023: ACCORDO DI CONVENZIONAMENTO TRA L'AZIENDA USL DI PARMA E L' ENTE DEL TERZO SETTORE COSTITUITO DA: PROGES (Mandataria) – EMC2 (Mandante) – AVALON (Mandante) PER LA REALIZZAZIONE DI UNA PROPOSTA PROGETTUALE PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI DEDICATI ALLA RIABILITAZIONE E AL REINSERIMENTO SOCIALE PER PAZIENTI PROVENIENTI DAGLI ex OPG E/O DA PERCORSI GIUDIZIARI NELLA STRUTTURA DENOMINATA "Centro per la promozione della salute, il benessere, la formazione e l'inclusione sociale a carattere polivalente" SITUATO PRESSO LA FATTORIA DI VIGHEFFIO. Invio documentazione sottoscritta.</p>			
--	--	--	--	--

AUSL REGGIO EMILIA

1	ACCORDI DI PROGRAMMA	Indicare se sono stati realizzati accordi di programma per la realizzazione dei BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		Individuare sulla base dell'esperienza maturata	
		Sì No			PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		No	X			
		Se presenti, indicare gli enti coinvolti				
		All'interno degli attuali accordi di programma sono previsti accordi specifici sulla integrazione socio sanitaria sulla Salute mentale e dipendenza patologiche; non secondo l'impostazione specifica della metodologia del budget di salute ma per aree di intervento-prestazione. Attualmente sono avviati in tutti i territori i lavori di negoziazione/aggiornamento/riscrittura degli accordi di programma vigenti pensando di prevedere specificamente di definire accordi orientati a procedere attraverso il budget di salute.				
		Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,...)				
2	ETS COINVOLTI	Indicare gli ETS coinvolti ad oggi nella realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata gara di appalto</i>	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata coprogettazione</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		ETS	X		In maniera disomogenea all'interno degli Uffici di Piano si sono attuati interventi e atti di co-programmazione, ma il lavoro e lo sforzo prodotto attraverso la co-programmazione non ha trovato esito nella fase di co-progettazione prevista ai sensi dei dispositivi legislativi vigenti.	Difficoltà nell'attuazione della co-progettazione in merito alla individuazione e la compartecipazione delle risorse economiche e materiali necessarie ed indispensabili per la realizzazione di servizi.
		Privato Profit				
		Aziende Pubbliche (ASP)				
		ODV/APS		X		

3	COPROGRAMMAZIONE	Indicare la modalità/sede di coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Piani di Zona			
		Altro (specificare nella casella sottostante)			
		Indicare gli attori della coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		
		Ausl			
		Enti Locali			
		ETS			
		Altro (specificare nella casella sottostante)			
4	TIPO DI PROCEDURA AMMINISTRATIVE	Indicare quale/quali procedure amministrative in uso per la realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Bando per gara di appalto	X	Avvio gruppo di lavoro con Servizio Appalti-approvvigionamenti per predisposizione accordo quadro riferibile all'area residenziale/abitare. Si sta procedendo ad un confronto in area Vasta rispetto alla possibilità di	Necessità di procedere ad un unico strumento (in fase di definizione) all'interno del quale ricomprendere tutti gli accordi per la gestione del budget di salute. Benché i progetti abitare e residenzialità avvengono in regime di integrazione socio sanitaria, non sono
		Avviso per Elenco Fornitori ai fini di coprogettazione			
		Contratti di accreditamento			
		Entrambi			
		Altro (specificare nella casella sottostante)			

		<p>Abbiamo singoli accordi per aree di intervento: area domiciliarietà: bando di gara inclusione sociale: bando di gara lavoro/formazione: gestione diretta dei tirocini a finalità di inclusione sociale; Partecipazione L. 14; IPS</p>		<p>sperimentare strumento previsto dal Codice Appalti maggiormente funzionale in termini di flessibilità e possibilità selettive e qualitative: Sistema dinamico di acquisizione della Pubblica Amministrazione (SDA). In attesa dei tempi tecnici necessari per procedere secondo l'ottica dello SDA, si procederà alla pubblicazione di un avviso di consultazione finalizzato all'acquisizione dell'assetto del mercato di riferimento, i potenziali concorrenti, gli operatori interessati, le relative caratteristiche soggettive e le eventuali osservazioni sulle caratteristiche salienti dei servizi in affidamento</p>	<p>inseriti in una cornice di accordo quadro.</p>
		<p>Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)</p>			
		<p>Lotto 2 istruzione operativa x inserimenti tirocini contributi IPS</p>			

AUSL MODENA

1	ACCORDI DI PROGRAMMA	Indicare se sono stati realizzati accordi di programma per la realizzazione dei BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Sì	X		L'Accordo Locale "per l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie tra l'Ente Locale ed il DSM DP dell'Ausl" è lo strumento di condivisione - istituzionale e tecnica - dei percorsi di presa in carico, della definizione dei servizi, dei reciproci ruoli e della modalità di compartecipazione alla spesa, sottoscritto dall'ambito sociale e sanitario.	Criteri e metodi definiti negli Accordi locali presentano alcuni aspetti di variabilità in virtù dell'autonomia degli Enti Locali, ad esempio in merito alla specificità dei regolamenti comunali sui contributi economici o ai criteri di utilizzo dell'FRNA.
		No				
		Se presenti, indicare gli enti coinvolti			L'Accordo, costruito in ambito distrettuale, rappresenta altresì uno strumento di lavoro per l'equipe integrata e di trasparente e immediata lettura della cornice di riferimento per la comunità ed il cittadino utente. Negli Accordi Locali si fa riferimento ai percorsi gestiti attraverso l'Elenco Gestori dell'Azienda USL, o ad analoghi Elenchi costituiti dagli Enti Locali stessi, come ad esempio gli Elenchi di soggetti qualificati alla gestione di percorsi per "minori", frutto della storica esperienza degli Enti Locali.	
		Gli accordi, di ambito distrettuale, deliberati in Provincia di Modena sono: Unione Terre Argine, Unione Comuni Area Nord, Unione Frignano, Unione del Sorbara, Comune di Modena (in aggiornamento). In fase di approvazione restano: Comune di Modena, Unione Terre di Castelli e Unione Distretto Ceramico.				
		Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)				
Unione Terre Argine: Deliberazioni di Giunta dell'Unione delle Terre d'Argine n. 7/2020 e n. 128/2020 Unione Comuni Modenesi Area Nord: Deliberazioni della Giunta dell'Unione n. 8/2021 e n. 76/2022 Unione dei Comuni del Frignano: Deliberazione di Giunta n. 17/2022 Unione dei Comuni del Sorbara: Delibera di Giunta dell'Unione dei Comuni del Sorbara n. 29/2022 Comune di Modena: Dec. Distretto AUSL n. 250/2018 – in fase di aggiornamento. In fase di approvazione restano: Comune di Modena, Unione Terre di Castelli e Unione Distretto Ceramico.						
2	ETS COINVOLTI	Indicare gli ETS coinvolti ad oggi nella realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata gara di appalto</i>	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata coprogettazione</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		ETS	X	X		
		Privato Profit	X			
		Aziende Pubbliche (ASP)		X (accreditamento)		
3	COP ROG	Indicare la modalità/sede di coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'

		Piani di Zona	X		
		Altro (specificare nella casella sottostante)			
		Indicare gli attori della coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		
		Ausl	X		
		Enti Locali	X		
		ETS	X		
		Altro (specificare nella casella sottostante)			
4	TIPO DI PROCEDURA AMMINISTRATIVE	Indicare quale/quali procedure amministrative in uso per la realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	Individuare sulla base dell'esperienza maturata	
				PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Bando per gara di appalto	X	L'Elenco gestori ha rappresentato per l'Azienda USL la chiave di volta per mappare l'articolato sistema di offerta del DSM. In particolare, la procedura ha lo scopo di garantire: • servizi, percorsi e interventi individuali omogenei e di elevata qualità, valorizzando i progetti finalizzati al recupero e al mantenimento di autonomie e al reinserimento sociale sugli assi abitare – lavoro – socializzazione, adottando la metodologia del budget di salute di cui alla DGR 1554 del 20/10/2015 • il ruolo attivo del paziente e dei famigliari nella definizione del percorso personalizzato di cura e abilitazione, alla luce dei suoi specifici bisogni; • omogeneità nel sistema di offerta, dotando gli ambiti distrettuali di uno strumento uniforme e utile alla definizione di accordi contrattuali con i gestori; • il rispetto dei principi di trasparenza, parità di trattamento, imparzialità e proporzionalità nella formazione dell'elenco e nell'individuazione dei soggetti gestori,	In un quadro di scarsità di risorse di personale, l'Elenco Gestori presenta alcune criticità gestionali: - onerosità delle procedure legate agli inserimenti/percorsi personalizzati - difficoltà a rispettare i tempi delle procedure negli inserimenti urgenti Criticità generale: si evidenzia l'assenza di un sistema informativo gestionale a supporto dei DSM riguardo alla redazione e gestione amministrativa dei PTRI socio-sanitari, in grado di interfacciarsi con l'anagrafica e la documentazione clinica che sta decollando con CURE.
		Avviso per Elenco Fornitori	X		
		Contratti di accreditamento	X		
		Entrambi			
		Altro (specificare nella casella sottostante)			
Accordi DSM e EE.LL	X				
Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)					
	Per albo gestori: Deliberazioni del Direttore Generale dell'AUSL di Modena n. 93/2021 e n.384/2021 e successivi aggiornamenti				

				<p>nonché di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.</p> <p>La procedura analitica è definita all'interno di specifici protocolli operativi condivisi con gli EELL.</p>	
--	--	--	--	--	--

AUSL ROMAGNA

1	ACCORDI DI PROGRAMMA	Indicare se sono stati realizzati accordi di programma per la realizzazione dei BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		Individuare sulla base dell'esperienza maturata	
		Si	No			PUNTI DI FORZA
		Se presenti, indicare gli enti coinvolti		X		
		Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)				
2	ETS COINVOLTI	Indicare gli ETS coinvolti ad oggi nella realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata gara di appalto</i>	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata coprogettazione</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		ETS	X (Accordo Quadro Ausl Romagna Determina Aggiudicazione n. 2512 del 31/07/2019)	X (ODV)	collaborazione e coprogettazione unitamente agli Enti Pubblici; coinvolgimento della Comunità attraverso le ODV nelle progettazione, programmazione locale, risposte maggiormente adeguate e coordinate ai casi complessi e multiproblematici; maggior soddisfazione di tutti gli attori nel percorso e sugli esiti; la piena legittimità ribadita recentemente dal Consiglio di Stato degli strumenti di collaborazione tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore e la loro alternative alle gare d'appalto	scarsa formazione congiunta della conoscenza dello strumento del Budget di Salute; poca chiarezza del percorso; complessità e necessità di semplificazione e snellezza delle procedure; maggior coordinamento tra le varie fasi e dei partecipanti del percorso, mancanza di una presenza sistematizzata degli Enti Locali in alcuni ambiti.
		Privato Profit				
		Aziende Pubbliche (ASP)				
3	COPROGRAMMAZI ONE	Indicare la modalità/sede di coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Piani di Zona		X	Garantisce la piena attuazione dei diritti e doveri della cittadinanza attiva delle persone, in particolare dei diritti alla salute ed alla autodeterminazione	Scarsa conoscenza dello strumento, difficoltà a rendere attuativi i programmi a livello procedurale ed a livello economico; necessità di una maggiore
		Altro (specificare nella casella sottostante)				

					nella cura condivisa e nella definizione del progetto di vita con al centro la persona. destigmatizzazione sociale	pianificazione e chiarezza delle risorse economiche a disposizione
		Indicare gli attori della coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>			
		Ausl	X			
		Enti Locali	X			
		ETS	X			
		Altro (specificare nella casella sottostante)				
		agenzia regionale del lavoro/per l'impiego, Agenzie pe il lavoro, ACER, Centro per l'impiego, Associazione Amministratori di sostegno, Istituti scolastici, familiari, vicini ed amici, centro servizi del volontariato (Volontà Romagna) conoscenti significativi, parrocchie ed organizzazione laiche e religiose, no ETS				
4	TIPO DI PROCEDURA AMMINISTRATIVE	Indicare quale/quale procedure amministrative in uso per la realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	
		Bando per gara di appalto	X (Accordo quadro Azienda Usl Romagna)	Maggior coordinamento che permette di arrivare ad una coprogettazione del percorso sulla base di una pariteticità degli attori coinvolti; sussidiarietà orizzontale, promozione delle attività di volontariato	Non c'è una conoscenza puntuale del Budget di salute, accordo quadro non permette una progettazione del tutto individualizzata, auspichiamo pertanto che si possa tendere ed arrivare ad avere un elenco dei soggetti ai sensi del Codice del Terzo Settore, ci auspichiamo altresì che l'accordo di programma possa essere presente nella scheda budget di salute del Piano di Zona come linea guida nel percorso delineato	
		Avviso per Elenco Fornitori ai fini di coprogettazione				
		Contratti di accreditamento				
		Entrambi				
		Altro (specificare nella casella sottostante)				
		Delibera D.G. 320/2016: Linee guida per la disciplina delle attività di volontariato svolte in convenzione con L'Azienda Usl della Romagna				
		Riportare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere, ecc.)				

AUSL PIACENZA

		Indicare se sono stati realizzati accordi di programma per la realizzazione dei BDS	Individuare sulla base dell'esperienza maturata			
					PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
1	ACCORDI DI PROGRAMMA		<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>			
		Si				
		No	X			
		Se presenti, indicare gli enti coinvolti				
		Riporate i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)				
2	ETS COINVOLTI	Indicare gli ETS coinvolti ad oggi nella realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata gara di appalto</i>	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata coprogettazione</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		ETS				
		Privato Profit				
		Aziende Pubbliche (ASP)				
3	COPROGRAMMAZIONE	Indicare la modalità/sede di coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Piani di Zona				
		Altro (specificare nella casella sottostante)				
		Indicare gli attori della coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>			
		Ausl				
		Enti Locali				
		ETS				
	Altro (specificare nella casella sottostante)					

		Indicare quale/quale procedure amministrative in uso per la realizzazione del progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
4	TIPO DI PROCEDURA AMMINISTRATIVE	Bando per gara di appalto		Accordi sui singoli Budget di Salute: il progetto risulta pertanto maggiormente adattabile, personalizzato e costruito "su misura" rispetto alle specifiche esigenze dei pazienti.	Ad oggi, nella provincia di Piacenza, non esistono Accordi di programma specifici tra l'Azienda USL e gli Enti locali: per questo motivo le risorse impiegate risultano variabili e poco strutturate.
		Avviso per Elenco Fornitori ai fini di coprogettazione			
		Contratti di accreditamento			
		Entrambi			
		Altro (specificare nella casella sottostante)	Affidamenti diretti - Convenzioni		
		Riporare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)			
		Delibere di adozione convenzioni o determine per affidamenti diretti			

AUSL BOLOGNA

1	ACCORDI DI PROGRAMMA	Indicare se sono stati realizzati accordi di programma per la realizzazione dei BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>	Individuare sulla base dell'esperienza maturata	
		Sì	No	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Sì	X	<ul style="list-style-type: none"> ● visione più processuale e dinamica dei bisogni e delle condizioni di salute della persona ● forte impegno da parte delle Direzioni e dei Coordinamenti nel perseguire l'implementazione e lo sviluppo delle progettazioni personalizzate con BdS ● il Budget di Salute come strumento generativo di nuove opportunità e risorse nella comunità ● il Budget di Salute come stimolo a realizzare una coprogettazione in presenza dell'utente e della famiglia e a tenere in considerazione le loro preferenze e le loro scelte ● storia/esperienza pregressa di collaborazione fra i Servizi ● impegno da parte dei Servizi a cimentarsi con il percorso integrato del Budget di Salute ● disponibilità al confronto e alla ridefinizione dei progetti da parte degli operatori dei diversi servizi 	<p>PUNTI PRESENTI IN ALCUNE PROGETTAZIONI, NON IN TUTTE E NON SEMPRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● interpretazione del Budget di Salute come strumento emergenziale per la ricerca di una risposta immediata, spesso su situazioni complesse per le quali si pensa che il BDS sia lo strumento per indurre e per generare una presa in carico da parte del Servizio partner ● l'intervento educativo individualizzato non tanto finalizzato a costruire una relazione significativa con l'utente per migliorare le sue competenze personali e sociali e per favorire relazioni interpersonali e sociali, quanto per accompagnare la persona alla presa in carico da parte del Servizio partner o per garantire una continuità terapeutica ● i Servizi sociali e sanitari e la cooperazione sociale, dopo l'analisi di bisogni e problemi, in assenza di condivisione degli stessi con l'utente, tendono a predefinire obiettivi, aree di attività ed interventi individuali e di gruppo per poi presentarli alla persona ● difficoltà nel riuscire a dare più spazio alla progettazione e ad obiettivi di medio lungo periodo: il progetto personalizzato con Budget di Salute come progetto di prospettiva di evoluzione e di cambiamento della qualità di salute e di vita della persona ● la scelta dei "casi": difficoltà nel definire quando usare lo strumento Budget di Salute e quindi nell'individuazione delle persone ● disomogeneità e differenze fra territori nel modo di relazionarsi tra Servizi e di intendere il Budget di Salute ● Conflitto sulla disponibilità di risorse tra Servizi socio - sanitari territoriali, tra le singole equipe
		No			
		Se presenti, indicare gli enti coinvolti			
		COMUNE DI BOLOGNA E AZIENDA USL DI BOLOGNA			
		Riportate i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)			

		Deliberazione Ausl BO n.302 del 03/09/2021 "Recepimento dell'Accordo di Programma tra l'Azienda USL di Bologna ed il Comune di Bologna per la realizzazione del sistema di comunità e del coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie in materia di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche"				
2	ETS COINVOLTI	Indicare gli ETS coinvolti ad oggi nella realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata gara di appalto</i>	<i>mettere un X nella casella corrispondente se utilizzata coprogettazione</i>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		ETS	X		<ul style="list-style-type: none"> •adattività del contesto cooperazione sociale a qualsiasi bisogno/problema degli utenti • disponibilità da parte delle Coop. Sociali ad accogliere le richieste del DSM DP 	<ul style="list-style-type: none"> • l'intervento educativo individualizzato del progetto personalizzato con Budget di Salute talvolta utilizzato per sopperire alla carenza di ore di educatore all'interno di un Servizio • soggetto aggiudicatario in esclusiva limita la possibilità ad altri ETS di coprogettare con il BdS • rigidità delle Coop.Sociali nella ripartizione tra loro delle attività con BdS • difficoltà delle Coop. Sociali ad insediarsi e a lavorare nei territori periferici di pianura e di montagna
		Privato Profit				
		Aziende Pubbliche (ASP)				
		Cooperative sociali A, B, A + B				
3	COPROGRAMMAZIONE	Indicare la modalità/sede di coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>			
		Piani di Zona				
		Altro (specificare nella casella sottostante)				
		Indicare gli attori della coprogrammazione	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>			
		Ausl				
		Enti Locali				
		ETS				
Altro (specificare nella casella sottostante)						
4	TIPO DI PROCEDURA	Indicare quale/quale procedure amministrative in uso per la realizzazione dei progetti BDS	<i>mettere un X nella casella corrispondente</i>		PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'
		Bando per gara di appalto	X		1) passaggio da una frammentazione dei rapporti convenzionali con le singole cooperative ad un solo contenitore e ad un unico sistema di regole gestionali e di attivazione dei budget di salute	1) Impossibilità di allargare ad altri interlocutori la possibilità di attivare budget di salute 2) meccanismi amministrativi correlati risultano ancora complessi
		Avviso per Elenco Fornitori ai fini di coprogettazione				
		Contratti di accreditamento				

	Entrambi		2) pari opportunità ed omogeneità delle prestazioni in tutti i territori della Ausl di Bologna	
	Altro (specificare nella casella sottostante)			
	Riporare i corrispondenti atti amministrativi (determine, delibere,..)			
	<p>Determinazione Ausl BO n.3212 del 11/12/2019 " <u>Esito della Gara Europea a procedura aperta N.PI 241681-19</u> per la conclusione di un accordoquadro con operatore economico per la co-progettazione e la gestione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP) con Budget di Salute e di progetti di attività di Comunità (P.A.CO.) per il DSMDP, suddivisa in tre lotti" Determinazione Ausl BO n.30 del 05/01/2023 "Rinnovo dei contratti di cui alla procedura aperta PI 241681-19 per la conclusione di un accordo quadro con operatore economico per la coprogettazione e la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati con Budget di Salute e di Progetti di Attività di Comunità per il DSM DP, suddivisa in tre lotti"</p>			

PARTE 2 Sintesi dei lavori svolti dal sottogruppo “Budget di salute nelle Dipendenze Patologiche”

Con la Delibera della Giunta Regionale n. 1888 del 07/11/2022, “Sperimentazione del “Budget di Salute” quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze”, le Dipendenze Patologiche si sono aggiunte al Tavolo Regionale sul BdS e inserite nelle sperimentazioni di progetti supportati da Budget di Salute.

La validità del metodo BdS e le conferme ricevute dalle applicazioni sul campo hanno prodotto l'estensione e l'inclusione, a partire dall'ambito della Salute Mentale laddove il metodo trova le sue origini, a quello delle Dipendenze Patologiche, differente per ragioni nosografiche ed eziopatologiche, ma interessato al sperimentarsi con nuovi strumenti che si discostino dalle pratiche tradizionali e che possano dare risposte ai cambiamenti occorsi nel tempo nel mondo dell'abuso e del consumo di sostanze nonché nelle manifestazioni di dipendenza da determinati comportamenti.

Le ragioni che motivano all'apertura sono quelle della flessibilità del metodo, dell'orizzontalità e dell'inclusione, nonché della possibilità di personalizzazione degli interventi e della valenza degli apporti di rete con nuovi interlocutori.

A seguire un primo contributo offerto dal Dott. Gerra Gilberto, responsabile del Programma Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma, del Dipartimento per la lotta alla Droga presso la presidenza del Consiglio dei Ministri e membro del Direttivo Nazionale della S.I.T.D., che presenta un'analisi attuale del Servizio Dipendenze Patologiche, ne evidenzia i bisogni emergenti e pone l'attenzione ai principi teorici e applicativi che meglio possono guidare le progettazioni con metodo BdS.

Nella fattispecie, avvalendosi del metodo BdS, si ravvisa l'opportunità di ingaggiare Enti del Terzo Settore nella realizzazione di progetti complessi e quanto più personalizzati secondo i principi del Recovery e della Stepped Care: l'analisi delle risorse individuali e l'attivazione di processi di empowerment che sviluppino le autonomie e la consapevolezza secondo un modello di supporti di intensità e invasività decrescente.

Gli obiettivi fondamentali dell'attivazione di questi percorsi sono il tema della domiciliarità e dell'inserimento socio-terapeutico-riabilitativo con attenzione particolare alle nuove evoluzioni, come si accennava sopra, nel modo del consumo e della dipendenza illustrate nel documento, sia in quanto nuove tematiche di approfondimento e di ricerca che di intervento tempestivo.

Il BdS apre nuovi orizzonti operativi che si collocano laddove il sistema di cura appare lacunoso: nella possibilità di individuare strumenti operativi per gestione del craving, nello studio di percorsi che siano alternativi alla detenzione e che possano concretizzarsi in progetti personalizzati e propedeutici al reinserimento sociale e si costituiscano come una vera possibilità di rivedere e ricrearsi un'esistenza libera tanto dai giochi quanto dagli stigmi, retaggio del passato.

Altrettanto, lo strumento del BdS può essere in supporto all'inserimento in percorsi di auto-aiuto che rappresentino per la persona sia uno spunto di condivisione sia un'opportunità per la ricostruzione della rete sociale fatta di nodi salubri e resilienti, connaturati da una valenza terapeutica alternativa e integrativa alle pratiche istituzionali.

Altri nuovi orizzonti sono individuati nel mondo giovanile e nelle problematiche della comorbidità che sempre più spesso si associano alla dipendenza da sostanze. Per i primi il pensiero va alla necessità di riprendere i percorsi evolutivi laddove l'abuso e la devianza li abbiano interrotti nel tentativo supportare i processi di individuazione che al giorno d'oggi spesso vengono confusi e distratti dalla sovraesposizione mediatica e dalle pressanti istanze socio-culturali; altrettanto, per le

questioni legate agli sdoppiamenti di quadri diagnostici sono necessari progetti personalizzati che consegnino alla persona strumenti di nuova lettura di sé nei contesti sociali laddove spesso è emerso il disagio psichico che talora ha condotto all'abuso e talaltra ne è stato indotto.

A completare il documento una raccolta di tutte le esperienze territoriali: progetti già avviati con il loro rispettivo dettaglio di articolazioni e le considerazioni dei professionisti che ne hanno fatto parte, e singole esperienze che per salienza gettano una luce su quelle che verosimilmente saranno le future nuove implicazioni e corollari delle esperienze di dipendenza nella loro complessità.

Coordinamento: dr.ssa Monica Covili

Documento di indirizzo per l'applicazione del Budget di Salute alle Dipendenze Patologiche

A cura di Gilberto Gerra

Il Programma Regionale Dipendenze Patologiche, Obiettivi per il triennio 2017-2019, evidenziava come la metodologia del Budget di Salute (*progetti individualizzati con risorse finanziarie e non solo, sanitarie, sociali e del paziente/famiglia, in alternativa, o in superamento, dell'assistenza residenziale*) fosse sino ad allora sperimentata per i pazienti dei CSM. L'obiettivo regionale era quello di estendere il modello anche ai pazienti dei SerDP con l'ausilio degli Enti del privato sociale che aderiscono all'Accordo RER-CEA. Si proponeva di incrementare l'applicazione del Budget di Salute nei SerDP finalizzato alla definizione di percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale, e di supporto alla domiciliarità, con l'eventuale coinvolgimento del Privato sociale.

Criteri di riferimento, per quanto riguarda i processi di cura nell'ambito delle Dipendenze Patologiche, sono quelli di Recovery e di Stepped Care.

Per quanto attiene l'orientamento al Recovery, i Servizi per le Dipendenze lavorano con la finalità di migliorare la qualità di vita delle persone con dipendenze patologiche e, laddove sia possibile, di ottenere l'affrancamento dalle sostanze e dai comportamenti additivi. Le strategie mediche di gestione dei sintomi sono "mezzi" e non "fini" dell'azione terapeutica. L'azione terapeutica si identifica con lo sviluppo delle potenzialità e delle risorse individuali, attraverso processi tesi a promuovere l'autonomia e la responsabilità delle persone con dipendenze nel contesto di vita.

I percorsi organizzati per intensità di cure o Stepped Care sono guidati dal principio della minore invasività possibile e dalla tensione costante verso la riduzione progressiva dell'invasività delle cure, attraverso un sistema organizzativo che risponda a bisogni differenti e plurali, che preveda lo sviluppo nel territorio delle soluzioni di post cura, senza soluzione di continuità tra il sistema di cura e il sistema di comunità.

La metodologia del Budget di Salute, nell'ambito delle Dipendenze, è stata finora utilizzata per la costruzione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali a vario livello di protezione, come risultato di una co-progettazione partecipata dall'AUSL, dagli Enti Ausiliari, dagli Enti Locali, dall'utente e dai familiari. Infatti, specie nella presa in carico dell'utenza in argomento, l'ambito socio-sanitario impone la definizione di processi decisionali ed operativi chiari, in grado di fornire risposte adeguate a bisogni per il soddisfacimento dei quali risulta spesso sproporzionata l'offerta residenziale e non sufficiente quella fondata sulle consuete progettualità riconducibili all'ambito strettamente sanitario. Questa nuova tipologia d'offerta è, peraltro, quella che consente ai soggetti del Sistema di Comunità la più ampia possibilità di interpretare le istanze collettive di salute e, conseguentemente, di progettare percorsi innovativi, flessibili, de-stigmatizzanti e qualificati.

Le linee di intervento sulle quali si è sviluppata ad oggi la metodologia riguardano le aree dell'assistenza domiciliare o *domiciliarità* e dell'*inserimento socio-terapeutico-riabilitativo*.

Gli interventi riconducibili all'Area della *domiciliarità* possono anche essere contemporaneamente destinati a più utenti ed implicano le seguenti azioni specifiche:

- Messa in atto di strategie volte a garantire la cura, il decoro ed il rispetto della persona, dei suoi effetti personali e dell'ambiente in cui vive;
- Sostegno ed accompagnamento nei contatti con la realtà circostante, col sistema di cura e, in particolare, coi MMG;
- Informazione/facilitazione nei confronti della rete di relazioni significative per l'utente;
- Accompagnamento all'acquisizione/riacquisizione di abilità domestiche;
- Supporto alla acquisizione/riacquisizione di autonomia nella gestione del proprio denaro;
- Supporto alla corretta gestione della terapia farmacologica;
- Supporto alla riacquisizione di autonomia nell'igiene personale e nella cura di sé;
- Educazione a corretti stili di vita.

Gli interventi riconducibili all'Area dell'*inserimento socio terapeutico riabilitativo* (ISTR) sono finalizzati ai seguenti obiettivi:

- Sviluppo delle abilità socio/relazionali;
- Sviluppo e potenziamento dell'autonomia;
- Acquisizione e sviluppo della capacità di comprensione e adeguamento ai contesti.

Tali interventi, caratterizzati da protezione bassa o media nonché alta, si declinano in:

- Azioni finalizzate a favorire l'acquisizione di abilità individuali e il potenziamento di quelle residue;
- Incontri di programmazione e verifica con gli operatori dei SerDP, con l'utente ed eventualmente, qualora opportuno, con i familiari;
- Azioni di informazione/facilitazione nei confronti della rete di relazioni significative per l'utente;
- Azioni finalizzate a motivare e facilitare l'approccio verso momenti formativi, ricreativi, espressivi e socializzanti nei contesti normali di vita;
- Azioni finalizzate al controllo ed al monitoraggio della *compliance* nell'assunzione della terapia farmacologica;
- Attivazione dei presidi sanitari in eventuali situazioni di emergenza;

Tra gli obiettivi 2022 del Tavolo Regionale "Inclusione sociale e Budget di salute" istituito nel 2016 e dedicato alla promozione ed al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo regionali (DGR1554/2015), si colloca l'approfondimento dell'applicazione della metodologia del Budget di Salute nell'ambito delle Dipendenze Patologiche.

Il Tavolo negli anni ha svolto attività finalizzate allo sviluppo, alla formazione ed alla ricerca sul tema del Budget di Salute.

Le esperienze sperimentali avviate nell'ambito delle Dipendenze Patologiche, possono ora avvalersi del confronto con le acquisizioni più recenti in merito alla corretta applicazione della metodologia del Budget di Salute, sviluppate nell'ambito del progetto nazionale "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il Budget di Salute" promosso dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute nel 2019.

LINEE PROGRAMMATICHE NAZIONALI: METODO E STRUMENTO

Di seguito si riportano gli elementi qualificanti, che devono essere tutti coesistenti per poter definire il Budget di Salute, e gli elementi attuativi con indicazione di percorsi e strumenti amministrativi adeguati.

ELEMENTI QUALIFICANTI

- 1) Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Protagonista del Budget di Salute è la persona considerata nella comunità di riferimento, vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione. Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.
- 2) Il Budget di Salute è a governo e coordinamento Pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un operatore sanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. Mira all'abilitazione nell'ottica della piena attuazione dei diritti e rispetto dei doveri di cittadinanza. La componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza; quella sanitaria per il diritto alla salute e all'abilitazione. Ciascun servizio fa riferimento alla propria normativa per erogare gli interventi. L'Equipe sociosanitaria, così composta da almeno un operatore sanitario e sociale, deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche.
- 3) L'approccio capacitante mira a costruire una relazione di fiducia per effettuare la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse e la definizione del Budget di Salute. La valutazione deve essere condotta nella relazione e nel dialogo con la persona, anche attraverso strumenti validati e standardizzati e deve esplorare tutte le seguenti aree:
 - Area clinica
 - Area del funzionamento psicosociale
 - Area bisogni e risorse, personali e di comunità
 - Area della qualità della vita
- 4) Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte sempre in tutti gli assi di intervento (casa/habitat,

formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il “Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato alla recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita.

Ogni progetto Budget di Salute deve essere coordinato da un Case Manager identificato che può essere di ambito sanitario o sociale.

- 5) Il Budget di Salute per diventare operativo richiede il consenso, che viene espresso nella sottoscrizione anche da parte della persona di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti. L'accordo è parte integrante del budget di salute.
- 6) Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e verifica è coordinata dal Case manager identificato già in fase progettuale. La verifica prenderà in considerazione anche indicatori di esito.

Per consentire l'applicazione del Budget di Salute e la qualità del percorso facilitando la sua diffusione in tutti gli ambiti territoriali, appare indispensabile definire un piano strategico ampio e diffuso secondo gli elementi qualificanti e attuativi condivisi dal Gruppo di lavoro, prevedendo anche una adeguata raccolta di informazioni indispensabile a livello programmatico.

Più nello specifico, appare necessario condividere il documento programmatico recante le linee di indirizzo con apposita intesa in Conferenza Stato Regioni, con conseguente impegno da parte delle Regioni e Province Autonome a recepire, con propri provvedimenti e/o piani applicativi, i contenuti di detta Intesa, nonché definire un sistema di monitoraggio nazionale periodico strutturando modalità per attuarlo attraverso indicatori di qualità del percorso e di esiti in termini di qualità di vita.

ELEMENTI ATTUATIVI

Il Budget di Salute colloca al centro del sistema la persona, unica e irripetibile, portatrice di valori, convinzioni e scelte individuali, nonché mira alla ricostruzione ed alla valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare e comunitario.

- a. **Co-programmazione.** Al fine di sostenere i percorsi individuati con Budget di Salute, le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali condividono una co-programmazione, ai sensi dell'art. 55 d.lgs 117/2017, coinvolgendo gli Enti del Terzo settore, finalizzata all'identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. Si raccomanda di formalizzare tale co-programmazione attraverso l'accordo di programma, in analogia e raccordo con quanto previsto per la programmazione dei piani di zona (L. 328/2000), per definire e condividere le risorse economico-finanziarie necessarie alla realizzazione dei programmi e interventi sociosanitari con Budget di Salute. Nella fase di co-progettazione, oltre agli enti del terzo settore, possono essere coinvolti tutti i soggetti potenzialmente interessati alla costruzione del Budget di Salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati).

b. Formulazione di Elenchi di soggetti qualificati per la realizzazione di progetti Budget di Salute. Coerentemente con il progetto individualizzato e in ossequio al principio di sussidiarietà di cui all'art. 118, u.c. Cost., in coerenza dell'art. 55, d. lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)⁴¹ le aziende sanitarie e gli enti locali possono istituire appositi Elenchi di soggetti qualificati che saranno coinvolti in modo attivo nella definizione delle attività, dei percorsi e degli interventi socio sanitari (ad es. socio assistenziali, socio educativi, socio occupazionali e socio riabilitativi), in favore di persone in carico ai servizi sanitari e sociali con progetti finalizzati al recupero di autonomie ed al reinserimento sociale, secondo il modello del Budget di salute. Con proposte innovative di inclusione i co-gestori devono essere in grado di sostenere la capacitazione⁴² e il protagonismo della persona, al fine di consentire alla stessa di diventare imprenditrice del proprio progetto di vita.

Ribadita la centralità della persona e il ruolo attivo del paziente e dei famigliari nella definizione del percorso personalizzato di cura e abilitazione, alla luce dei suoi specifici bisogni, l'avviso pubblico ha lo scopo di garantire:

- Interventi e percorsi individuali ad elevata qualità di capacitazione, valorizzando i progetti finalizzati al recupero di autonomie e al reinserimento sociale, adottando la metodologia del budget di salute;
- Omogeneità nel sistema di offerta, dotando gli ambiti territoriali di uno strumento uniforme e utile alla definizione dei soggetti con cui stabilire accordi contrattuali di co-gestione;
- Coinvolgimento di utenti e famigliari esperti per esperienza (punto f);
- Rispetto dei principi di trasparenza, parità di trattamento, imparzialità e proporzionalità nella formazione dell'elenco e nell'individuazione dei soggetti gestori.

In generale, rimane ferma la facoltà per le amministrazioni pubbliche di ricorrere alle procedure previste dal d. lgs. n. 50/2016.

c. Progettazione esecutiva. Gli Elenchi dei soggetti costituiti con le procedure indicate nel

⁴¹ La scelta di individuare nel Codice del Terzo settore la fonte normativa per la regolazione dei progetti delle modalità e degli interventi compresi nel Budget di Salute risulta coerente con gli obiettivi dei PTRI. Questi ultimi contemplano invero interventi, percorsi ed attività che, da un lato, devono provenire da una ampia gamma di soggetti e, dall'altro, devono opportunamente essere condivisi tra enti pubblici, organizzazioni non profit e utenti/beneficiari e le loro famiglie.

Dalle procedure ad evidenza pubblica risultano esclusi gli enti del Terzo settore, per i quali il d.lgs. n. 117/2017 ha individuato nella co-programmazione, nella co-progettazione, nell'accreditamento libero e nel convenzionamento gli istituti giuridici cooperativi e collaborativi attraverso i quali rapportarsi con gli enti pubblici.

Qualora l'amministrazione procedente si trovi nella condizione di selezionare un operatore economico cui affidare la gestione di uno o più servizi, essa farà ricorso alle procedure del Codice dei contratti pubblici. In tutti gli altri casi, le amministrazioni pubbliche potranno applicare gli istituti di cui agli artt. 55 e 56 del Codice del terzo settore ritenute maggiormente coerenti e compatibili con il principio degli interventi a rete e della loro personalizzazione.

Per approfondimenti sulle procedure amministrative applicabili si rinvia alle "Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo Settore negli artt. 55-57 del Codice del Terzo Settore d. lgs. n. 117/2017" recentemente approvate dalla Conferenza Stato Regioni.

⁴² Fornire al soggetto quelle libertà strumentali necessarie per provvedere attivamente al proprio sviluppo e al proprio benessere.

punto precedente divengono il riferimento per la scelta dei soggetti partecipanti al singolo progetto con le seguenti fasi applicative:

- La persona è già in cura ai servizi sanitari e sociali e viene sviluppata una prima ipotesi progettuale di massima con una fase di progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto inclusa la persona;
- Al termine della progettazione viene sottoscritto il Budget di Salute e identificato il Case Manager;
 - Il Budget di Salute diviene esecutivo con la sottoscrizione dell'accordo/contratto;
 - Il Case Manager coordina le azioni di verifica e monitoraggio ad opera dell'equipe sociosanitaria.

d. Valutazione multidisciplinare e multidimensionale: strumenti condivisi e concordati dall'Equipe sociosanitaria

La valutazione multiprofessionale e multidimensionale viene garantita dall'Equipe sociosanitaria costituita da una componente sociale e da una componente sanitaria.

La componente Sanitaria è rappresentata dagli operatori sanitari che hanno in carico la persona anche considerando eventuali comorbidità.

La componente Sociale è rappresentata dall'assistente sociale dell'Ente Locale eventualmente coadiuvata da altri operatori educativi o sociali.

Qualora i componenti non abbiano potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, si rende necessaria la convalida secondo il modello dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale.

La valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse aree: area clinica, del funzionamento psicosociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento. Tutta la fase valutativa deve prevedere la partecipazione della persona e, su sua richiesta, dei soggetti significativi.

L'equipe sociosanitaria con potere decisionale o l'Unità di Valutazione Multiprofessionale, avvalendosi degli Elenchi di soggetti qualificati, è il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurare all'utente la risposta più idonea. In questa valutazione deve essere considerata la capacità di rispondere in termini di appropriatezza degli interventi, di qualità dell'accoglienza, dell'offerta, dell'adeguatezza delle caratteristiche strutturali / logistiche nonché sotto il profilo dell'impiego delle risorse economiche in relazione alle diverse modalità organizzative locali.

e. Definizione PTRI: bisogni/risorse, patto/accordo e suo monitoraggio

Il PTRI deve contenere:

- Obiettivi nelle diverse aree dei determinanti sociali della salute
- Abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi
- Risorse umane, ambientali e materiali (anche economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, dettagliando quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita
- Piano dettagliato dell'intervento, indicando eventuali priorità

- Operatori coinvolti / altre figure coinvolte, dettagliando compiti e responsabilità
- Programmazione dei tempi di verifica
- Ipotesi durata del progetto
- Responsabile del progetto: case manager

Il passaggio alla fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di un accordo che espliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- Persona
- Eventualmente da un suo familiare/caregiver se coinvolto, e con il consenso della persona assistita
- Tutore/amministratore di sostegno se presente
- Équipe sanitaria curante
- Équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'Ente Locale
- Referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'Elenco di soggetti qualificati.

f. Coinvolgimento di utenti e familiari esperti per esperienza

Si raccomanda il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari nella fase di co-programmazione. Nella realizzazione del Budget di Salute possono essere coinvolti i familiari e va incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza (ESP), o facilitatori, sulla base delle evidenze consolidate in diverse regioni/PA nell'ambito di percorsi di formazione dedicati.

A conferma e supporto della declinazione degli elementi attuativi alle peculiarità specifiche, si cita l'ampliamento dell'ambito di ricerca e sperimentazione definito nel PROGRAMMA CCM 2022 dal titolo "Sperimentazione del "Budget di Salute" quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze", dove i servizi di Dipendenze Patologiche sono inclusi nel programma con il seguente "OBIETTIVO GENERALE: Sostenere la sperimentazione e validare il protocollo di applicazione del Budget di salute secondo quanto previsto dalle Linee Programmatiche nazionali: progettare il Budget di salute con la persona, attraverso il coinvolgimento diretto dei Dipartimenti di salute mentale e Dipendenze Patologiche, in collaborazione con gli Enti locali, il Terzo settore e la comunità di riferimento".

Traccianti di sviluppo

Nello sviluppo dell'applicazione della metodologia del Budget di Salute come da Linee programmatiche nazionali, occorre tenere conto di alcune specificità connesse alla tipologia di pazienti afferenti ai servizi delle Dipendenze Patologiche ed ai possibili percorsi di cura, che vengono presentati qui di seguito come linee di approfondimento.

1) Disturbo da uso di sostanze: gestione del craving, prevenzione della ricaduta e opportunità di reinserimento sociale

I pazienti affetti da dipendenze patologiche, in particolare da disturbi da uso di sostanze, vedono associate nella loro complessa condizione eziopatogenetica diverse forme di vulnerabilità che inducono una facile esposizione ai comportamenti a rischio, alle sostanze psicoattive e all'instaurarsi di un circuito compulsivo condizionato.

Tale meccanismo additivo va ben oltre l'effetto dovuto alla azione farmacologica delle sostanze e ai cambiamenti neurobiologici indotti dal gioco d'azzardo, ma è sostenuto dal temperamento e da tratti problematici della personalità: deficit della percezione delle gratificazioni ordinarie, ricerca delle sensazioni forti, difficoltà a dilazionare la fruizione delle gratificazioni, problematico adattamento allo stress e alla frustrazione, fragile regolazione emozionale.

Questa combinazione di fattori dà origine al craving, desiderio compulsivo incontrollabile, che usurpa nel sistema nervoso centrale i meccanismi motivazionali finalizzati alla sopravvivenza e al controllo degli impulsi.

In risposta a questo disturbo della salute complesso e multifattoriale le evidenze scientifiche più accreditate confermano l'efficacia in campo clinico di interventi comportamentistici basati sull'incentivazione del controllo del craving. Dunque, proprio su questi elementi volti all'estinzione del comportamento compulsivo condizionato dovrebbe basarsi la multiforme struttura del Budget di Salute per le DP.

Il metodo "contingency management", che prevede incentivi monetari o altre gratificazioni in risposta all'astensione dalle sostanze, ha dimostrato risultati significativi. Al crescere del numero di controlli tossicologici negativi, cresce l'incentivo in denaro che può essere trasformato in voucher per la spesa al supermercato o in capi di abbigliamento.

La combinazione di contingency management con varie forme di lavoro protetto o apprendistato (Job skills education) può produrre sia opportunità adatte a un processo di recupero e reinserimento sociale/professionale, sia risultati terapeutici atti al controllo del disturbo additivo in sé.

In questo caso gli incentivi monetari sarebbero corrisposti come grant di consistenza crescente al prolungarsi dei mesi di astensione dalle sostanze.

A tali interventi si potrebbero aggiungere gli interventi farmacologici atti a facilitare l'estinzione del circuito compulsivo condizionato (occupazione dei recettori con ridotti effetti gratificanti), a loro volta capaci di ridurre il craving in una modalità sinergica con gli interventi comportamentistici.

Per favorire il reinserimento sociale andrebbero previsti anche interventi di sostegno nella ricerca e nel mantenimento del lavoro competitivo secondo il modello IPS (Individual Placement Support)

2) Concomitanti disturbi psichiatrici

Il manifestarsi di un quadro clinico con disturbi psichiatrici nei soggetti con disturbo da uso di sostanze è stato interpretato in passato per decenni come semplice conseguenza dell'uso di sostanze psicoattive per scopi non medici. Una crescente mole di evidenze ha dimostrato in seguito quanto le psicopatologie concomitanti assumessero un ruolo più complesso nelle dipendenze patologiche.

I disturbi della salute mentale che accompagnano l'addiction possono da un lato originare da una piattaforma di rischio comune a livello neurobiologico, dall'altro giocare un ruolo causale che fa parte della vulnerabilità per le dipendenze stesse, oppure rivestire una forma di automedicazione che sembra inizialmente migliorare la sintomatologia psichiatrica.

Per tali motivi la comorbidità psichiatrica può preesistere alle dipendenze nella storia clinica, svilupparsi in parallelo o seguire l'esposizione ai comportamenti additivi.

Occorre evitare di leggere queste condizioni come “doppia diagnosi”, ma piuttosto saper interpretare i quadri pato-plastici che ne derivano.

In questo ambito, i disturbi più frequentemente associati alle dipendenze sono l'ADHD, il CD, l'ansia e la depressione nell'infanzia e nell'adolescenza, il PTSD, i disturbi di personalità e dell'umore nell'adulto.

Questa complessa coesistenza di condizioni cliniche richiede interventi a loro volta complessi ed integrati, differenziati per singolo paziente e per la fase clinica in cui il paziente si trova.

Pazienti così vulnerabili necessitano di stabilire una intensa relazione interpersonale con figure di riferimento. Non dovrebbero essere esposti a lunghe attese di fronte ai Servizi e ai comportamenti problematici di altri pazienti. Dovrebbero assumere la terapia farmacologica sia per l'addiction che per il disturbo psichiatrico nello stesso ambito protetto o a domicilio, con un processo di case management unitario e multi-disciplinare.

Un breve periodo residenziale in ospedale o in Comunità Terapeutica può essere necessario per una iniziale fase di disassuefazione dalle sostanze non prescritte, per la verifica della risposta agli interventi psicofarmacologici e per la stabilizzazione psicosociale nel complesso.

Nel caso di nuclei famigliari di origine con risorse umane e relazionali sufficienti, la terapia familiare potrebbe essere associata alla terapia farmacologica, in particolare per affrontare la mancata regolazione emozionale connessa a traumi ed esperienze avverse nell'infanzia/adolescenza. Nella situazione non infrequente di indisponibilità o inadeguatezza della famiglia a coinvolgersi nel processo terapeutico, occorre offrire al paziente soluzioni abitative alternative, definendo in anticipo di quale grado di autonomia e di autogestione abitativa il paziente possa essere capace. Un appropriato numero di ore di tutela psicologica, educativa e sociale dovrà essere considerato necessario, con diversi livelli di socializzazione possibile (monolocale, piccolo gruppo appartamento, più ampie strutture semiresidenziali).

I controlli tossicologici delle urine saranno utili per un monitoraggio costante, per prevenire eventuali crisi comportamentali, con problemi per la sicurezza, nonché per evitare interferenze tra farmaci prescritti e sostanze psicoattive abusate.

Nel sostenere, attraverso l'attivazione del Budget di salute, l'inserimento di un paziente difficile con comorbidità psichiatrica nel tessuto umano della comunità locale, non si possono ~~può~~ ignorare le attitudini allo stigma, alla discriminazione, alla esclusione sociale, che insieme possono contribuire a forme di marginalizzazione, con auto-stigma e compromissione dell'auto-efficacia. In risposta a tali problematiche, il processo terapeutico sostenuto dal Budget di Salute deve comprendere forme possibili di integrazione sociale, quali l'affiliazione a organizzazioni di volontariato del privato sociale (servizio mensa, centralinista) o attività presso l'Ente Locale (aiuto-bibliotecario, impiegato per il verde pubblico) con forme di lavoro “protetto”, ma anche interventi di sostegno nella ricerca e nel mantenimento del lavoro sul libero mercato (IPS). Tutte queste attività sono volte a facilitare l'incontro, la rottura dell'isolamento, la valorizzazione delle risorse personali di fronte ai residenti e alla società civile in generale. L'ingaggio nella realtà territoriale potrebbe giungere a includere l'inserimento in società sportive dilettantistiche, con ruoli di rappresentanza simbolici.

Da non dimenticare in questi casi di notevole complessità le diverse forme di accompagnamento e mediazione con tutte le componenti del sistema sanitario, con particolare riferimento allo screening, al counseling per la prevenzione e il trattamento dell'HCV e dell'HIV, le cure odontoiatriche, la prevenzione delle malattie metaboliche, con i relativi aspetti nutrizionali.

3) Assistenza legale: alternative alla punizione e al carcere

Tra le specificità che caratterizzano il percorso clinico e socio-ambientale delle persone affette dai disturbi da uso di sostanze devono essere considerate in modo approfondito le sanzioni amministrative e il possibile incontro con il carcere. L'attitudine istituzionale ad azioni punitive nei confronti dei pazienti tossicodipendenti si ispira ad una interpretazione inappropriata delle Convenzioni Internazionali sui Narcotici e le Sostanze Psicotrope. In realtà, le Convenzioni non impongono agli Stati Membri di punire o incarcerare chi detiene sostanze controllate per l'uso personale. Addirittura, i trattati internazionali non considerano obbligatorio il carcere per coloro che commettono reati droga-correlati di "natura minore", senza rapporti con il crimine organizzato, senza azioni violente e senza coinvolgere minorenni. A causa di questa interpretazione incongrua, un gran numero di pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze che allo stesso tempo sono piccoli spacciatori affollano i nostri Istituti Penitenziari.

L'approccio suggerito dalle Convenzioni Internazionali e le più recenti scelte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (2016) promuovono con chiarezza il ricorso a misure alternative al carcere che includano trattamento per la dipendenza, tutela della salute e supporto sociale. La coesione sociale come alternativa alla coercizione e alla repressione dovrebbe dare origine a progetti terapeutici integrati in progetti di vita secondo il modello del Budget di Salute. Tali strategie sarebbero adottate per rispondere ai pazienti più vulnerabili e sofferenti, spesso portatori di dipendenze, disturbi mentali, infezioni da HIV o Epatite, insieme ad anni di privazione della libertà e segregazione sociale.

Una problematica di rilievo in questo scenario riguarda la tutela legale dei pazienti, normalmente non garantita in modo efficace dal semplice appoggio dall'avvocato d'ufficio. Un legale dedicato ai pazienti affetti da uso di sostanze, con competenze specifiche mirate a gestire in modo accorto i percorsi giudiziari, consentirebbe di cogliere meglio le opportunità in materia di misure alternative al carcere.

L'avvocato del Servizio Socio-sanitario servirebbe a coordinare gli interventi di cura con le istanze inerenti agli aspetti processuali previsti dalla legislazione. Lo stesso legale si farebbe carico dei rapporti con la magistratura facilitando interazioni positive tra il giudice e l'equipe terapeutica, in modo da non compromettere i risultati del percorso di recupero con l'applicazione meccanicistica delle sanzioni.

Tra le misure alternative al carcere di carattere non residenziale il progetto di recupero può includere l'affidamento in prova ai servizi sociali, con una variegata gamma di opportunità da costruire in modo integrato e differenziato: tra queste, le occasioni di tirocinio lavorativo presso cooperative o strutture municipali, le esperienze di volontariato nei confronti di soggetti svantaggiati, le iniziative di piccola imprenditoria (ristorazione) o di artigianato tradizionale, in associazione al supporto per la reintegrazione in famiglia o la ricostruzione delle reti sociali.

Di grande rilevanza, in particolare a breve termine dopo il rilascio dal carcere, un insieme di misure per la prevenzione dell'overdose. La prolungata mancanza di stimolazione recettoriale durante la carcerazione rende l'individuo più sensibile alle sostanze assunte senza prescrizione e aggrava il rischio di overdose proprio in questo periodo. Ad una situazione neurofarmacologica di maggiore vulnerabilità si aggiungono l'aggravarsi dei sintomi depressivi, la disforia associata alla disintegrazione sociale, la percezione della compromissione relazionale in famiglia o con il partner, il cumulo dei pregiudizi e dello stigma che grava sul tossicodipendente ex detenuto.

A questo proposito, si dovrebbero disegnare percorsi di accoglienza e tutela con il coinvolgimento delle unità di strada, tali da ridurre il rischio di morte e di suicidio in questa fase così delicata. Un significativo numero di ore per il supporto socio-educativo dovrebbe essere reso disponibile, insieme

con l'attivazione di interventi di prima necessità (misure igieniche, abbigliamento, temporanea opportunità abitativa) e adeguata terapia farmacologica per ridurre la sensibilità recettoriale ai farmaci d'abuso.

4) After-care management

I pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze hanno necessità di risposte protratte ad una condizione clinica per sua natura cronica e recidivante. La complessa interazione degli elementi di vulnerabilità neurobiologica con gli effetti farmacologici delle droghe e dell'alcol sulle funzioni del sistema nervoso centrale richiedono un monitoraggio costante degli outcome e una continua attività di prevenzione delle ricadute, anche dopo lunghi periodi di terapia intensiva e multidisciplinare.

Diverse evidenze della letteratura indicano che rimanere in contatto con il Servizio, anche in assenza di una completa astensione dai comportamenti additivi, comporta benefici significativi per quanto concerne il rischio di overdose, il rischio di infezione da HIV, nonché il rischio di commettere crimini.

A questo scopo, le relazioni con il paziente, seppur diradate, dovrebbero essere mantenute a lungo termine con la finalità di supportare la gestione delle problematiche relazionali, sociali, professionali e vocazionali che normalmente emergono nella fase di reinserimento.

Semplici contatti, interviste telefoniche, visite domiciliari, colloqui periodici presso il Servizio, incontri con i famigliari, test psicometrici e sulla qualità della vita potranno essere in vario modo attuati per accompagnare il paziente in questa fase successiva al trattamento intensivo definita after-care management. È in questa fase di coinvolgimento nel territorio con minore intensità della cura, maggiore autonomia, maggiore esposizione allo stigma e ad attitudini discriminatorie che il paziente rischia la ricaduta nell'uso di sostanze come conseguenza di mancato adattamento allo stress, ridotta capacità di tolleranza alla frustrazione e relazioni difficili con un ruolo trigger inconsapevole. Un lavoro socioeducativo sul paziente e sulla famiglia richiede un certo numero di ore dei professionisti dedicate alla gestione dello stress, non solo quello prodotto da situazioni problematiche, ma anche dal coinvolgimento in situazioni di responsabilità, esempio un nuovo ruolo lavorativo, la gravidanza della partner, i rapporti con i nuovi vicini di casa. Di grande importanza appare la collaborazione tra Servizio e ambiente di lavoro, in particolare il supporto del datore di lavoro o del supervisore. Similmente essenziale il lavoro con il partner finalizzato ad identificare pregiudizi, eccessive aspettative o sottili forme di co-dipendenza con il relativo rischio di aumento del craving.

Di grande utilità a questo proposito la partecipazione a gruppi di mutuo-autoaiuto, AA, NA, ALANON, CAT che, particolarmente nel primo periodo dopo la terapia intensiva, costituiranno un solido contenitore comportamentistico e una occasione di formazione per i famigliari. Il gruppo faciliterà anche il recupero di elementi della vita spirituale, l'ingaggio morale, la dimensione etica e i valori ispirati ad attitudini di reciprocità e oblatività che si erano affievoliti durante il tempo dell'addiction. I gruppi possono essere facilitati da ex-consumatori o strutturarsi in forma "enhanced" con la guida di un professionista dei Servizi Dipendenze. Proprio per la sua valenza non centrata solo sull'azione terapeutica professionale, il gruppo di auto-aiuto potrà costituire una risorsa essenziale da inserire nel Budget di Salute.

Ai pazienti con disturbi da uso di sostanze più difficili da integrare nel mondo del lavoro, in relazione a specifiche condizioni di vulnerabilità e problemi comportamentali, dovrebbero essere offerte opportunità di lavoro innovative capaci di indurre una spinta motivazionale intensa. In questo ambito, le attività inerenti la svolta ecologica, le energie rinnovabili, la riforestazione potrebbero fornire ispirazioni "alte" e forme di sublimazione alternative rispetto a occasioni di lavoro standard e usuali accettate passivamente.

5) Giovani

Negli ultimi anni la composizione dell'utenza giovanile nei Servizi per le Dipendenze si è modificata: l'accesso mostra un abbassamento dell'età media e i ragazzi, nella quasi totalità, sono accompagnati dai genitori o inviati da servizi (Servizi Sociali, Neuropsichiatria Infantile, Prefettura...). Il sospetto o la certezza di un consumo di sostanze sono in genere accompagnati da difficoltà scolastiche, sintomi di sofferenza psichica come manifestazioni depressive, panico o ansia, condotte autolesive, disturbi comportamentali.

Appare prioritario individuare e definire percorsi di accoglienza e di cura differenziati e flessibili destinati agli adolescenti che afferiscono al Servizio, a fronte della varietà di quadri clinici che possono presentarsi, dall'abuso di cannabis al poliabuso, all'uso di psicostimolanti, alla dipendenza da oppiacei, riconoscendo che la fase adolescenziale ha caratteristiche proprie e specifiche e che è necessario un "approccio complesso" che non tenga conto unicamente del sintomo ma anche delle problematiche evolutive caratteristiche della fase adolescenziale. L'approccio deve porre al centro il mondo interno e relazionale della persona adolescente, all'interno del quale leggere l'uso di sostanze.

Oltre alla necessità di una riorganizzazione dei servizi, appare indispensabile l'innovazione negli interventi, in particolare di prossimità, anche attraverso lo strumento del Budget di Salute, come sperimentazione di modalità alloggiative nuove (es. modelli alloggiativi presso/in prossimità, appoggiati a strutture per adulti/minori) e di semi-residenzialità, supporto socio-educativo territoriale, domiciliare, interventi motivazionali, interventi di mediazione e di supporto con le famiglie, attività di socializzazione e ricreative, partecipazione ad attività comunitarie associative, attività di gruppo di tipo espressivo o di apprendimento di life skills, tutoraggio personalizzato, scolastico, formativo, lavorativo, con sperimentazione di percorsi di stage/work experience.

Tra i giovani pazienti affetti da dipendenze, una elevata percentuale ha interrotto il corso di studi negli anni di esposizione alle sostanze psicoattive. In diversi casi la scarsa performance scolastica si era già manifestata prima del consumo di sostanze, mostrando le difficoltà motivazionali in relazione a varie condizioni di disagio psicologico e sociale.

A questo proposito, componenti cruciali nel progetto di vita sarebbero la ripresa e il completamento del corso di studi, anche attraverso interventi specifici quali IPS, non finalizzati soltanto all'acquisizione di qualifiche formali, ma a generare entusiasmo e passione per il sapere e la scienza, ancora una volta permettendo percorsi e relazioni a forte contenuto emozionale. In una condizione complementare con la ripresa della scuola o all'interno di associazioni culturali, di grande giovamento potrebbero essere le esperienze in campo artistico, teatrale e comunicativo, capaci di incrementare la consapevolezza di sé, prendere coscienza delle emozioni e della loro espressione, con un ricco insieme di risorse che alimenta l'identità e la libertà della persona.

Fondamentali sono gli interventi che coinvolgono le famiglie. Gli adolescenti e i genitori sono entrambi coinvolti nel processo di separazione-individuazione che i ragazzi devono affrontare e le famiglie costituiscono il primo contesto emotivo in cui tale processo avviene. Le dinamiche macrosociali rendono più complesse le interazioni tra genitori e figli; la famiglia continua a essere un forte punto di riferimento e pertanto diventa centrale il suo coinvolgimento nella definizione di un progetto terapeutico. L'eterogeneità e complessità delle famiglie richiede da parte dei servizi la disponibilità ad offrire spazi specifici e flessibili. Obiettivi delle attività sono quelli di ridurre in loro sensazioni di vergogna, impotenza; di riconoscere loro la centralità per l'esito del trattamento,

facilitare la comunicazione e la messa in atto di soluzioni più flessibili e facilitanti i momenti critici,

di proporre una riflessione congiunta per lo sviluppo di competenze e controllo sui figli facilitanti i naturali processi di separazione-individuazione. Per i soggetti adolescenti sapere che i propri genitori partecipano o sono coinvolti attivamente nel percorso di cambiamento è di per sé una condizione che promuove il cambiamento (Bleiberg, 2004)

Esperienze applicative regionali

L'Esperienza di Piacenza

In considerazione della recentissima costituzione della nostra U.O.C. (agosto u.s.) derivante dalla integrazione di due U.O.C distrettuali precedenti, gli interventi d'attivazione di BDS per pazienti con uso, abuso o dipendenza da uso di sostanze sono stati a tutt'oggi piuttosto sconsiderati e poco condivisi, in genere attuati su pazienti d'età avanzata con diagnosi di abuso di alcol in remissione, il target forse più accessibile alla collaborazione degli EE.LL.

Raccontiamo invece l'esperienza di un giovane profugo afgano, Zakir, che ci sembra più interessante e originale.

Il primo contatto con i Servizi del nostro territorio avviene nell'agosto 2015, quando la Polizia Stradale lo ferma mentre vaga sull'autostrada A1 nel territorio del Comune di Fiorenzuola d'Arda e procede con l'affidare il minore al Servizio Sociale Tutela Minori dello stesso Comune, che ne dispone in emergenza il collocamento presso una comunità di prima accoglienza sita in Piacenza.

Il ragazzino, allora dodicenne, racconta di essere fuggito dal paese d'origine a seguito di bombardamenti che ne hanno distrutto l'abitazione e di essere arrivato fino a Fiorenzuola attraverso una odissea spesa perlopiù nascondendosi all'interno di TIR di trasporto merci.

Dopo esser stato collocato a Trento in una casa-famiglia del circuito Papa Giovanni XXIII di Rimini, viene spostato in una comunità educativa a Pavia che lo dimette per episodi di conflittualità con altri ospiti.

Viene trasferito nel luglio 2020 a Parma in un'altra struttura educativa; a seguito di un iniziale utilizzo di cannabinoidi, il Servizio Sociale di Fiorenzuola, che ne ha ancora la potestà genitoriale, lo presenta al nostro Ser.Dp. e Zakir inizia colloqui con la psicologa.

Le criticità emerse dalla valutazione psicologica, unitamente a quelle ancora evidenti nella esperienza di comunità (difficoltà relazionali ed interpersonali, scarsa autonomia nella gestione delle proprie risorse e nella progettualità, difficoltà ad attenersi a regole di convivenza e norme sociali, vulnerabilità individuale nelle capacità di coping e nel tollerare gli stressors ambientali tale da portare a facile discontrollo comportamentale, evidente difficoltà nell'affidarsi e nel fidarsi quale meccanismo di difesa sostenuto da eventi di vita traumatici che alimentano interpretatività e persecutorietà, difficoltà nel mantenere l'astinenza completa dall'uso di cannabis quale autoterapia in presenza di stress) hanno definito da parte dei Servizi sul caso (DSM-DP e Servizio Sociale del Comune) l'esigenza di proseguire l'accompagnamento nella definizione del progetto di vita nonostante il raggiungimento della maggiore età, con un percorso volto alla maturazione ed assunzione di responsabilità, all'inserimento nel mondo del lavoro per il conseguimento di una propria autonomia al fine di evitarne la deriva relazionale e sociale.

Dopo una iniziale disponibilità della CT Casa sull'Albero di Parma a proseguire il percorso comunitario con una maggiore autonomia presso un appartamento di loro competenza, successivamente revocata a causa di problematiche logistiche della struttura stessa, è stato definito come opportuno inserire il paziente in un appartamento della CT Casa di Lodesana collocato in Parma al fine di sostenere la allora condizione di impiego lavorativo (occupato a tempo determinato tramite una agenzia interinale presso la fabbrica Tecnopali di Parma).

Venivano dunque interrogati i servizi sul caso con la definizione di un budget di salute, a far data dal maggio 2022, che prevedeva la compartecipazione della quota della struttura nelle seguenti parti:

- DSM-DP: 16,59 euro/die + 19 euro x 1 h di colloquio con counselor x (inizialmente) 4 volte a settimana.
- Comune di Fiorenzuola: 16,60 euro/die mentre
- Le spese personali del paziente venivano indicate come di competenza del paziente stesso.

Il ragazzo ha quindi beneficiato di un intervento di BDS che ha visti coinvolti quattro attori, lui stesso, il Comune di residenza, il Servizio Dipendenze e il circuito comunitario che ha messo a disposizione la casa. L'intervento di counseling è tra l'altro stato attuato da una operatrice della Casa dell'Albero, la CT in cui Zakir è stato ospite a lungo, per garantire un passaggio più integrato possibile tra le due diverse condizioni di vita.

L'Esperienza di Parma

L'esperienza nell'ambito della rete per le Dipendenze di Parma relativa alla progettazione con la metodologia del Budget di Salute (BdS), è nata da un proficuo confronto, iniziato una decina di anni fa e ancora in evoluzione, tra Servizi per le Dipendenze (SerDP) e le Comunità Terapeutiche (CT), a fronte della progressiva presa d'atto di un cambiamento radicale dell'utenza afferente ai Servizi.

Se per qualche decennio erano stati proposti percorsi riabilitativi di lunga durata ai soggetti eroinomani con l'obiettivo di una restitutio ad integrum, nel tempo l'utenza era notevolmente modificata: tra essa, soggetti con alle spalle lunghe storie di tossicomanie con quadri di cronicità e patologie fisiche, soggetti giovani poli-assuntori, pazienti con comorbidità psichiatriche di complessa gestione, utenti in percorsi giudiziari.

Proprio l'emergere di nuovi bisogni, tra cui quelli a valenza sociosanitaria, ha portato alcune comunità terapeutiche, in accordo con i Servizi che ponevano esigenze di innovazione, a modificare il percorsi di cura, differenziando l'offerta e sostituendo il paradigma da modello lineare CT-Reinserimento ad un modello reticolare multicentrico che comprende le CT come hub (momento di alta protezione ed intensità terapeutica) strettamente connesso ad un insieme di interventi residenziali a media protezione ed intensità terapeutica (appartamenti per residenzialità sociosanitaria) e interventi a bassa intensità (es. sostegno alla domiciliarità con BdS). Quindi un sistema ad alta integrazione e flessibilità con livelli diversi di protezione che ha al centro il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato elaborato e monitorato in stretta collaborazione tra SerDP e CT, avvalendosi di strumenti e strutture flessibili modulabili per intensità di cura con il coinvolgimento ove possibile di altri servizi dipartimentali, Servizi Sociali, Piani di Zona, Amministrazioni Comunali, Enti del Terzo Settore. Tale tipologia progettuale ha riguardato in particolare utenti in comorbidità psichiatrica con grave disabilità sociale. La modalità di lavoro utilizzata tiene conto della valutazione del funzionamento del

soggetto e della sua qualità di vita, attraverso la modulazione del livello di protezione e di autonomia e la condivisione degli obiettivi con il paziente e i suoi familiari.

Le aree di intervento sono costituite da casa/habitat sociale, formazione/lavoro, apprendimento/espressività, socialità/affettività, clinica/tossicologia e l'intensità progettuale può avere diversi livelli di intensità, alta media o bassa.

La co-gestione tra Servizio e CT è centrata sul sostegno del soggetto nel proprio contesto di vita, attraverso risposte specifiche sulla base dei bisogni ma anche mediante definite attività di empowerment utili a rinforzare le competenze psicosociali.

A nostro avviso la progettualità così articolata, flessibile e personalizzata corrisponde ad una pratica che attua alcuni principi della metodologia del BdS, ma che non appare ancora del tutto compiuta. Le esperienze e i progetti attuati fino ad ora hanno infatti evidenziato la necessità di migliorare l'applicazione della metodologia, in particolare relativamente ad una effettiva integrazione tra tutti i soggetti della rete, al ruolo dell'UVM come luogo di coprogettazione sociosanitaria e di corresponsabilità, ad un maggiore orientamento da parte dei SerDP alle risorse e competenze dell'utente, all'obiettivo dell'inclusione sociale e dei diritti di cittadinanza dei soggetti più fragili.

L'Esperienza di Reggio Emilia

L'esperienza di Reggio Emilia, nel percorso di implementazione della metodologia del Budget di salute nel sistema provinciale di cure per le dipendenze patologiche, è partita dalla consapevolezza che i bisogni degli utenti che oggi si rivolgono ai 6 SerDP della provincia, non possono, e non devono, per ovvie questioni di competenze e opportunità trovare tutte le risposte in un ambito sanitario.

Pertanto la scelta fatta ha privilegiato lo sviluppo di un confronto coi Servizi Sociali che ha coinvolto gli Enti Accreditati.

È stata data attenzione alla condivisione del percorso, predisponendo incontri coi referenti istituzionali dell'integrazione socio-sanitaria sia a livello provinciale che locale. Inoltre il tema è stato ampiamente discusso negli incontri della Commissione di Monitoraggio.

E' stato valutato che uno degli ambiti in cui sviluppare questo percorso potesse essere quello dei percorsi non accreditati, resi disponibili dagli Enti Accreditati, nello specifico ci riferiamo all'inserimento in appartamento di persone che, al termine della fase terapeutica, presentino ancora delle fragilità tali da rendere difficoltosa l'uscita dal percorso di cura per mancanza di una casa, di un lavoro stabile, di relazioni supportanti un percorso di autonomia o per uno stato di salute compromesso.

L'obiettivo per queste situazioni è l'attivazione di una UVM, a sei mesi dell'inizio del percorso, finalizzata ad una valutazione complessiva anche in merito alla possibilità di richiedere una compartecipazione economica al percorso da parte dell'utente, famiglia o Servizio Sociale. La compartecipazione prevista è del 15% della retta giornaliera di appartamento.

A supporto del percorso è stata inserita nel Piano Formativo 2023 una formazione che ha coinvolto gli attori del sistema di cure delle dipendenze (SerDP, Uffici di Piano distrettuali, Enti Accreditati, Unità di Strada e Servizi Bassa Soglia). L'obiettivo è stata la condivisione dei bisogni che le persone portano ai Servizi, per giungere ad una pianificazione condivisa delle risposte.

Un altro importante risultato dell'attivazione della Metodologia del Budget di Salute nella provincia di Reggio Emilia è stata la disponibilità di alcuni Enti Locali di accogliere, in appartamenti finalizzati ad esperienze di co-housing, anche utenti seguiti dal SerDP. Fondamentale, al fine di ottenere questo tipo di disponibilità, è stata la garanzia data dal Servizio per le dipendenze patologiche di restare disponibile ad intervenire prontamente rispetto ai casi inseriti, in particolare nella gestione della criticità relativa al tema delle ricadute, circostanza sempre possibile nel campo in cui operiamo.

L'Esperienza di Modena

L'esperienza di applicazione della metodologia del budget di salute nei percorsi dedicati alle persone con addiction in provincia di Modena è iniziata nel 2019.

Sono stati interessati prioritariamente:

- percorsi di housing first dedicato alle persone in provenienza dalla strada, su indicazione e valutazione dei team di cura misti (UdS e SerDP). I percorsi, profondamente personalizzati in sede di UVM, sono caratterizzati da un forte ingaggio della Comunità (EELL, Ente Gestore, operatori della domiciliarità, team di cura sanitari, peer Supporter, Distretti). Sono stati a questo scopo definiti dispositivi di coordinamento integrati ad hoc.

- percorsi di reinserimento in appartamento successivi ai percorsi residenziali-semiresidenziali terapeutici, pedagogici o specialistici (i cui tempi sono definiti dagli accordi in essere con EEAA); i percorsi negli appartamenti cosiddetti "di rientro" sono personalizzati e si compongono di un periodo sanitario (6 mesi), a cui fa seguito un periodo definito da un UVM, socio-sanitario con la possibilità di definire percorsi in budget di salute che riguardano i diversi ambiti di vita della persona nel suo processo di empowerment.

Gli strumenti utilizzati per la definizione dei percorsi in budget di salute sono:

- Il PTRI,
- L'Elenco Fornitori,
- Il percorso di formalizzazione e l'adozione degli Accordi tra il DSM/DP e gli EELL.

Nel 2021 sono stati attivati percorsi in budget di salute per 88 persone.

L'Esperienza di Ravenna (AUSL Romagna)

Premessa: La realtà delle dipendenze patologiche

Lo stigma, l'emarginazione sociale, l'allontanamento da qualsiasi attività lavorativa e le condizioni abitative precarie, rappresentano le maggiori problematiche che affliggono gli utenti con cui lavoriamo. Queste criticità sono spesso accompagnate a situazioni legate a dipendenza da sostanze stupefacenti, alcol e disturbi del comportamento come gioco d'azzardo. Il rischio di ricadute e la gestione del craving, non per ultimi, sono a chiudere una cornice sociosanitaria spesso con prospettive di recupero complesse e a volte compromesse.

Non vanno dimenticati gli utenti in doppia diagnosi: la loro percentuale è pericolosamente in aumento a causa di molteplici fattori.

Le progettualità sulla persona a lungo termine e le cronicità sociosanitarie, spesso sono intervallate da situazioni che si riacutizzano e che rendono difficile il loro stesso governo.

Nella cornice su descritta, il lavoro di integrazione sociosanitario diventa complesso. I professionisti spesso lavorano in maniera frammentaria non considerando una visione più olistica della progettualità che rimane legata a fini orientati ai singoli servizi. Si perde di vista l'oggetto di lavoro e gli obiettivi poiché la metodologia di lavoro non è condivisa.

Altro aspetto è quello economico, seppur importante a causa dei noti e rigidi vincoli da rispettare, non rappresenta i principi su cui si fonda il BdS.

Le risorse destinate dalla Regione alle dipendenze in tema di BdS rappresentano una boccata di ossigeno per i Servizi ma che di fatto, si trovano comunque a fronteggiare l'impovertimento costante delle persone assistite preoccupate anche della perdita del reddito di cittadinanza che potrebbe palesarsi.

L'esperienza in tema di BdS è stata portata avanti storicamente dagli operatori del Servizio Sociale coadiuvati tendenzialmente dagli educatori professionali del Centro di Salute Mentale.

Nella realtà ravennate, il singolo operatore che individua un paziente con uno o più criteri che potrebbero renderlo eleggibile alla metodologia del BdS, porta il caso in discussione con la propria équipe.

Successivamente il caso viene portato in PRE-UVM dove sono presenti le seguenti figure professionali:

- Operatore che ha la persona in carico e che rappresenta il Servizio inviante (medico o assistente sociale o educatore)
- Assistente sociale del Territorio
- Assistente sociale o medico del CSM se utente in doppia diagnosi

In questa sede lo scopo è quello di formalizzare un precoce progetto che possa contenere obiettivi condivisi e concreti.

Viene eseguita una provvisoria co-pianificazione da portare in sede di BdS.

I casi portati vengono vagliati dall'équipe che esegue una sorta di scrematura. Si valutano i criteri di eleggibilità e le criticità impellenti nonché le priorità sociosanitarie.

Lo step successivo è rappresentato dalla convocazione del BdS.

I componenti sono sempre i seguenti:

- Paziente e familiari
- Direttore di Distretto
- Direttore CSM
- Direttore Dipendenze Patologiche
- Direttore Servizio sociale Territoriale
- Assistente sociale CSM
- Assistente sociale territoriale referente del singolo caso

A cui si aggiungono eventualmente:

- Amministratore di sostegno
- Operatori delle associazioni di volontariato e cooperative

Gli incontri avvengono circa una volta al mese e in sede di BdS viene illustrato il PTRI da parte dell'operatore che ha in carico il paziente. Ad integrazione di quest'ultimo, viene presentata la documentazione sanitaria e una breve relazione anamnestica circa la storia del paziente al fine di inquadrare le motivazioni a sostegno del progetto BdS.

Il caso viene discusso:

Vengono identificate le risorse a disposizione. Co-progettazione dei risultati attesi e le tempistiche. Vengono sondate eventuali risorse integrative e viene stabilita la quota di compartecipazione di spesa tra i servizi coinvolti

Successivamente tutti gli stakeholders firmano il PARI – Progetto accordo riabilitativo integrato.

Le tempistiche legate alla revisione del progetto, cambiano da caso a caso.

Le criticità riscontrate sono:

- Tempistiche del progetto. Spesso ci sono continue proroghe con slittamento della fine del progetto
- Perdita di vista degli obiettivi e degli indicatori di esito. Manca una sorta di check-list che potrebbe aiutare gli operatori ad individuare precocemente gli scostamenti con quanto concordato inizialmente
- Confusione di ‘pensiero’. Spesso si confonde il BdS con la sede dove depositare criticità differenti. Gli operatori tendono a scaricare ansie e situazioni complesse che non riescono a risolvere autonomamente o all’interno del proprio servizio, cercando aiuto in altri servizi ma che non rientrano nei criteri del BdS
- Tendenza a gestire le criticità acute e non una progettualità più strutturata
- Controlli periodi poco frequenti

Conclusioni

Le criticità che riscontriamo sono legate al tema ‘dell’abitare’. Gli interventi psicoeducativi e sociali sono certamente utili a domicilio del paziente ma vanno considerate soprattutto le condizioni dell’utente, spesso inadeguate e difficilmente modificabili. Dal rispetto delle norme igienico sanitarie, alla cura di sé, fino alla prevenzione delle ricadute. Fondamentale risulta conoscere ed instaurare un rapporto di fiducia duraturo nel tempo con l’utente: spesso complicato a causa dell’elevato turn over dei professionisti e della precarietà della sfera psicosociale dell’utente. Il mero controllo e la verifica delle condizioni abitative, spesso non sono sufficienti e vengono mal tollerate.

La coabitazione in stile modello universitario va considerata seppur non adatta a tutta la tipologia di utenti.

Un altro aspetto da considerare legato al tossicodipendente è quello dell’utilizzo dei servizi a scopo strumentale: i problemi con la giustizia a causa di reati, l’indebitamento finanziario, le questioni legate alla gestione familiare e dei minori ecc., uniti alla scarsa compliance del paziente, rende difficile l’aderenza al progetto BdS.

Gli operatori deputati alla verifica degli esiti del percorso BdS, non sempre sono formalizzati e chiari. Implicitamente è l’operatore che compila il PTRI che ne occupa. Sarebbe utile la figura di un case manager piuttosto che di un referente. Questa figura andrebbe formata e costruita in modo da personalizzare il più possibile il percorso BdS sull’utente e di mantenere un monitoraggio costante e puntuale circa gli obiettivi prestabiliti e gli scostamenti attesi. Nonché fungere da facilitatore e di atteggiamenti di empowerment.

Nell’Ambito di Ravenna, il contingency management è stato sperimentato in passato con effetti molto positivo: a seguito di comportamenti più virtuosi sono state elargite alcune gratificazioni come abbonamenti a teatro, biglietti per concerti, libri ecc.

Il modello Housing First funziona discretamente sono nella realtà di Ravenna, più complicati sono i rapporti con i Comuni limitrofi e nelle aree a ridotta densità demografica.

Buono il rapporto con alcune cooperative sociali. Oltre a fare da garante con il privato per il pagamento della retta abitativa mensile, si occupano di reinserimenti lavorativi, tirocini sanitari e processi di inclusione sociale. Alcune iniziative sono molto utili, come ad esempio le attività formative che promuovono i corsi di recupero scolastici.

Il modello IPS per facilitare il reinserimento e il mantenimento lavorativo è presente con buoni risultati.

La pandemia ha fortemente ridotto la socialità e le attività delle associazioni: sono comunque presenti progetti come corso di vela e gruppo cammino. Purtroppo non sempre l'atteggiamento delle persone risulta assertivo ed inclusivo poiché permane lo stigma societario verso il tossicodipendente.

Altro aspetto da evidenziare è l'elevata fascia di età dei volontari, spesso ultra settantenni. Andrebbero implementate le politiche di sensibilizzazione rivolte ai giovani al fine di facilitare l'avvicinamento alle realtà più fragili.

Sui giovani la realtà ravennate ha sempre posto una particolare attenzione grazie all'ottimo rapporto tra i servizi sanitari, il Comune e le politiche giovanili. L'attività di prevenzione nelle scuole, nei luoghi di aggregazione e divertimento e per ultimo la creazione di uno spazio di ascolto dedicato agli adolescenti. Tutte realtà multidisciplinari orientate alla tutela di una fascia di età fragile con lo scopo di individuare precocemente dei disturbi legati all'uso di sostanze e/o disturbi di comportamento indirizzando i ragazzi verso i servizi più idonei

L'Esperienza di Imola

La prima esperienza di applicazione della metodologia del budget di salute nei percorsi dedicati alle persone con dipendenze patologiche nell'azienda USL di Imola è iniziata a Novembre 2014. Il primo percorso è stato impostato su una paziente affetta da "Schizofrenia Paranoide" con diagnosi di "Dipendenza da oppioidi". Il progetto riabilitativo individuale ha previsto una tipologia di intervento variabile, con un impegno educativo di 6 h/settimanali. Gli obiettivi e le aree di intervento riguardavano principalmente l'asse casa-domiciliarità (spesa, attività ludiche, preparazione pasti, gestione della casa, eccetera). Il progetto, durato per circa 2 anni, ha permesso una maggiore stabilizzazione del quadro clinico con astinenza da uso di sostanze e gradualmente sospensione della terapia sostitutiva, questo grazie anche ad un miglioramento significativo della relazione terapeutica con la paziente e il servizio. Dopo due anni, considerata la grave patologia psichica cronica di base, la sig.ra è stata inserita in una struttura residenziale di tipo psichiatrica.

Considerato il successo di questa prima esperienza, la metodologia del budget di salute nei pazienti con addiction è stata applicata negli ultimi anni anche ad altri 6 casi clinici. Di questi, quattro sono pazienti con doppia diagnosi, mentre altri due in carico solo al nostro servizio rispettivamente per dipendenza da alcol e dipendenza da sostanze (oppiacei, cocaina). Tutti i progetti sono ad alta intensità (impegno educativo settimanale di circa 6 h), con assi di intervento casa/domiciliarità e affettività/socializzazione e sono tutt'ora in corso. In tutti i casi doppia diagnosi, è stata raggiunta ad oggi la remissione del quadro clinico tossicologico. La paziente con diagnosi di dipendenza da alcol con conseguente grave cirrosi epatica e situazione sociale complessa seguita dai servizi sociali (due figli minori in affidamento), ha raggiunto da circa un anno un'astinenza da alcol che ha permesso la possibilità di iniziare un percorso di supporto alla genitorialità precedentemente non possibile per le frequenti ricadute. L'ultimo progetto attivato riguarda una paziente di 34 anni con una lunga storia di dipendenza da eroina/cocaina esordita all'età di 16 anni. Negli anni, la paziente ha intrapreso diversi percorsi di tipo residenziale, alcuni portati anche a termine successivamente ai quali ha sempre

presentato ricadute nell'uso di sostanze. La situazione sociale risulta ad oggi molto compromessa, con assenza di una rete sociale di supporto e di riferimento, assenza di un'abitazione e di un lavoro. L'intervento di budget di salute in questo caso, fa parte di un progetto territoriale più ampio e complesso che prevede la frequenza quotidiana in regime semi residenziale del Centro Diurno "Arcobaleno" e il coinvolgimento della figura dell'amministratore di sostegno che, in collaborazione con il nostro servizio, ha provveduto ad una soluzione temporanea abitativa. Per il momento gli assi d'intervento riguardano la domiciliarità e affettività/socialità con la prospettiva in futuro di un intervento anche di tipo formativo/lavorativo. Uno degli obiettivi dello strumento budget di salute, oltre al raggiungimento di una stabilizzazione del quadro clinico e di un miglioramento del funzionamento socio-lavorativo dei nostri pazienti, è anche quello di ridurre gli interventi di tipo residenziale necessari nella realtà delle dipendenze patologiche.

IL PERCORSO DI IMPLEMENTAZIONE A BOLOGNA

Nel 2012 la Regione Emilia-Romagna ha avviato la sperimentazione del modello "Budget di Salute" in alcuni DSM-DP. Nel dicembre 2013 anche il DSM-DP dell'AUSL di Bologna ha avviato l'applicazione del modello nei Centri di Salute Mentale e da settembre 2016 ha promosso l'avvio di tale modello, in forma sperimentale, a favore delle persone in cura nei Servizi per le Dipendenze.

Attraverso l'individuazione di un professionista per ogni servizio territoriale (nove) si è costituito un gruppo di lavoro multi professionale (aprile 2016) che si è concentrato nel corso di alcuni incontri su:

- ✓ Condivisione dell'approccio: progettazione personalizzata con Budget di Salute (BdS);
- ✓ Ricognizione su attività e servizi attivi nei SerDP nei diversi territori;
- ✓ Evidenza di criticità e bisogni emergenti;
- ✓ Elaborazione di Scheda di progetto personalizzato;
- ✓ Riflessione e chiarimenti sull'utilizzo dei fornitori attuali.

Successivamente sono stati invitati a partecipare al gruppo di lavoro gli Enti del Terzo Settore, che già avevano degli interventi/attività/servizi attivi con i SerDP, ai quali è stata chiesta la disponibilità a condividere una metodologia di collaborazione e cogestione di progettazione personalizzata che si andava ad affiancare agli interventi in comunità terapeutiche e a quelli territoriali già in essere nei SerDP. L'impegno dei SerDP e degli operatori di riferimento rimaneva quello di garantire per ogni utente una presa in carico multidisciplinare e un progetto personalizzato, scritto e verificabile periodicamente.

È iniziato un grande lavoro di riflessione e di condivisione di un linguaggio comune, è stato definito un PTRP e sono stati definiti criteri iniziali ai quali rivolgere gli interventi, nell'ottica di procedere con attenzione e in modo sistematico, individuando bisogni, problemi, obiettivi e conseguenti azioni, monitorandoli costantemente. Il progetto personalizzato doveva essere un vestito cucito su misura per le persone, un lavoro sartoriale che viene pensato, adattato e modellato sui bisogni, sulle caratteristiche, sui desideri delle persone in cura.

Il Tavolo Tecnico integrato pubblico – privato ha scelto di essere il primo passaggio per le proposte di nuove progettazioni a favore delle persone individuate nelle diverse equipe, viene effettuato nel

gruppo di lavoro il monitoraggio dei progetti personalizzati attivi e vengono sottoposte al gruppo eventuali ipotesi di nuove attività e collaborazioni.

La modalità di lavoro integrato e collaborativo non è cambiata quando gli Enti del Terzo Settore si sono costituiti in RTI ed hanno partecipato alla Gara Europea per la conclusione di un Accordo Quadro per la coprogettazione e la cogestione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP) con Budget di Salute, aggiudicandosi il Lotto 2 specifico per le Dipendenze Patologiche (dal 01.03.2020).

Sempre nell'anno 2020 è stata avviata la Formazione distrettuale su Budget di Salute e welfare di comunità, applicazione delle "Linee di indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM" in collaborazione con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi. Alla formazione hanno partecipato i servizi sanitari, i servizi sociali e gli Enti del Terzo Settore, con relazioni frontali e lavori di gruppo sui casi che hanno poi dato avvio alla sperimentazione di una progettualità integrata. Nell'anno successivo si è proseguito con la formazione e con la diffusione di nuove modalità della progettazione personalizzata con BdS, con la revisione della procedura per il SerDP con adeguamento dei criteri/parametri di gara e con l'adozione della scheda di progetto personalizzato definita con gli Enti Locali.

Il presente documento è frutto del Tavolo Tecnico congiunto e le parole chiave che costituiscono il cloud rappresentano l'esperienza fatta in questi anni, dove una collaborazione intensa, stretta e creativa ha facilitato l'espressione di un linguaggio comune, in riferimento alle specificità connesse alla tipologia di persone che si rivolgono ai servizi ed ai possibili percorsi di cura orientati ai principali determinanti di salute (abitare, affetti e socialità, formazione e lavoro), con la possibilità di mettere a disposizione delle persone in cura diverse opportunità, nel rispetto dei principi di uguaglianza e di equità.



Presupposti: il legame tra persona e servizio e la qualità della relazione terapeutica che intreccia la relazione di aiuto, con la disponibilità di un supporto concreto (farmaco, contributi, tirocinio), innesca un circolo virtuoso e di rinforzo reciproco (Leopoldo Grosso).

Apertura di canali di comunicazione esterni al servizio, "accreditamento" del servizio: possibilità di costruire percorsi condivisi di co-progettazione con tutti i referenti della comunità, pubblici e privati.

Valutazione di équipe del SerDP: il percorso trattamentale si inserisce all'interno di quello giuridico nei casi di misure alternative previste dalla Legge 309/90: il focus del SerDP è centrato sull'aspetto

terapeutico e socio riabilitativo e spesso riconducibile ad un lavoro motivazionale costante e ripetuto in tutto il percorso.

Circolarità, sensibilità e responsabilità professionale.

Obiettivi:

- Assistenziali di supporto per persone giovani anche con problemi di comorbilità psichiatrica (utilizzo di spazi di lavoro esterni alle sedi di servizio, accompagnamento ad attività socializzanti, condivisione di esperienze positive ed alternative alla sostanza)
- Assistenziali e di sostegno a persone non autosufficienti e affetti da patologie rilevanti e croniche fisiologiche anche temporaneamente in attesa che possano essere implementati interventi specifici da parte di altri servizi competenti
- Reinserimento e riconnessione con relazioni e contesti
- Continuità di trattamento (stabilità, riferimenti significativi, accoglienza e ascolto)
- Trattamento del craving (confronto e monitoraggio dei fattori di vulnerabilità)
- Prevenzione delle ricadute (presente e prevedibile, counseling rispetto all'effetto regolatore esterno di stati affettivi personali che le sostanze rappresentano, stimolare pratiche utili e incrementare la consapevolezza dei segnali premonitori)
- Cambiamento verso una nuova identità personale e sociale (riconnettersi con le proprie parti di sé, internamente ed esternamente)

Modalità di intervento:

- Processo di costruzione e cambiamento personale (assunzioni di nuove consapevolezze e rafforzamento delle competenze per affrontare nuove responsabilità)
- Lavoro di rete (accuratezza nella presentazione del caso, manutenzione delle relazioni)
- Accompagnamento
- Condivisione - trasparenza di lettura dei bisogni, del percorso e degli strumenti della rete
- Micro-progettazione che crea accessibilità all'obiettivo di cambiamento del rapporto con le sostanze.

L'attivazione di progetti di BdS su percorsi individuali caratterizzati da **condizioni di uso problematico di sostanze e forte emarginazione sociale** pongono importanti quesiti e riflessioni circa la caratterizzazione dello strumento BdS, la specificità che contraddistingue persone che afferiscono generalmente a servizi di bassa soglia e le strategie necessarie per adattare le risorse al percorso.

Le caratteristiche delle persone con cui siamo abituati a lavorare si contraddistinguono spesso per avere adottato o interiorizzato uno stile di vita “di strada”, nel senso ampio del termine: persone senza dimora, fuori dal mercato del lavoro (o lavoro stabile), dipendenza attiva o in terapia farmacologica di controllo, relazioni quasi esclusivamente all'interno dei circuiti dei servizi e legati ad una condivisione del consumo o della condizione, scarse relazioni con la famiglia di origine, alle volte concomitante patologia psichiatrica.

- **Atteggiamento assistenziale vs empowerment:**

spesso assistiamo a una percezione dei beneficiari di perdita di controllo sulla propria vita. Si delegano ad altri sia la soddisfazione dei propri bisogni, sia le responsabilità delle proprie decisioni. Gli eventi traumatici vengono invece interiorizzati in termini di colpa personale.

La relazione con le persone si muove sempre in questo sottofondo, in cui si accompagnano ad effettuare le proprie scelte e ad esprimere i propri bisogni, mettendo in conto anche la possibilità di dover lavorare sull'accompagnamento all'errore o al vivere una condizione altalenante rispetto alla percezione del proprio benessere.

- **Obiettivi minimi a lungo termine/difficoltà a vedere la fine:**

i tempi legati ai percorsi di questo tipo sono molto lunghi. Risulta necessario avere la possibilità di mettere in conto la diluizione dei ritmi e dei tempi, I percorsi spesso vengono interrotti o ostacolati da fattori esterni (atti giudiziari, esecutivi di pena, cartelle esattoriali, produzione di documenti); e da fattori più legati alla condizione o al comportamento della persona (uso problematico di sostanze, ricadute, gestione del craving, condizioni abitative precarie).

E' necessario lavorare in maniera curata sulle aspettative poiché potrebbe essere frustrante e dannoso, per il beneficiario e per i servizi, lavorare su obiettivi troppo alti e difficilmente raggiungibili.

Risulta invece utile e proficuo concentrarsi sul livello di benessere percepito dalla persona e individuare livelli di obiettivi che possano migliorare la percezione di sé e la propria condizione.

- **Lo sviluppo della parte legata alla socialità** è un punto molto importante per lavorare su tutti gli assi del BdS.

Nelle persone gravitanti nell'area della Grave Emarginazione Adulta si nota una disaffiliazione rispetto alla società e alla comunità che li circonda e che non abitano.

Il potenziamento della sfera delle relazioni informali e l'inserimento della persona in circuiti non legati ai servizi sociali o specialistici diventa un fattore trasversale a tutti gli obiettivi, per cui l'attivazione si gioca sulla percezione che la persona ha di se stesso, la sua capacità di stare o meno in contesti diversi dalla "strada" e il desiderio di instaurare relazioni non strumentali o legate al consumo.

- **Doppia diagnosi:**

talvolta la complessità della persona si manifesta in modo importante su entrambe le fragilità, dipendenze con e senza sostanze e patologia psichiatrica.

Il lavoro di integrazione socio-sanitaria diventa più complesso, alle volte rendendo meno fluida la comunicazione tra servizi e complesso l'allineamento circa gli obiettivi.

In questa cornice si rischia che la persona si senta smarrita, spezzettata, nei confronti dei punti di riferimento. Con questo target è importante uno sguardo e un approccio capacitante, spostando l'azione educativa sulle competenze e sulle risorse ma sempre nella consapevolezza dei limiti.

Uno degli obiettivi trasversali del Budget di Salute è quello del **diritto alla cittadinanza**. Il diritto alla cittadinanza lo possiamo leggere con due lenti: una è quella del diritto a far parte della comunità, l'altra è quella rispetto all'accesso dei servizi e dei diritti.

- **La Comunità:**

il budget di salute lavora con la persona e con tutta la sua rete, sia formale, che informale. Ci si concentra sul benessere della persona e le risorse che essa ha, compresa la rete di supporto che può essere composta da familiari, amici e associazioni che interagiscono con il beneficiario.

Spesso si osserva una difficoltà dei beneficiari ad abitare i luoghi della comunità e frequentemente questa dinamica si instaura da un lato per lo stigma del quale sono investite le persone con dipendenze patologiche, dall'altro per una difficoltà relazionale che le persone stesse hanno nell'interagire. Altro fattore che si lega allo stigma è quello del non sentirsi all'altezza di poter abitare la comunità.

Gli operatori spesso si trovano di fronte a situazioni di forte solitudine e difficoltà a uscire dall'impasse dell'isolamento. Il lavoro che spesso ci si trova a fare è quello di empowerment della persona: l'elaborazione che tutte e tutti sono adeguati per abitare la società e i suoi luoghi formali e informali. Spesso collateralmente però ci si ritrova anche a lavorare insieme alla comunità per cambiare la percezione comune della diversità e che ogni individuo è portatore di risorse che possono essere destinate alla collettività.

- **Accesso ai servizi e diritti:**

altro discorso invece è quello relativo all'accesso ai servizi che spesso diventa difficoltoso a causa delle soglie alte d'accesso. Spesso le persone con dipendenze patologiche hanno difficoltà ad accedere ai servizi pubblici in quanto richiedono di stare dentro a un'organizzazione molto rigida relativa alle pratiche e tempistiche. Gli operatori del terzo settore spesso ricoprono il ruolo di facilitatori rispetto all'accesso dei beneficiari ai contesti più istituzionali. Spesso l'operatore accompagna il beneficiario nei contesti più istituzionali in un'ottica di orientamento rispetto al territorio e di supporto rispetto alla comprensione e lettura dei vari servizi. Gli accompagnamenti vengono fatti con un approccio che favorisca la costruzione di autonomia rispetto al proprio accesso dei luoghi formali del territorio.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una digitalizzazione molto repentina: questo ha portato ad un innalzamento della soglia d'accesso di molte pratiche quotidiane che prima venivano gestite in presenza. Molti beneficiari si sono trovati senza strumenti adeguati (devices, accesso alla rete internet, alfabetizzazione digitale) per poter affrontare delle pratiche essenziali.

Gli operatori si ritrovano a lavorare molto per cercare di abbattere queste barriere che fanno sentire il beneficiario escluso rispetto al funzionamento del sistema della società. Si lavora molto sull'acquisizione delle competenze per poter affrontare il mondo digitale e per poter accedere a tutti i servizi fondamentali.

Rispetto alla **prevenzione delle ricadute e alle opportunità di reinserimento sociale**, ci preme sottolineare l'importanza di:

- **RIAPPROPRIARSI DEL TERRITORIO:** avere modo di reimparare a vivere nel proprio contesto, di integrarsi e riprendere i contatti con il proprio ambiente attraverso un facilitatore (professionista), servirsi delle opportunità del territorio, dei servizi sociali e sanitari, dei luoghi per il tempo libero;
- contemporaneamente “**ANDARE INCONTRO ALLE PERSONE NEI PROPRI CONTESTI DI VITA**” per cercare di migliorarli, imparare nuovamente ad occuparsene;
- condividere una progettazione personalizzata per riprendersi la “**RESPONSABILITA’ DEL PROPRIO PERCORSO DI CURA**”: concorrere alla stesura di un progetto che mi riguarda.

L’**assistenza legale** nei progetti personalizzati con BdS per le persone seguite dai SerDP è tema di grande rilievo. Nel corso dell’esperienza si è constatato come i bisogni sul tema della legalità siano frequenti in persone con una dipendenza.

Nel corso di questa esperienza abbiamo constatato la necessità di attivare percorsi di affiancamento e accompagnamento in quelle persone che mostravano un approccio difficoltoso a queste tematiche. Gli interventi messi in campo spesso sono stati caratterizzati da azioni a tutela della persona con:

- **Interventi di affiancamento:** le persone sono state sostenute nel comprendere la loro condizione e a porsi in maniera proattiva nei confronti della loro situazione legale. Questo ha fatto sì che avvenisse un mutamento della loro visione rispetto al mondo della legalità. Durante il percorso la persona è stata sostenuta nel corso di incontri con avvocati o nei processi che li riguardava per meglio affrontare la propria situazione.
- **Rieducazione ai corretti stili di vita:** la presenza di operatori nel quotidiano, per molte persone ha significato rimettere in discussione alcune scelte sul proprio stile di vita spesso in contrasto con un mantenimento della propria condizione legale corretta. Alcuni esempi li troviamo nell’inadempimento nei pagamenti, nelle frequenti multe, nel reperimento di denaro illecito, etc.
- **Indebitamento e sovraindebitamento:** in alcuni casi le persone si trovano in una condizione di difficoltà rispetto al denaro, questo porta ad indebitarsi o in alcuni a sovraindebitarsi. Nell’esperienza di BdS si è realizzato un percorso di rieducazione all’uso del denaro partendo proprio dalla condizione di indebitamento. Ad esempio in casi di persone affette da disturbi da gioco d’azzardo patologico si è accompagnata la persona ad accedere alla legge 155/2017 per la ristrutturazione del debito.

Osservando il risultato di quanto messo in campo abbiamo maturato l’esigenza di un intervento maggiormente strutturato sull’aspetto legale con competenze specifiche nei confronti di persone con una dipendenza. La figura di avvocati specializzati, in rete con i servizi dedicati alla cura, permetterebbe di attuare delle azioni mirate e attente ai bisogni di queste persone favorendo una maggiore appropriatezza alla progettazione personalizzata.

Sul tema dell’**after-care management** e sull’importanza di mantenere attiva la relazione con la persona, seppur con incontri diradati nel tempo, riteniamo necessarie le seguenti azioni:

- **STABILITA’/CRONICITA’ (SUPPORTO ALLA):** mantenimento di situazioni anche di grave compromissione nella loro migliore condizione possibile attraverso l’amplificazione dell’intensità di intervento che con il progetto in BdS diventa maggiore rispetto a quella che

potrebbe garantire un servizio. Consente una declinazione dell'intervento anche sulla quotidianità;

- **MEDIAZIONE TRA LA PATOLOGIA CRONICA E QUANTO RICHIESTO DALLA SOCIETA'/RIDURRE LA DISTANZA TRA IL BISOGNO DI CURA DELLE PERSONE E L'ISTITUZIONE:** oltre ai già citati rapporti con i servizi di territorio e di cura, in questo periodo storico le conoscenze tecnologiche sono necessarie per poter usufruire delle diverse opportunità (attivazione e utilizzo dello SPID per poter usufruire di bonus, accedere al sito INPS, al Fascicolo Sanitario Elettronico, richiedere il Reddito di Cittadinanza, ecc...).

Nella nostra esperienza di gestione di progetti personalizzati con BdS, quelli finalizzati al sostegno di **giovani** in cura presso i SerDP non sono stati molti ma quelli svolti hanno comunque permesso di individuare bisogni e riflessioni.

Alcune considerazioni:

- Lo strumento del BdS è indubbiamente adatto e utile per lavorare con persone giovani e andrebbe incentivato il loro utilizzo per raggiungere un numero maggiore di giovani in carico ai SerDP;
- I consumi delle persone giovani sono iniziati anni prima del loro accedere ai Servizi di cura per le dipendenze patologiche, spesso da minorenni.

Questo elemento crediamo vada tenuto in forte considerazione per il vissuto con cui arrivano ai servizi: conflitti già molto forti con il contesto familiare; esperienze ad alto rischio per la loro salute; ricerca di un'appartenenza in gruppi in cui sentirsi accettati che quasi sempre coincidono con contesti di consumi e abusi; rischi di compromissioni legali; interruzione di alcuni, se non molti, aspetti legati alle tappe della crescita verso l'età adulta; riduzione delle relazioni con pari e/o adulti in contesti positivi; rischio di aver subito violenze o essersi trovati a vivere in condizioni difficili con vissuti di paure, abbandono, solitudine;

- Centralità dell'età, sia quella di accesso al SerDP che quella di inizio di utilizzo;
- Forte rilevanza dell'identità con cui si presentano: questo elemento lo pensiamo sia rispetto alla costruzione identitaria raggiunta al momento dell'accesso ai SerDP che alla sua modificabilità. Tra i vari aspetti citiamo l'appartenenza di genere e l'identità sessuale che dichiarano; il legame con l'ambiente culturale cui sentono di appartenere; l'immaginario sul mondo delle sostanze e dei consumi e il grado di identità fondato su tale immaginario; le caratteristiche spinte adolescenziali che possono essersi fermate e quindi essere ancora molto presenti anche in età di giovani adulti (es. partecipazione, indipendenza, sicurezza, autostima e significatività, sperimentazione, adrenalina, desiderio di estremo, contenimento-guida, appartenenza al gruppo dei pari);
- Necessità di utilizzare strumenti comunicativi utilizzati da loro (social, chat, smartphone come spazio della relazione). Questo per permettere di stare vicini nelle modalità a loro più usuali, per accedere alle loro identità online che sono parte integrante della rappresentazione sociale che vogliono mostrare, per ridurre alcune fatiche spesso presenti in età giovane nel confronto diretto lasciando aperto lo spazio di una loro espressione anche emotiva mediata;
- Necessità di lavorare con le famiglie di riferimento, sia con spazi dedicati ai genitori e eventuali fratelli e/o sorelle che in spazi congiunti genitori e figlio/figlia. Potrebbe essere utile prevedere anche gruppi di genitori con figli in carico ai SerDP per costruire momenti di

condivisione e rinforzo reciproco condotti da professionisti del servizio pubblico e del privato sociale.

Problematiche e bisogni rilevati:

- Comorbilità psichiatrica, spesso traducibile in esordi psicotici
- Poli-assunzione: frequentissimi sono cannabis e alcol, ma anche oppiacei e sostanze psicoattive
- Relazione causa/effetto tra assunzione e disturbo
- Ritiro/abbandono scolastico
- Autolesionismo
- Forte esposizione a situazioni di violenza
- Resistenza nel pensare a un cambiamento
- Difficoltà della famiglia nella gestione della problematica
- Difficoltà della persona giovane nel rapporto con la famiglia
- Bisogno di accompagnamento e contenimento
- Bisogno di indicazioni e sostegno su aspetti del quotidiano: salute, alloggio, mantenimento degli impegni con il Servizio, mediazione con il Servizio
- Bisogno di mettere alla prova con fughe e ritorni al Servizio per il tempo loro necessario per capire che è una risorsa disponibile, di cui possono fidarsi e che è in grado di accettarli per quello che sono in quel momento

Possibili azioni:

- Coordinamento tra servizio pubblico e terzo settore - si sviluppa attraverso un costante raccordo tra operatore di riferimento del SerDP e realtà del terzo settore (referente del progetto personalizzato con BdS); raccordo tra più realtà del terzo settore che partecipano alla progettualità (la collaborazione tra le diverse realtà del Terzo Settore permette di utilizzare le specifiche competenze di ciascuna)
- Interventi di prossimità - si articolano in base al singolo progetto attivando le azioni necessarie. Nei casi di ritiro sociale, interventi domiciliari e di accompagnamento/ritorno a casa; nei casi di fatica a mantenere gli impegni sono stati attivati gli accompagnamenti per sostenere il loro mantenimento garantendo un tempo prima e dopo l'impegno in cui accogliere le resistenze e i dubbi o i timori e per fare attività piacevoli; gli accompagnamenti sono presenti anche rispetto alla dimensione della salute e della cura di sé, dell'esplorazione di possibili attività che potrebbero piacere e interessare, della facilitazione a sperimentare e/o mantenere la frequentazione di corsi o attività di formazione, lavoro o tirocinio formativo, accompagnamento nella gravidanza e maternità.

Possono riguardare l'esplorazione dei territori di vita per aumentare nell'operatore o operatrice di riferimento la conoscenza dei mondi e delle realtà di riferimento del soggetto

- Attività creative e manuali inserite in un contesto laboratoriale.
- Approccio individualizzato che in contesti laboratoriali può accompagnare verso l'inserimento in un piccolo gruppo

- Attività *nature-based* - L'utilizzo dell'ambiente come strumento educativo con uscite di singole giornate (trekking, arrampicata, speleologia) o di cammini di durata variabile
- Affiancamento di giovani tutor
- Laboratori di attività differenti - ambiente studiato con postazioni individuali che permettono intimità, ma al contempo con la possibilità di socializzare con coetanei. Diversificazione delle proposte e delle attività: da strumentazioni tecnologiche, come la stampante 3D ad attività legate al fare, quindi con differenti tecniche in base ai desideri e attitudini delle persone.
- Accompagnamento nello studio, contatto con le scuole per riconoscere la frequenza come credito formativo, sostegno nel portare a termine percorsi formativi (diploma di secondaria di secondo grado, corsi per OOSS, iscrizione all'università...)

Rispetto agli interventi rivolti ai giovani, una importante e specifica opportunità per target specifico (fascia di età 17-27 anni) è stata offerta dal progetto Fare#Tag. Poter avere a disposizione un luogo facilitatore connotato al FARE, con l'allestimento di un luogo predisposto alla socialità, di facile accesso e agevolmente raggiungibile, all'interno del quale offrire esperienze di artigianato e informatiche di alto livello, con artigiani competenti e attrezzature all'avanguardia (strumenti informatici e stampante 3D), un luogo non connotato e non stigmatizzante che ha consentito di poter progettare percorsi personalizzati finalizzati a restituire ai giovani competenze e autoefficacia personale.

Decidere infatti cosa si vuole creare e come, essere protagonisti del processo creativo e produttivo può offrire inedite esperienze emotive, opportunamente mediate dagli operatori coinvolti.

Per i ragazzi coinvolti ha rappresentato un percorso di accompagnamento con persone non stigmatizzanti, in un luogo non connotato, capace di accogliere e gestire le frustrazioni o di indirizzare i successi, oltre ad aver rappresentato un momento di rottura dell'isolamento relazionale, emersione di istanze individuali nel confronto relazionale con adulti autorevoli.

Nella costruzione di un percorso di cura condiviso si dovrebbe tenere conto delle **specificità di genere e delle identità sessuali**.

Femminile - le donne che hanno consumi di sostanze e sviluppano dipendenza sono meno degli uomini; hanno un più difficile accesso ai servizi di cura e rischiano più frequentemente il ritorno al consumo di sostanze; hanno rischi fisiologici e psicologici differenti dai maschi. Rispetto alla fascia giovane, questa differenza di numeri nei consumi si riduce.

Tra le problematiche specifiche di genere vanno considerate:

- Lo stigma sociale
- L'autostigma
- Il minor accesso a sostegni sociali e relazionali
- La minore disponibilità economica
- Il frequente rischio di partner con dipendenze
- Vissuti di violenza fisica e psicologica
- Sfruttamento sessuale da parte del partner o di altre persone

- Eventuale presenza di figli/figlie o di figli/figlie allontanati e/o di gravidanze
- Maggiore presenza di sindromi post-traumatiche da stress
- Maggiore presenza di stati ansiosi o depressivi

È più frequente che le donne abbiano più “identità sociali” con cui convivere quindi è importante un approccio intersezionale in grado di accoglierle tutte per definire un progetto che affronti l’intero spettro di vita della persona e poter quindi comprendere completamente la sua identità. Provenienza, livello economico, (dis)abilità, identità sessuale, lavoro sessuale e/o di altro tipo; genitorialità, sono alcune dimensioni che si incrociano e convivono e che portano con sé bisogni e conflitti o fatiche che se non considerate nel loro intreccio incidono sulla riuscita/efficacia del progetto di cura.

Identità sessuale - nella costruzione di un percorso di cura condiviso e centrato sulla persona, le sue specificità e i suoi bisogni particolari, non si può non tenere conto della storia e dell’evoluzione personale del suo percorso di vita. Un ruolo centrale in questo percorso lo svolge sicuramente l’identità sessuale, che descrive la dimensione individuale e soggettiva del percepirsi sessuati ed è l’esito dell’interazione complessa tra aspetti bio-psico-socio-culturali. L’identità sessuale in letteratura è descritta come un costrutto multidimensionale, in cui si distinguono quattro componenti: sesso, identità di genere, ruolo ed espressione di genere, orientamento sessuale.

I dati di letteratura scientifica evidenziano come l’appartenenza a una cosiddetta “minoranza sessuale” possa rappresentare un fattore che determina disuguaglianze di salute e un maggiore rischio di incorrere in problematiche psico-fisiche rispetto alla popolazione generale, compreso l’abuso e la dipendenza da sostanze. Secondo la teoria del minority stress non è l’appartenenza a una minoranza a essere di per sé un fattore di rischio, ma è il contesto in cui la propria identità “minoritaria” viene vissuta, che può non consentire alla persona di affrontare la quotidianità con le stesse condizioni di partenza della popolazione generale (pregiudizio, discriminazione, stigma, omotransfobia). Il minority stress è una particolare forma cronica di stress psicologico a cui sono costantemente sottoposte le persone appartenenti a gruppi “minoritari”, derivante dalla stigmatizzazione sociale che colpisce il proprio gruppo di appartenenza. Le tre dimensioni caratteristiche del minority stress sono: esperienze vissute di discriminazione e violenza, stigma percepito, stigma interiorizzato.

Nell’ottica di un intervento di cura efficace (gestione del craving e prevenzione delle ricadute) sarebbe importante tenere conto dell’effetto che può avere sulla persona l’esposizione significativamente maggiore a fattori di stress legati all’appartenenza a una “minoranza sessuale”. Tenere conto di questi specifici fattori di stress potrebbe agevolare la gestione dei percorsi di cura, migliorandone l’efficacia.

Il presente documento è stato redatto in forma congiunta dai referenti del Budget di Salute dei Servizi per le Dipendenze Patologiche del DSM-DP dell’AUSL di Bologna e dagli Enti del Terzo Settore costituiti in RTI rappresentati da Cooperativa C.S.A.P.S.A. Cooperativa Sociale (mandataria), Sol.Co Insieme Bologna Consorzio fra Cooperative Sociali per le consorziate esecutrici Solco Libertas Cooperativa Sociale, Cooperativa Sociale Dai Crocicchi, Cadiati Cooperativa Sociale, Piazza Grande Società Cooperativa Sociale, La Carovana Società Cooperativa, Eta Beta Cooperativa Sociale onlus, Pictor Società Cooperativa Sociale Impresa Sociale.

PERCORSO BUDGET SALUTE SERD: PROGETTO INTER-AZIENDALE 2019

Equipe Territoriale Integrata– Adulti (ETI-A)

Normativa di riferimento:

- DGR 1554/2015 “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute”
- DGR 313/2009 “Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011

Obiettivo regionale è quello di favorire progetti di cura personalizzati, basati sulla valutazione multidisciplinare dei bisogni specifici di salute e di reinserimento sociale. In particolare il Budget di Salute è indicato come progetto integrato socio-sanitario di assistenza territoriale per utenti affetti da disturbo mentale grave.

Le linee di indirizzo regionali individuano l'UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale) come il filtro preposto a valutare i progetti Budget di Salute.

Dopo numerosi incontri fra gli operatori del DAISM-DP, la DASS e i servizi sociali territoriali, per il territorio ferrarese si propone il seguente modello organizzativo, finalizzato non solo alla gestione dei progetti budget di salute, ma alla valorizzazione dei percorsi di collaborazione già attivati e alla formalizzazione di tutti i momenti di coprogettazione fra salute mentale, servizi sociali e servizi socio sanitari.

Equipe Territoriale Integrata– Adulti (ETI-A) si definisce come:

Strumento operativo per la definizione dei progetti integrati e di Progetti territoriali in budget di salute per le persone adulte, con problematiche multiple, afferenti ai servizi che ha la funzione dell'UVM prevista dalla normativa (DGR 1554/2015):

- SANITARI (Ausl - DAISMDP)
- SOCIO-SANITARI (Ausl – DCP)
- SOCIALI (SST – Comuni/ASP)

Target di popolazione

Persone con patologia psichiatrica o in comorbilità che necessitano di valutazione e progettazione integrata con i servizi sociali e/o socio-sanitari, famiglia, terzo settore finalizzate al mantenimento ed al miglioramento della salute, del benessere e dell'inclusione sociale.

Dimensione territoriale

L'organizzazione è di norma DISTRETTUALE, ma il caso viene lavorato nella sede dove è depositata la cartella.

- **Centro-Nord:** Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Unione Terre Fiumi, Iolanda di Savoia.

Verranno inclusi anche i casi provenienti dai territori di Poggio Renatico e Vigarano M.

- **Sud Est:** area Codigoro e area Argenta

- **Ovest:** Cento, Bondeno, Terre del Reno.

Per coerenza con l'organizzazione del DAISM-DP Poggio Renatico e Vigarano Mainarda vengono inclusi nell'equipe del CN.

Organizzazione

Verranno valorizzati e rispettati i modelli organizzativi locali già consolidati, che funzioneranno anche come UVM e che, in tale veste, quindi avranno lo stesso nome e le stesse funzioni, questo consentirà di razionalizzare i tempi di lavoro e non moltiplicare inutilmente i gruppi di lavoro:

- **Copparo** estensione competenze dell'equipe "casi complessi" della Casa della Salute
- **Ferrara:** armonizzare con esperienze di integrazione già attivate e collaudate (ASP/DSM + DCP/DSM)
- **Sud Est:** tavolo sociale
- **Ovest:** integrazione con le attività già in corso per ETI adulti.

Nucleo "base" (primo livello)

Composizione

Composizione stabile:

- Assistente Sociale referente dei SST
- Assistente Sociale referente DAISMDP
- Segreteria del Budget di Salute

Funzioni

Garantisce la massima appropriatezza nella **selezione tecnica**, provvede alla raccolta ed al filtro dei casi nel tempo che intercorre tra gli incontri di co-progettazione.

Strumenti

Gli STRUMENTI da utilizzare per l'orientamento e la valutazione sono l'HoNOS (DSM), integrato da SIS completa.

Nucleo “Variabile” (secondo livello)

Composizione

Il nucleo è “variabile” perché di volta in volta i professionisti vengono individuati in relazione alla casistica e alla tipologia dei progetti proposti:

- Psichiatra DAISMDP
- Specialista UVM- DCP (Geriatrics o Disabilità)
- Altri professionisti DAISMDP/DCP (infermiere UVG/ADI, educatore o AS DSM/UVG, psicologo/MMG) professionisti SST

Funzioni

- Provvede alla co-progettazione, individuando le risorse umane ed economiche e definendo tempistica e risultati attesi
- Provvede all'individuazione delle possibili risorse integrative (umane/economiche), svolgendo funzione di UVM BDS, la cui analisi di compatibilità sarà rinviata ai rispettivi servizi
- Progettazione integrata (definizione del progetto quadro con definizione degli obiettivi, interventi/trattamenti, soggetti responsabili degli interventi/trattamenti) Definizione degli ESITI attesi e loro monitoraggio

Viene previsto supporto amministrativo ed informatico per garantire la rendicontazione.

L'UVM di secondo livello provvede inoltre alla gestione dei casi dove è necessario definire percorsi di continuità assistenziale con particolare riferimento al “passaggio” e alla cogestione in caso di comorbidità: minori/adulti, adulti/anziani, adulti DCP/adulti DSM.

Inoltre provvede alla valutazione dei progetti residenziali già avviati, con particolare riferimento ai pazienti:

- Ad alto rischio di espulsione per la gravità del caso sotto il profilo comportamentale
- Che necessitano di ricollocazione
- Che necessitano di inserimento (temporaneo o definitivo) per i quali è possibile progettare una dimissione

Nella fase di sperimentazione studio/analisi sarà necessario provvedere all'individuazione dei criteri di suddivisione della spesa, dei requisiti per la residenzialità (secondo tre parametri: livelli di disabilità, intensità di supporto, livello motivazionale del paziente e della VOCAZIONE

specifica/prevalente delle residenze: analisi della tipologia di casi rispetto alla vocazione delle residenze

Coordinamento dei nuclei di secondo livello

Coordinamento a cura del DAISMDP (**ass. sociale**) che si coordina con SST per:

- individuazione della casistica su cui sviluppare la co-progettazione ETI-A,
- raccolta/condivisione della documentazione relativa ai casi,
- individuazione dei professionisti che parteciperanno alla seduta ETI-A,
- organizzazione degli incontri ETI-A, avendo cura di programmare l'attività ottimizzando la tempistica in funzione della partecipazione dei professionisti coinvolti (es. prima parte dell'incontro per ETI base, seconda parte con coinvolgimento del nucleo "variabile")

Sono previste almeno N. 4 sedute/anno x Nucleo Variabile con possibilità di convocare incontri intermedi nel caso di situazioni urgenti

Rendicontazione del budget di salute

A cura del DSM secondo indicazioni RER 2 indicatori:

- N. casi DSM "BDG Salute" co-progettati/casi DSM "BDG Salute" non co-progettati con ASP/DCP (+ 30%)
- Risorse economiche (costi globali) utilizzate per gli interventi BdS: sono noti i costi sanitari/DSM (**Tutte le risorse impiegate x unità abitative, sussidi, tirocini formativi**), **vanno integrati con i costi relativi all'area sociale e socio-sanitario**

Note finali

Si propone di sperimentare il modello organizzativo per un anno anche per valutare e quantificare la spesa da sostenere.

La sperimentazione consentirà anche di valutare l'impatto organizzativo sugli operatori coinvolti (es. AS DSM segr. BDS, referente SST dedicato BDS).

Nel periodo di sperimentazione dovrà essere coinvolta anche la CDCA che potrebbe intercettare nuovi casi.

Il gruppo condivide il principio che al servizio sanitario è attribuito il ruolo di cura, ma che il benessere della persona affetta da patologia mentale è il risultato anche di determinanti socio-economici che devono trovare convergenza in progetti di co-gestione a cui concorrono più "agenzie".

Anche per questo motivo si è reso necessario l'atto di condivisione odierno, che consente di avviare il periodo di sperimentazione, della durata di un anno, finalizzato principalmente a:

- verificare l'efficacia/efficienza dei percorsi condivisi,

- individuare e risolvere possibili aree di sovrapposizione con percorsi già attivi, avendo cura di armonizzare il progetto con le buone prassi già esistenti,
- migliorare la conoscenza degli strumenti valutativi, utilizzando la valutazione oggettiva come base per la discussione dei casi e l'elaborazione dei progetti individuali, anche sotto il profilo dell'attribuzione dei costi,
- sviluppare un sistema comune di monitoraggio delle azioni e dei costi sostenuti dai diversi enti, partendo dalla ricostruzione di una griglia dell'esistente, con l'obiettivo di uniformare i sistemi di registrazione rendendoli coerenti con il debito informativo regionale,
- verificare la sostenibilità dei progetti di cura,
- applicare ad alcuni casi già oggetto di compartecipazione la metodologia concordata ed i relativi strumenti di segnalazione/verbalizzazione/registrazione,
- avviare la formazione sugli strumenti di valutazione

TIPOLOGIA DI PROGETTI

I progetti inclusi nel budget salute sono:

1. Progetti riabilitativi residenziali con budget di salute in Gruppi appartamento

MODELLO DI ABITAZIONE SUPPORTATA

Il modello di abitazione supportata promosso dalla Dr.ssa Paola Carozza, si differenzia dal modello tradizionale in quanto prevede un lavoro motivazionale del paziente che precede l'ingresso e di training di abilità generali per aumentare l'efficacia del programma dell'abitazione supportata. Ciò prevede una valutazione della gravità della disabilità ed enfasi sulla vulnerabilità e questo quindi necessita una lunga preparazione del setting riabilitativo. Il funzionamento complessivo deve essere fatto con gradualità.

Vivere in un appartamento è un processo di cambiamento e ciò implica acquisire un ruolo sociale, affrontare cambiamenti di comportamento e stile di vita. È fondamentale la motivazione della persona al cambiamento, ossia ad intraprendere un percorso lungo, quale quello di transitare dal ruolo di paziente al ruolo di inquilino. Il cambiamento può essere difficile perché determinato da fallimenti passati, stigma interno ed esterno, timore per la riacutizzazione dei sintomi e recidiva, solitudine, sintomi cognitivi, sintomi negativi, paura del successo. Importanti sono le strategie relazionali e di supporto e le abilità di cui deve essere in possesso l'operatore, necessarie a motivare gli utenti al cambiamento.

Durante il periodo di cambiamento, è importante mantenere a lungo i supporti e ridurli solo quando i vantaggi della malattia sono stati progressivamente sostituiti da quelli della nuova condizione; il miglioramento non comporta la perdita delle relazioni precedenti.

Le abilità e le competenze per la vita indipendente del paziente, possono essere valutate mediante scale o attraverso l'osservazione diretta e prolungata. Le principali categorie di competenze sono: competenze per le attività di ogni giorno (cura del se', cura del proprio abbigliamento, attività domestiche) e le competenze comunicative (interpersonali).

Per aumentare l'efficacia dei programmi di abitare supportato, sono necessari dei supporti materiali ed emotivi durante il trasferimento nella nuova sistemazione e nei periodi successivi, l'erogazione di supporti e di training di abilità all'interno dell'abitazione per far fronte alle richieste della vita quotidiana, interventi per la strutturazione della giornata, supporto nella negoziazione con il

proprietario dell'appartamento o con i condomini, assistenza nella gestione dei farmaci, aiuto nell'assunzione di decisioni e nella risoluzione dei problemi, aiuto nella risoluzione dei conflitti e delle dispute.

L'efficacia del modello può essere ridotta dalla solitudine, dalla dipendenza dal sistema dei servizi, dai problemi economici, dallo stigma esterno e interno.

I Gruppi appartamento a diversa intensità di supporto sono:

- Gruppo Appartamento tipo A che prevede un livello assistenziale alto;
- Gruppo Appartamento tipo B che prevede un livello assistenziale medio;
- Gruppo Appartamento tipo C che prevede un livello assistenziale basso.

I gruppi appartamento del DAISMDP, al momento, sono prevalentemente utilizzati da pazienti in carico alla psichiatria adulti. Da quest'anno è in fase di sperimentazione l'inserimento di pazienti seguiti dal SerD, che mantengono l'astensione dall'uso di sostanze da almeno un paio di anni, con pazienti psichiatriche.

I pz serd sono prevalentemente supportati al proprio domicilio o in case Acer.

2. Progetti abilitativi riabilitativi con budget di salute presso Centri per l'apprendimento di abilità lavorative

Tipologia di utenza: persone con esiti di patologie psichiatriche e dipendenze patologiche non in fase attiva.

Obiettivi:

1. sviluppo di ambiti di socializzazione in un contesto grupale non sanitario, dove superare lo stigma interno e la dipendenza dai servizi, nonché contrastare la solitudine;
2. training occupazionale, finalizzato al potenziamento delle abilità e delle autonomie appropriate per lo svolgimento di un ruolo lavorativo in ambienti supportati.

Tipologia di strutture: strutture diurne con finalità diverse da quelle socio assistenziali ex art. 3 DGR 564/00 - con dislocazione distrettuale

Centri per l'apprendimento di abilità lavorative, *setting dove persone, che non possono svolgere un lavoro in totale autonomia, ma che hanno comunque sufficienti livelli di competenze per svolgere attività occupazionali di diversa natura, si esercitano a svolgere un ruolo lavorativo in un ambiente naturale e con l'aiuto di operatori (ad es. giardinaggio, riordino libri, pulizie, etc.).*

MODELLO INSERIMENTI LAVORATIVI SUPPORTATI

Il modello di inserimenti lavorativi definisce che i trattamenti psichiatrici e riabilitativi devono essere integrati. Un unico team di operatori garantisce servizi coordinati.

Il training di abilità si effettua in vivo, ossia nel posto di lavoro. Il training pre lavorativo mira a sviluppare la consapevolezza e le competenze per scegliere, ottenere e mantenere l'occupazione.

La collocazione sul posto di lavoro è abbastanza rapida e si basa sull'assunto che gli utenti imparino le abilità più velocemente, diventino più consapevoli delle loro preferenze e scelgano più a ragion

veduta se sperimentano direttamente le richieste provenienti dal mondo del lavoro. Il risultato principale di questo modello consiste nell'aiutare gli utenti ad ottenere più rapidamente un lavoro competitivo ed a mantenerlo per un periodo medio lungo.

I fattori determinanti l'efficacia di questo modello sono:

- Il coinvolgimento attivo degli utenti nella scelta del lavoro;
- Possibilità di optare tra diverse tipologie di occupazione;
- Posti di lavoro non dequalificanti ed umilianti, ma tali da offrire prospettive di carriera;
- Interventi di sensibilizzazione e di educazione dei datori e dei colleghi di lavoro per informarli sulla disabilità psichiatrica e sulle strategie per affrontare i problemi che essa comporta;
- Minore possibilità di demotivazione per la lentezza e la gradualità dei training pre lavorativi. Infatti nella misura in cui gli utenti sono direttamente inseriti nel posto di lavoro dove sono supportati in modo continuo ed individualizzato, dove sono dotati delle abilità necessarie attraverso un training specifico e dove vengono considerate le loro esigenze di cambiare occupazione se essi non sono soddisfatti, diventa improbabile che la loro motivazione si riduca sia perché l'obiettivo è troppo concreto per poter esser perso di vista, sia perché l'erogazione di supporti disconferma l'aspettativa che ad un aumento di funzionamento consegua la perdita di sostegni e di figure significative.
- Apprendimento di abilità più durevoli, perché collegato all'esperienza pratica

STRUMENTI

Nel DAISMDP dell'Ausl di Ferrara, lo strumento che viene utilizzato per valutare l'eleggibilità di un paziente nel percorso di lavoro supportato è l'ICF.

Tale strumento utilizza un linguaggio standardizzato ed unificato e costituisce un modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati, facilitando la comunicazione fra professionalità ed esperienze diverse nonché tra varie scienze e discipline, nell'ambito della salute e della disabilità, promuovendo nel medesimo tempo nuovi orizzonti di ricerca attraverso la codifica di un'ampia gamma di informazioni.

L'ICF parte da una visione della realtà che inserisce lo stato di salute in una visione *ecologica* della persona secondo il modello *bio-psico-sociale*, che concepisce la salute stessa come stato del funzionamento umano che coinvolge l'intera persona nel suo ambiente.

L'ICF, inoltre, si riferisce ad un approccio multi prospettico alla classificazione del funzionamento e della disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo, che dovrebbe coinvolgere tutti gli ambiti di intervento delle politiche pubbliche, con particolare riferimento alle politiche di welfare, della salute, dell'educazione e del lavoro, orientandole verso un cambiamento politico e sociale che si proponga di favorire e sostenere la partecipazione degli individui.

L'ICF è uno strumento in grado di rappresentare in modo organico le condizioni della salute umana, non è centrato sulla malattia, ma sulla salute e sugli aspetti positivi del funzionamento umano. La concezione di disabilità viene inquadrata nell'ampia differenziazione umana e viene definita nel rapporto tra persona ed ambiente, o meglio nella combinazione tra capacità, performance e fattori personali ed ambientali. Tale approccio rappresenta la condizione di salute come la risultante dell'interazione dinamica tra aspetti biomedici e psicologici della persona (funzioni corporee strutture

corporee), aspetti sociali (attività e partecipazione svolte nella quotidianità) e fattori di contesto (fattori ambientali e personali)

L'ICF permette di pianificare interventi indirizzati in modo congiunto sulle strutture e funzioni corporee e sulle componenti ambientali (dalla famiglia alle politiche sociali), finalizzati al miglior "funzionamento" dell'individuo con un adeguato utilizzo delle risorse.

3. Progetti abilitativi - riabilitativi – assistenziali con budget di Salute individuali e gruppalì al domicilio e nei luoghi di vita.

- **Obiettivi:** progetti individuali o gruppalì di supporto nei luoghi di vita dei pazienti, per il mantenimento del ruolo abitativo e di accettabili livelli di convivenza con altri soggetti (familiari, figli, partner, amici, etc.), attraverso l'integrazione di interventi abilitativi-riabilitativi e socio assistenziali.

- **Tipologia di utenti:** utenti che richiedono un supporto alle abilità di vita indipendente, con particolare riferimento alle seguenti aree: igiene personale e cura di sé; cura della salute fisica e psichica, dello spazio di vita ed attività domestiche; partecipazione alla vita comunitaria; adeguamento alle regole di convivenza e controllo dell'aggressività; gestione del danaro e spese; mobilità e uso dei mezzi di trasporto; capacità nello svolgere pratiche burocratiche; attività produttive e di tempo libero; capacità di affrontare situazioni di emergenza.

- **Intensità assistenziale:**
 - supporto di *bassa intensità*: la presenza degli operatori sarà organizzata, di norma, per massimo 6 ore su base settimanale modulabili anche in 2-3 accessi settimanali secondo i bisogni;
 - supporto di *media intensità*: la presenza degli operatori sarà organizzata, per 10- 12 ore su base settimanale modulabili di norma con accessi quotidiani;
 - supporto di *intensità eccezionale*: la presenza degli operatori sarà organizzata secondo quanto specificato in relazione al singolo progetto.

Al fine di garantire ai pazienti in trattamento al SerD le stesse possibilità di usufruire di contributi e misure a sostegno dell'abitabilità, inclusione sociale e reinserimento in ambito lavorativo, i Comuni di riferimento, secondo progettazione degli ex Piani di Zona, destinano una somma ai SerD territoriali.

PARTE 3 Sintesi dei lavori svolti dal sottogruppo “Manuale Operativo”

Il sottogruppo di lavoro del Tavolo RER sul Budget di Salute dedicato alla stesura del Manuale Operativo propone uno strumento di indagine la *BdS Fidelity Scale* che dovrà essere validato, pensato per verificare nei territori la corretta applicazione del metodo BdS sotto tutti i punti di vista, da quello tecnico socio-sanitario a quello amministrativo.

Il Manuale Operativo, ancora in fase di stesura, conterrà lo strumento di valutazione di fedeltà al modello Bds, corredandolo di tutte le informazioni necessarie ad applicarlo, a trarne indicazioni per eventuali criticità rilevate ed azioni correttive da mettere in atto, con i successivi passaggi di verifica dei piani di miglioramento. Nelle intenzioni, sarà un manuale a carattere divulgativo che si costituirà come un compendio ragionato di quanto esperito e verificato nella sua validità.

L'intento è palese ma non per questo scontato: ci si propone di supportare e indirizzare l'operato nel territorio emiliano romagnolo nel senso della coerenza e dell'aderenza alle linee di indirizzo regionali del 2015 e delle successive Linee Programmatiche Nazionali del 2022, nonché delle procedure amministrative oggetto di approfondimento di un sottogruppo dedicato del Tavolo Regionale.

Altresì, il Manuale Operativo si propone come strumento a disposizione delle altre Regioni e Province Autonome che hanno partecipato all'elaborazione delle Linee Programmatiche nazionali del 2022 e che partecipano al progetto di sperimentazione del Bds promosso nel 2022 dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute *“Sperimentazione del “Budget di Salute” quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze”* al momento in corso, perché, con gli eventuali dovuti adattamenti a normative locali, possa contribuire a sostenere il percorso di corretta implementazione a livello nazionale.

La *BdS Fidelity Scale* è una scala il cui impianto metodologico è trasparentemente mutuato dalla Fidelity Scale del Modello IPS, *Individual Placement and Support*, metodo di riabilitazione psicosociale scientificamente validato e adottato da tanti dipartimenti nell'ambito della salute mentale e non solo.

La *BdS Fidelity Scale* si organizza come un questionario per aree tematiche, ognuna della quali contiene un determinato numero di item ai quali, in base alla risposta, si attribuisce un punteggio.

Per rendere quanto più oggettiva la misurazione, la maggior parte degli item presuppone risposte che misurano criteri quantitativi organizzati per fasce percentuali. Ad altri item non s'è potuto conferire la medesima struttura di misurazione, perciò si è optato per categorie significative di contenuto che inquadrassero le azioni intraprese, da una tipologia basica a una più strutturata e organizzata, perciò più aderente al modello “di qualità” del metodo BdS.

Nella fattispecie, le aree indagate sono:

1. *Protagonismo della persona*: quanto a ogni équipe di lavoro è stato possibile ingaggiare la persona nella maniera più compiuta circa le decisioni salienti per il proprio presente e il proprio futuro? Quanto la persona ha avuto occasione di esprimere in maniera diretta e nelle sedi previste dal metodo, come ad esempio l'UVM, i propri bisogni, desideri e aspettative? S'è resa disponibile per la conduzione delle verifiche di progetto? Ha espresso il proprio gradimento a proposito del progetto che la vede al centro?

2. *Autodeterminazione e Casa come primo luogo di cura*: in quante occasioni i progetti con BdS hanno permesso alla persona di rientrare al proprio domicilio provenendo da una struttura

residenziale? Per quante persone in condizione di fragilità è stato fondamentale beneficiare di un progetto con BdS per trovare i necessari supporti a poter proseguire la vita indipendente piuttosto che convergere verso soluzioni più radicali quanto potenzialmente impattanti sulla qualità della vita, come il trasferimento in residenze in maniera più o meno duratura? In quante circostanze la persona ha vissuto in maniera partecipe le scelte a proprio carico, sottoscrivendo documenti atti a sancire gli accordi ed esprimendo le proprie aspettative e desideri riflettendo con i gruppi di lavoro circa la loro sostenibilità?

3. *Integrazione sociosanitaria*: la realizzazione dei progetti sostenuti da BdS è avvenuta in accordo e partecipazione della parte sanitaria con la parte sociale? A che livello istituzionale e con quali strumenti di progetto e accordo amministrativo si è stabilita l'integrazione sociosanitaria? È stata individuata una figura professionale, il Case Manager, che tenga le fila del progetto mettendo in contatto tutti gli interlocutori?

4. *Welfare di comunità*: si indaga circa il coinvolgimento, nelle fasi di progetto quanto in quelle operative, della presenza nella rete degli attori di Enti del Terzo Settore, Esperti in Supporto tra i Pari, ovvero di altri attori informali, quali Associazioni, singoli cittadini, esercizi commerciali, professionisti a vario titolo, tutti coloro i quali hanno inteso dare un contributo alla realizzazione del progetto.

5. *Recovery personale*: in questa sezione si indaga circa i percorsi e gli esiti di progetto, se favorevoli, se rispondenti alle necessità espresse nei termini della Qualità di Vita, se vi siano stati inciampi di percorso che è stato possibile recuperare oppure se la persona non ha più inteso proseguire il progetto.

6. *Recovery istituzionale*: gli item di questa area sono dedicati da una parte ai temi della residenzialità, dei quali si indaga in che misura i progetti con BdS abbiano prodotto dimissioni da strutture e transiti verso condizioni di vita autonoma (o quanto più possibile tale) o, viceversa, in che misura i medesimi progetti abbiano permesso alla persona di mantenere una condizione di vita autonoma; dall'altra si indagano i temi dell'efficacia nel supporto e nell'avviamento di progetto di inclusione in ambito lavorativo e, sempre su questo argomento, in quale misura sono coinvolti gli ESP nella realizzazione dei progetti sostenuti da BdS.

7. *Elementi attuativi*: l'ultima sezione indaga l'aderenza agli elementi attuativi per come enunciati nella DGR 1554/2015, quindi la frequenza delle verifiche, l'utilizzo di scale e strumenti più o meno standardizzati sia nelle fasi di progetto sia in quelle di verifica, il coinvolgimento degli ETS nelle fasi di coprogettazione e il relativo impegno economico complessivo per la realizzazione dei progetti condivisi.

Buona parte di queste informazioni sono rintracciabili attraverso CURE la cartella informatizzata regionale adottata da tutti i Dipartimenti, in altri casi occorre ricorrere ad estrazioni e interrogazioni a strumenti di lavoro in uso come database e archivi informatizzati, risorse di rete; da qui l'opportunità di tradurre in numeri l'esperienza e raccogliere dati assemblandoli per identità rispetto alla variabile oggetto di indagine, trarre informazioni "volumetriche" da potersi comparare su tutto il territorio regionale.

Completa il lavoro del gruppo l'elaborazione di un Questionario atto ad indagare il gradimento da parte della persona titolare del Bds, pensato per sostenere i percorsi di protagonismo ed empowerment che sono coerenti al modello del Bds, dando voce alle persone direttamente interessate.

Coordinamento: dr. Vincenzo Trono e Gerald Weber

BdS-FIDELITY SCALE

Nota informativa

La valutazione mediante Fidelity Scale viene effettuata presso il Servizio del DAISMDP, facendo riferimento ai progetti BdS attivi nel corso dell'anno precedente alla data di intervista.

Sono inserite nella versione attuale della Scala, in corsivo, alcune annotazioni operative che troveranno spazio nel manuale che verrà successivamente redatto.

Per la compilazione della Scala ci si avvarrà di interviste alla Direzione del Dipartimento ed agli operatori e dell'estrazione dati da CURE.

Sarà reso disponibile un foglio Excel abbinato al questionario, per la raccolta, prima della visita in loco, di una parte delle informazioni.

Ad integrazione delle informazioni raccolte dalla Fidelity Scale verrà somministrato al campione selezionato di pazienti con progetto BdS un questionario di gradimento da compilarsi in forma anonima.

La versione attuale di Fidelity Scale sarà somministrata in forma pilota presso uno o più servizi dei Dipartimenti regionali che si candideranno.

1. Protagonismo della persona

1.1 - L'UVM o Equipe integrata con funzione di UVM in che percentuale comprende formalmente la partecipazione della persona (ed eventualmente la sua rete familiare)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato in questione è estraibile direttamente da CURE.

1.2 - La valutazione e l'esplicitazione dei bisogni e dei problemi, sia sociali sia sanitari, in che percentuale avviene con la partecipazione dell'utente (ed eventualmente anche della famiglia)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è direttamente estraibile da CURE, desumendolo dalla presenza di HONOS (obbligatorio) ed eventualmente anche di WHOQOL (consigliato).

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

1.3 – Lo svolgimento periodico e programmato delle verifiche del progetto, in che percentuale avviene in condivisione con tutti i vari attori coinvolti (utente, case manager, operatori, famigliari e altre figure coinvolte)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE, attraverso l'analisi delle "Scheda di PTRI" dell'ultima "Scheda di verifica" del BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

1.4 – In che percentuale di progetti BdS viene raccolto il dato relativo al gradimento espresso da parte della persona interessata (ed eventualmente anche la famiglia)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato può essere estratto da CURE, attraverso l'analisi delle "Scheda di verifica PTRI" del BdS caricate in allegato, se prevedono la rilevazione del gradimento.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

2. Autodeterminazione e Casa come primo luogo di cura

2.1 – Per i pazienti dimessi al domicilio da strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie, in che percentuale è stato attivato il BdS per favorire e sostenere il rientro a casa?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è direttamente estraibile da CURE.

Occorre considerare i pazienti dimessi da trattamento residenziale con un BdS attivato al massimo nei 3 mesi precedenti la data della dimissione o a decorrere dalla dimissione.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

2.2 – Tra i progetti con BdS finalizzati alla permanenza al domicilio, quanti hanno aperto un trattamento socio-riabilitativo “casa-abitare”?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è direttamente estraibile da CURE.

2.3 – La definizione degli obiettivi, delle attività e degli interventi relativi agli assi progettuali (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità, apprendimento/espressività/comunicazione) in che percentuale avviene con la partecipazione dell'utente (ed eventualmente anche della famiglia)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE, attraverso l'analisi delle "Scheda PTRI" del BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

2.4 – In che percentuale dei progetti BdS avviene la sottoscrizione dell'accordo da parte di tutti i soggetti coinvolti, in particolare da parte della persona interessata, in cui vengono declinati gli obiettivi e gli impegni?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è direttamente estraibile da CURE come firma del progetto da parte del paziente che vale come sottoscrizione dell'accordo.

3. Integrazione sociosanitaria

3.1 - Composizione dell'équipe di progetto: le équipe di progetto comprendono almeno le due componenti sanitaria e sociale, in che percentuale?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE attraverso l'analisi delle "schede PTRI" BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

3.2 - I progetti con BdS vengono validati in UVM o in Equipe integrata con funzione di UVM, in che percentuale?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è vincolante per il BdS e direttamente estraibile da CURE.

3.3 - Con quale modalità qualitativa la metodologia del BdS è presente nei contesti istituzionali dell'integrazione socio-sanitaria (Ufficio di Piano, Piano di Zona, CTSS, ecc.)?

1 = nessuna

2 = solo compilazione di obiettivi e indicatori nelle schede del Piano Sociale Sanitario

3 = confronto interistituzionale e con i diversi soggetti del territorio (ETS) attraverso tavoli dedicati

4 = coprogrammazione con condivisione delle procedure in Accordo di programma

5 = coprogrammazione con condivisione delle procedure in Accordo di programma e compartecipazione delle risorse

Intervista alla Direzione, avvalendosi di evidenze documentali.

3.4 - In che percentuale di progetti con BdS è stata definita la figura del Case Manager?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE attraverso l'analisi delle "Schede PTRI" BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

4. Welfare di comunità

4.1 - In che percentuale l'équipe di progetto comprende, oltre alle componenti sanitaria e sociale, anche ETS (Enti del Terzo Settore)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE attraverso l'analisi delle "Schede PTRI" BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

4.2 - In che percentuale l'équipe di progetto comprende anche altri soggetti della rete informale, oltre alla componente sanitaria e sociale?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE attraverso l'analisi delle "Schede PTRI" BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

4.3 - In che percentuale le cooperative sociali e altri ETS sono coinvolti nella realizzazione dei BdS rispetto al totale dei progetti BdS attivi del Dipartimento?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Intervista alla Direzione, avvalendosi di dati gestionali ed evidenze documentali.

4.4 - In che percentuale gli ESP (Esperti in Supporto tra Pari) sono coinvolti nella realizzazione dei BDS rispetto al totale dei progetti BDS?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE attraverso l'analisi delle "Schede PTRI" BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

5. Recovery personale

5.1 - In che percentuale i progetti BdS attivi hanno esito favorevole con almeno un obiettivo intermedio raggiunto?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

*Il dato è direttamente estraibile da CURE, considerando gli **OBIETTIVI** del progetto sempre e comunque connessi al BDS.*

5.2 - In che percentuale i progetti BdS si concludono con esito positivo?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

*Il dato è direttamente estraibile da CURE, considerando le valutazioni d'esito condotte mediante **HONOS** (compilate direttamente in CURE) sempre e comunque connesse al BDS.*

Si considerano indicatore di conclusione con esito positivo le Honos alla chiusura del BdS con punteggio migliore della Honos precedente.

5.3 - In che percentuale i pazienti con progetto BDS attivo hanno effettuato ricoveri ospedalieri psichiatrici?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è estraibile direttamente da CURE.

Si può ricavare attraverso l'incrocio con i dati SDO.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

5.4 - Adesione al trattamento: in che percentuale i progetti con BdS si sono conclusi con abbandono (drop-out)?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato non è direttamente estraibile da CURE.

Può essere estratto da CURE, attraverso l'analisi delle "Scheda di verifica PTRI" del BdS caricate in allegato. Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

5.5 - In che percentuale dei progetti con BdS viene valutato l'impatto sulla QdV?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è direttamente estraibile da CURE, verificando la presenza di scala WHOQOL compilata.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

6. Recovery istituzionale

6.1 - Quale tipologia di progetti con BdS sono disponibili all'interno dell'offerta multipla e differenziata su Asse Lavoro?

1 = Solo attività pre-lavorative e socio riabilitative finalizzate all'acquisizione di competenze di base

2 = Attività pre-lavorative e socio riabilitative finalizzate all'acquisizione di competenze di base + Tirocini inclusivi (GOL ex LR n. 14/2015: riferimento alla normativa)

3 = Attività pre-lavorative e socio riabilitative finalizzate all'acquisizione di competenze di base + Tirocini inclusivi (GOL ex LR n. 14/2015: riferimento alla normativa) + Tirocini Formativi

4 = Attività pre-lavorative e socio riabilitative finalizzate all'acquisizione di competenze di base + Tirocini inclusivi (GOL ex LR n. 14/2015: riferimento alla normativa) + Tirocini Formativi + Attività di formazione e transizione al lavoro

5 = Attività pre-lavorative e socio riabilitative finalizzate all'acquisizione di competenze di base + Tirocini inclusivi (GOL ex LR n. 14/2015: riferimento alla normativa) + Tirocini Formativi + Attività di formazione e transizione al lavoro + IPS finalizzato all'inclusione sociale lavorativa nel libero mercato

Intervista alla Direzione, avvalendosi di evidenze documentali.

6.2 – Gli alloggi con BdS e Co-Housing, che percentuale rappresentano rispetto al totale dei percorsi di residenzialità socio sanitaria attivi? (vanno considerate le civili abitazioni rispetto alle strutture residenziali socio-sanitarie con pl a retta giornaliera registrati in banca dati regionale)

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Intervista alla Direzione, avvalendosi di dati gestionali ed evidenze documentali.

6.3 – Con che grado di connessione al contesto comunitario vengono realizzati i BdS su Asse Lavoro in forma di laboratori finalizzati all'inclusione sociale lavorativa?

1 = sono presenti laboratori propedeutici che si svolgono esclusivamente all'interno dell'ETS

2 = alcuni dei laboratori propedeutici interni all'ETS rilasciano certificazioni di competenza

3 = sono presenti anche laboratori in rapporto di committenza con il privato profit

4 = in fase di progettazione i laboratori prevedono l'acquisizione dal privato profit di disponibilità all'inserimento lavorativo

5 = la progettazione dei laboratori avviene sistematicamente e in forma congiunta con le agenzie deputate agli inserimenti lavorativi sulla base di analisi/ricerca dei bisogni del mercato profit

6= NON APPLICABILE

Intervista alla Direzione, avvalendosi di evidenze documentali.

6.4 – In che forma è previsto l’impiego di ESP all’interno dei BdS del Dipartimento?

1 = non previsto

2 = volontariato informale che opera nei progetti BdS

3 = volontariato formalmente inserito che opera nei progetti BdS

4 = collaborazioni strutturate attraverso Associazioni di Utenti con rimborso spese

5 = inserito come fattore di qualità nelle convenzioni con ETS con contratto di collaborazione o assunzione

Intervista alla Direzione, avvalendosi di dati gestionali ed evidenze documentali.

6.5 – In che percentuale i progetti BdS attivati durante l’inserimento in struttura residenziale e finalizzati alla dimissione, superano la durata massima di 3 mesi?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è estraibile direttamente da CURE.

Occorre considerare i pazienti in struttura residenziale con un BdS attivo che supera la durata di 3 mesi.

7. Elementi attuativi

7.1 – In che percentuale di progetti con BdS esiste un piano/programma di verifiche per il monitoraggio dell’andamento delle attività progettuali?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato può essere estratto da CURE, attraverso l'analisi delle "Scheda di verifica PTRI" del BdS caricate in allegato.

Il dato viene inserito nel foglio di calcolo in formato Excel che estrapola automaticamente i valori percentuali.

7.2 – In che percentuale di progetti con BdS sono state utilizzate scale di valutazione standardizzate prima dell'attivazione del BdS?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è estraibile direttamente da CURE.

Si prendono in considerazione HONOS e WHOQOL.

7.3 – In che percentuale di progetti con BdS sono state utilizzate scale di valutazione standardizzate in fase di verifica di progetto?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Il dato è estraibile da CURE.

Si prendono in considerazione HONOS e WHOQOL.

7.4 – I percorsi amministrativi per l'affidamento dei progetti con BdS, in che percentuale si realizzano in forma di coprogettazione con gli ETS?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Intervista alla direzione, avvalendosi di dati gestionali ed evidenze documentali.

7.5 – Che percentuale rappresentano i progetti con BdS, sul totale dell’impegno economico annuo con gli ETS per progetti/servizi in ambito sociosanitario?

1 = 0-20%

2 = 21-40%

3 = 41-60%

4 = 61-80%

5 = 81-100%

Intervista alla direzione, avvalendosi di dati gestionali ed evidenze documentali.

Questionario di Gradimento Progetti con Budget di Salute

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di contribuire a migliorare la qualità dei Progetti con Budget di Salute.

Le rivolgiamo alcune domande relativamente al suo progetto Budget di salute e Le chiediamo di esprimere la Sua personale opinione.

Le ricordiamo che non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma siamo interessati unicamente al Suo punto di vista. Le garantiamo in ogni caso la riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte.

Risponda alle domande che seguono facendo riferimento alla Sua esperienza.

La ringraziamo per la Sua disponibilità.

La Direzione

Nel questionario sono riportate alcune affermazioni sulle quali Le chiediamo di esprimere il Suo grado di accordo o disaccordo mettendo una croce [X] sulla casella che più si avvicina al Suo punto di vista, secondo la scala che va da 1 “Per niente d’accordo” a 6 “Del tutto d’accordo”.

Per niente d'accordo					Del tutto d'accordo
1	2	3	4	5	6

1. Le informazioni che ha ricevuto su come funziona il suo Progetto Budget di Salute, a suo avviso sono state chiare e complete?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Ha partecipato attivamente alla stesura del Progetto con Budget di salute esprimendo il suo punto di vista?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Gli operatori sono stati disponibili ad ascoltarla e a definire insieme a lei gli aspetti migliorabili della sua vita, i suoi obiettivi e le sue aspettative per il futuro?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Nella stesura del Progetto Budget di Salute sono stati coinvolti i suoi familiari e/o le persone per Lei "significative"?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Ha potuto esprimere i suoi bisogni e desideri, le sue incertezze e le sue paure?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Trova che siano state prese in considerazione anche le sue capacità e risorse, comprese quelle economiche?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Ha partecipato di persona alle riunioni di équipe o alle UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale)?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Si è sentito rispettato e compreso e ha fiducia negli operatori?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Pensa che Il Progetto con Budget di salute le fornisca l'aiuto di cui ha bisogno per raggiungere i suoi obiettivi?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. E' riuscito a rispettare gli impegni che ha preso per raggiungere gli obiettivi del suo Progetto con Budget di salute?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Pensa che il suo Progetto con Budget di salute la aiuti a realizzare l'obiettivo di vivere in autonomia a casa?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Pensa che il suo Progetto con Budget di salute la aiuti a migliorare la sua formazione professionale ed il lavoro? Non risponda alla domanda se pensa che non sia applicabile.

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Pensa che il suo Progetto con Budget di salute la aiuti a migliorare i rapporti con i suoi familiari, i suoi amici e più in generale con le altre persone?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Pensa che il suo Progetto con Budget di salute la aiuti a godere nel migliore dei modi del suo tempo libero?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Si sente di essere migliorato grazie al Progetto con Budget di Salute?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Sente di avere ancora bisogno in questo momento del Progetto con Budget di Salute?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Il Progetto con Budget di Salute lo consiglierebbe a un parente o a un amico in difficoltà?

**Per niente
d'accordo**

**Del tutto
d'accordo**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto del suo Progetto con Budget di salute

**Per nulla
soddisfatto**

**Del tutto
soddisfatto**
o

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI RINGRAZIA il “Tavolo di lavoro regionale Budget di salute”:

Sottogruppo Procedure Amministrative: Silvia Cavalli, Carla Fornasari, Stefania Tagliaferri, Paolo Marinelli, Elena Moneta, Luigi Squeri, Rosaria Ganassi, Cinzia Armani, Giuliana Urbelli, Monica Malagoli, Vincenzo Trono, Alberto Maurizzi, Fabiola Ragazzini, Anna Chiara Landi, Maria Letizia Valli, Giovanni Caroli, Fortunata Visco, Lucilla Cabrini, Luigi Squeri, Agata Tabuso, Emma Collina, Geltrude D’Aloya

Sottogruppo BdS e Dipendenze Patologiche: Elena Uber, Patrizia Ceroni, Caterina Soncini, Cristina Daolio, Gilberto Gerra, Silvia Codeluppi, Antonio Nicolaci, Donatella Marrama, Chiara Gabrielli, Patrizia Vecchi, Kokona Arnissa, Marinella Masini, Luigi Caputo, Federica Faitanini, Rosalia Mazzi, Geltrude D’Aloya, Gazzotti Giulia, Rosaria Benericetti, Luca Cavaliere, Luciano Marcon

Sottogruppo Manuale Operativo: Nadia Fermi, Patrizia Ceroni, Caterina Soncini, Cristina Daolio, Rosaria Ganassi, Donatella Marrama, Francesca Villanti, Renato Cardelli, Katia Bravaccini, Maria Letizia Valli, Mariella Giannuzzi, Annalisa Vigherani, Geltrude D’Aloya, Giovanni Ruviero

Inoltre: Alessio Saponaro, Sandra Ventura, Enrica Lucca, Ornella Bettinardi, Pietro Pellegrini, Massimo Scaffardi, Alba Natali, Ivana Pelliconi, Arnissa Kokona, Renato Cardelli, Patrizia Gazzola, Enzo Morgagni, Francesco Da Fermo, Marco Faggi, Michela Boschi, Rossana Riccò, Ermenegildo Deolmi, Elisabetta Botti, Raffaella Mattioli, Pietro Nucera, Raul Duranti, Mila Ferri, Ilaria De Santis, Associazione Sentiero facile