

CONVEGNO FINALE DEL PROGETTO NAZIONALE SOGGETTO, PERSONA, CITTADINO: Promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il Budget di Salute'

Bologna, 12 maggio 2022 dalle ore 9 alle 13.30

Pietro Pellegrini¹

Conclusioni

Il percorso che concludiamo oggi è iniziato oltre 20 anni fa. Dopo sperimentazioni e le tante diverse esperienze regionali, iniziate nell'ambito della salute mentale, i tempi sono maturi per il consolidamento dell'utilizzo del Budget di Salute nel sistema di welfare del nostro Paese.

Infatti a seguito dell'approvazione c.d. **"DM 71"/2022, il BdS è previsto per i "Progetti di Salute Complessi"** per 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.

Questo 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 infatti è uno strumento per dare realizzazione ai LEA.

Se con il "DM 71" il budget di salute diviene uno strumento di tutto il nostro welfare, pubblico e universale, esso va adeguatamente sostenuto da un "patto sociale" condiviso, da azioni di sistema, della politica, dell'amministrazione, dei tecnici di vari ambiti. 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" (insieme a "cronicità" e "disabilità", legge 104/1992, rischi di istituzionalizzazione).

Una parte del lavoro è stata svolta dal gruppo numeroso di 106 professionisti delle Regioni, che ringrazio per l'apporto e la crescita nel dialogo, e i tanti che hanno partecipato alla Consensus Conference del 30 settembre 2021. L'Istituto Superiore di Sanità ha dato un contributo molto rilevante attraverso una ricerca sulla letteratura, ha coordinato il lavoro per la definizione degli elementi qualificanti e preparato la formazione a distanza.

È necessario consolidare e accreditare lo strumento Budget di Salute come definito dal progetto nazionale, che ha evidenziato **gli elementi qualificanti del BdS** permettendo di connotarlo rispetto ad altri strumenti, grazie al Prof. Alceste Santuari e ai diversi colleghi delle Aziende della Regione, in primis Modena, ha anche individuato **correlati percorsi amministrativi e attuativi**. Questo richiede una **formazione congiunta, di sanitari, sociale, amministrativi e decisori politici e gestionali**. Aver unito questi aspetti è uno dei migliori risultati del progetto.

Non ripeto quanto già detto sugli elementi qualificanti ma mi limito ad alcune sottolineature.

a) La prima è il **riferimento alla Persona nella comunità. Persona pensata come soggetto e prima essenziale risorsa (risorse presenti, acquisibili, potenziali, ecc.), titolare di diritti e doveri.**

¹ Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl Parma. Con la collaborazione della Dr.ssa Patrizia Ceroni e Dr.ssa Caterina Soncini

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 deve essere sostenuta dalla presenza di altri. Quindi la persona come prima risorse 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 specificità² 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 il 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 (creativa)**. Lo dice il **Chronic Care Model**: tutta la cronicità può essere gestita a domicilio, in rapporto positivo con un ambiente salubre e sicuro.

b) **Per fare questo occorre collegare casa della persona e Casa della Comunità** (portinerie, stazioni intermedie, vicinato, microzone, punti di comunità, associazioni solidali, nuove tecnologie). Valorizzare la funzione del Terzo settore nella coprogrammazione e coprogettazione, capace di innovazione e inclusione, creazione di lavoro e socialità. **Favorire la riconversione della residenzialità a "servizi di comunità"** come indicato dal documento della Consulta Regionale e fatto proprio dalla Regione³. Creare imprese sociali e culturali, per rianimare persone e territori, unire welfare, produzione, cultura, socialità. Tutti sono dimissibili dalle residenze e assistibili con modelli incentrati sull'abitare una casa. Servono altri modelli che non siano ospedalieri o alberghieri.

Occorre mappare i territori, è importante ma non basta. **Occorre 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.⁴

Occorre unire i diversi strumenti e risorse (indennità, pensioni, reddito cittadinanza ecc.) messe a disposizione dalle istituzioni e dare rilievo alle risorse immateriali (accoglienze, gentilezza, speranza ecc.).

c) Una **Comunità accogliente che si prende cura ed educa, protegge, crea sicurezza non è un prodotto naturale**: faccio 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, delle maggioranze devianti (Basaglia) può diventare un grave problema per la salute, la qualità della vita, la stessa produzione. Investire sulle persone e sulle comunità è un'opera che deve guardare al futuro, creare speranza e accoglienza di tutti a partire dalla giovani generazioni.

d) Validare e accreditare lo strumento e la metodologia BdS

²Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 Delibera n. 120 del 12 luglio 2017, su proposta della Giunta regionale (delibera n. 643 del 15 maggio 2017) nella scheda 4 prevedeva l'applicazione in salute mentale.

³ Circolare Regione Emilia Romagna e ANCI Emilia Romagna PG/2020/0006560 del 08/01/2020

⁴Un operatore o un facilitatore (link-worker) farà da raccordo con le opportunità del territorio, favorendo il coinvolgimento dei partecipanti in attività sociali, sportive e culturali (mappate) superando insieme tutte le difficoltà per accedervi (trasporti, costi, attrezzature ecc.) costruendo il c.d. "scivolo psichico".

Occorre validare e accreditare l'approccio e lo strumentoBdS per averlo nella "cassetta degli attrezzi" degli operatori; questo richiede interventi di sistema in grado di operare le necessarie azioni strutturanti.

1) **Approvare un repertorio di atti amministrativi** (codice degli appalti, normativa del Terzo settore ecc.) che consenta a tutte le istituzioni di operare e di avere riferimenti chiari e precisi. Attivare la co-programmazione, la coprogettazione e tutti gli adempimenti conseguenti.

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

3) **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**. 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.

4) **Istituire un Albo Enti accreditati per BdS**

5) **Rendere possibile l'attivazione del BdS mediante procedure semplici e chiare**. Se entrare in una CRA o Residenza è relativamente semplice e già esistono una procedura ed una spesa pubblica, perché non si dovrebbe fare per un percorso specifico per il BdS?

e) Organizzazione e perfezionamento tecnico-organizzativo e scientifico

Vedere gli aspetti metodologici, i punti di contatto con altri approcci come il Dialogo Aperto⁵, IPS (Individual Placement and Support), Housing First, IESA ed al. e curare sempre il collegamento con gli aspetti clinici e organizzativi dei DSM.

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

Costruire il ManualeBdS e il Questionario Fidelity.

Formazione e supervisione sanitaria, parte sociale e amministrativa (in servizio o in formazione presso le Università) per far conoscere lo strumento e renderlo realizzabile.

Se fosse un farmaco, verrebbe approvvigionato, messo a disposizione, distribuito e l'utilizzo monitorato tramite la sorveglianza sanitaria. Pur con tutte le differenze, visto che sembra efficace ed appropriato non potrebbe essere così anche per il Budget di Salute?

Aprire scuole di comunità, promuovere l'Automutuoaiuto, ESP e Orientatori sociali (nuove possibilità professionali), Case Manager, Project Manager.

Ricerca (studi di esito) in quanto la letteratura scientifica non è ancora adeguata.

f) Costruire un Welfare di comunità

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.

⁵Nel DAI-SMDP di Parma si è sviluppato l' "Approccio Saura" un acronimo per indicare. S: Speranza, A: Autorevolezza, U: Unicità, R: Risorse, A: Autonomia.

https://www.ausl.pr.it/azienda/documenti_daim/quaderno_2019_dalle_residenze_alle_reti.aspx

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

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

Occorre ripensare e 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, come previsto dal PNRR (One health, "Planetary Health").

Il coordinamento è un valore che migliora l'utilizzo delle risorse e ne crea di nuove.

Enti terzo settore: occorre procedere verso un sistema di servizi di comunità (evoluzione della residenzialità socio sanitaria) e quindi un piano di riconversione dell'offerta residenziale (eccettuata quella specialistica, es. DCA) e ridare spazio all'impresa sociale.

Validare e diffondere lo strumento presso: utenti, familiari, associazioni professionali, ma anche Amministratori di sostegno, Fiduciari (ex legge 219/2017), Notai, Trustee, rappresentanti utenti e familiari, volontariato e opinione pubblica.

Informare e coinvolgere sui nuovi modelli con BdS icontrollori: (NAS, sanità pubblica, giudici amministrativi, Revisori, Corte dei Conti, ANAC ed al.) in modo che siano consapevoli della metodologia e delle sue modalità applicative.

Sensibilizzare tutte le articolazioni attive (datori di lavoro, sindacati, parrocchie, associazioni ecc.) affinché siano consapevoli e partecipi del loro ruolo sociale.

Diffondere la cultura della cura nella comunità (diritti individuali e doveri, il senso dei legami, multiculturalità)

g) Continuare con le innovazioni e sperimentazioni:

Dimissioni difficili dall'ospedale (rientro a casa, in comunità mediante BdS).

Ruolo sistema pubblico: Ufficio per Progetti di Vita e registri (legge dopo di noi).

Promuovere Coop di Comunità (legge regionale?) (mix di attività produttive e di azioni socialmente utili)

Applicare la Convenzione di Faro (legge 133/2020), Favorire la Sharing economy (Economia della condivisione, collaborativa).

Chiudo con il ringraziamento dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute, di tutte le Regioni e della Regione Emilia Romagna per tutti voglio citare Mila Ferri, Luisa Scattoni, Ilaria De Santis, Patrizia Ceroni e Caterina Soncini dell'Ausl di Parma, Alceste Santuari, Alessio Saponaro e tutti i relatori di oggi. Un pensiero ad Angelo Righetti.

Il lavoro continua!