

Progetto Personalizzato/Budget integrato di Salute come strumento di deistituzionalizzazione

Dipartimento di Salute Mentale di Trieste - maggio 2007

Pina Ridente

Da un welfare dei servizi ad un welfare di comunità

- ▶ società complessa
- ▶ Non c'è **più nessuno che ha la risposta completa**, le dimensioni non sono più lineari, ed occorre mettere insieme più soggetti.
- ▶ Emergono nuovi problemi:
Povertà/flussi migratori/quartieri degradati
- ▶ Uno dei motivi di crisi del welfare basato sull'erogazione di prestazioni e servizi da parte dello stato era la sua **non sostenibilità economica**

Nuove politiche sociali in Europa

Orientamenti di base delle politiche sociali:

- ▶ Per il principio di **sostenibilità** le risorse non vanno trattate sul risparmio, ma **investite per produrre altre risorse**, e utilizzate per produrre cambiamento sociale per modificare quelle situazioni che sono fonte di spesa.
- ▶ La sostenibilità si costruisce tenendo conto delle **risorse di quel territorio**

Da un welfare dei servizi ad un welfare di comunità

- ▶ **Welfare assistenziale**: popolato di istituti di pubblica assistenza, statali o di beneficenza privata di cui via via lo stato ha fatto proprie le funzioni.
- ▶ **Welfare dei servizi**: esperienze di rinnovamento, diritto a servizi gratuiti, onda lunga dei dibattiti del 68/69 culminati nella legge 833 del 78.
- ▶ **Welfare di comunità**: un sistema in cui lo sviluppo dei servizi incorpori protagonismo e risorse degli utenti, reti sociali, legami sociali, e operi per ricrearli invece che eluderli.
Viene incentivata l'ottica e la cultura della cooperazione ai diversi livelli: nei programmi sanitari territoriali con la rete di servizi formali ed informali.

Da destinatari passivi ad attori coinvolti nelle scelte

Nuove politiche sociali in Europa

Beni sociali comuni che le politiche sociali sono chiamate a salvaguardare e produrre:

- ▶ **Coesione sociale**: capacità del tessuto sociale di reggere, di accogliere singolarità diverse, è il concetto di tenere forte il tessuto sociale locale, non si interviene così sui singoli ma sul tessuto sociale un tessuto coeso è quello che non ha dispersione di risorse, c'è la partecipazione dei cittadini alla gestione, c'è del denaro che viene investito nel tessuto sociale.
- ▶ **Valorizzazione delle risorse umane**: promozione di capacità/partecipazione

Dai recenti indirizzi politici e atti normativi viene posto l'accento su:

- ▶ garantire la **centralità della persona come cittadino e non come utente**, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami;

è il bisogno che guida la progettazione; la costruzione del sistema di offerta deve orientarsi e plasmarsi quanto più possibile sulla individualità dei soggetti.

- ▶ si valorizza la **persona come portatrice di risorse** in termini di saperi, competenze, legami, che un progetto di intervento deve saper cogliere e promuovere.

L'approccio guidato dalla domanda favorisce l'autoattivazione delle persone e dei contesti, promuove la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità.

Dai recenti indirizzi politici e atti normativi viene posto l'accento su:

- ▶ strategie e strumenti di **integrazione sociosanitaria**: mettere in rete più servizi e più attori facendoli convergere su progetti
- ▶ **Principio di sussidiarietà/Compartecipazione e corresponsabilità** tra i diversi attori
- ▶ **Localizzazione**: la scala giusta in cui integrare le politiche sociali

Leggi che trasformano le politiche sociosanitarie e dei servizi territoriali verso un welfare di comunità

- ▶ **Dec. L. 229/1999** Norme per la razionalizzazione del SSN
- ▶ **L.Q.328/2000** Promuove la partecipazione attiva dei cittadini. Coinvolgimento e responsabilizzazione dei soggetti comunitari attraverso la definizione e sperimentazione di nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, sostenendo partnership tra pubblico e privato sociale la capacità di autonomia e autodeterminazione della società civile di affrontare il problema.
- ▶ **L.R.23/2004** ha dato una forte spinta verso processi avanzati di integrazione sociosanitaria ai diversi livelli insieme agli atti di Giunta regionale collegati (Linee guida per la predisposizione dei PDZ e dei PAT)
- ▶ **L.R. 31/03/2006, N. 006** Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale. In conformità alla 328 disciplina il sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (socioassistenziali, socioeducativi e sociosanitari)

integrazione sociosanitaria

I tre livelli dell'integrazione:

- ▶ **politico** Superare la frammentazione degli interventi e guardare al territorio sociale culturale abitativo relazionale.
- ▶ **gestionale** il Distretto viene individuato come luogo di sviluppo delle strategie e degli strumenti di integrazione sociosanitaria e riferimento diretto con gli enti locali per quanto attiene il proprio territorio(PAT e PDZ)/equipe territoriali integrate sul caso.
- ▶ **Operativo** operatori, servizi, bisogna che gli attori si combinino tra loro sia istituzionali che non.

integrazione sociosanitaria

- ▶ Integrazione non vuol dire far rete, né condividere i compiti,
- ▶ è lavorare insieme
- ▶ non è somma delle risposte
- ▶ è ridefinire insieme i progetti
- ▶ non è coordinare
- ▶ ma è affrontare le problematiche in modo concordato, condiviso
- ▶ è riconoscere le diverse culture

integrazione sociosanitaria

- ▶ Significa contemplare delle differenze ed una negoziazione.
- ▶ Percorso in cui si mettono insieme diverse competenze anche in termini di definizione del problema.
- ▶ Per integrare occorre ascoltarsi e riconoscersi come portatori di conoscenze e competenze che possono aiutarci.
- ▶ Il dispositivo che sembra funzionare meglio è:

lavorare per progetto

Nuove politiche sociali in Europa

orientamenti di base delle politiche sociali

Sussidiarietà:

Impone la **compartecipazione** e la **corresponsabilità** politica, finanziaria e operativa tra diversi tipi e livelli di agenti delle politiche. Entrano in gioco svariate forme di partnership tra pubblico e privato, e per conseguenza il quadro si diversifica e si dinamizza dando alle politiche il carattere di processi aperti-volta a volta correggibili, sperimentali.

Sussidiarietà negativa

Sussidiarietà positiva

Rapporti di Partnership

Coprogettare e Cogestire

- ▶ Integrazione è possibile se c'è una condizione di **partnership e non l'affido di prestazioni** o la subordinazione
- ▶ Sperimentare nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, rivedendo ed innovando le attuali forme di rapporto con il terzo settore, ancora troppo spesso improntate secondo una logica cliente/fornitore.
- ▶ Vanno promosse **azioni per il sostegno e la qualificazione** dei soggetti operanti nel terzo settore

Per evitare una delega ad un pubblico delegittimato o ad un privato autolegittimato

Dalla gara di appalto alla procedura negoziata

- ▶ **Nuove forme di relazione** fra privato sociale e pubbliche amministrazioni
- ▶ Coprogettare/cogestire : Visione orizzontale nella gestione dei programmi
- ▶ **Diverso ruolo dell'ente pubblico:** dalla gestione diretta dei servizi (produttore) a quello di garante e promotore

Terreno Locale

- ▶ **Territorio come punto di convergenza** dove chiamare a raccolta le risorse sociopolitiche per integrare le risposte
- ▶ La sostenibilità e la sussidiarietà si costruiscono tenendo conto delle **risorse di quel territorio**
- ▶ Pianificazione concertata e partecipata dal basso/territorio.
- ▶ Occorre una **lettura del territorio** svolto con il contributo di gruppi di portatori di interessi specifici
- ▶ **Valorizzazione** delle esperienze positive del territorio

Servizi alla persona come agente di sviluppo del territorio

- ▶ (328/Legge 6) i principi fondamentali: sono la pluralità degli interventi che rispondono in modo universale ai bisogni con un obiettivo che è il **benessere delle persone** ottenuti con sistemi integrati che mirano a dare spazio alle persone circa l'essere, il fare, l'avere. Tutto ciò porta sviluppo qualificato all'interno di un territorio.
- ▶ Il mercato dei servizi alla persona è strategico per lo sviluppo dei territori capaci di innescare processi virtuosi di cambiamento.

Servizi alla persona come agente di sviluppo del territorio

- ▶ Vengono messe in campo **tutte le risorse di un territorio** integrate tra loro.
- ▶ Passare da prestazioni rigide e definite a **prestazioni flessibili** basate su progetti personalizzati e diversificati

Budget di salute-progetto personalizzato

- ▶ il **progetto personalizzato**, dove sostenuto da risorse economiche dedicate (budget di salute) è lo **strumento fondamentale** per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni e per garantire la continuità delle cure.
- ▶ La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto più possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona

Mappa problemi/risorse

- ▶ Chi la disegna?
- ▶ Il ProP è individualizzato ma ciò non deve costituire una limitazione. Il soggetto del ProP non è tanto un singolo individuo ma una **situazione problematica**

Mappa problemi/risorse

- ▶ E' un approccio alla **valutazione multidimensionale** che rispetto ad ogni dimensione presa in considerazione individua i problemi - se esistono e contemporaneamente le risorse - se esistono
- ▶ Problemi e risorse sono riferite alla persona e/o alla situazione familiare di contesto a cui viene effettuata la valutazione
- ▶ Vengono individuati problemi della persona e per la persona
- ▶ Il ProP è come un "vestito fatto su misura" che quindi necessita che vengano prese le "misure" e che la persona sia disposta a ciò **-Consenso-**
- ▶ La dimensione esplorativa viene fatta nelle aree dei tre assi

Progetto personalizzato

progetti personalizzati indicano:

- ▶ la natura del bisogno/obiettivi
- ▶ i risultati attesi
- ▶ l'articolazione degli interventi
- ▶ le risorse necessarie
- ▶ le responsabilità professionali e di servizio
- ▶ i tempi e le modalità di verifica

Progetto personalizzato

- ▶ I Progetti Personalizzati, che si articolano attraverso il Budget Individuale di Salute, intervengono contemporaneamente su **tre assi** che costituiscono le basi del funzionamento sociale delle persone, ovvero i supporti sociali indispensabili per essere a pieno titolo persone dotate di potere contrattuale: **la casa, il lavoro, la socialità.**
- ▶ La realizzazione del progetto **si avvale di interventi integrativi** (servizi di salute mentale, distretti, servizi sociali) e le risorse della comunità (volontariato, cooperazione sociale, associazionismo, famiglie) collegandoli quanto più possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona.
- ▶ **L'Azienda sanitaria deve garantire il controllo della qualità del progetto personalizzato**

ProP

- ▶ I ProP hanno una finalità, definiscono una strategia pratica
- ▶ Fanno una scommessa sul futuro
- ▶ Definiscono chi fa, che cosa e quando
- ▶ Hanno una durata definita
- ▶ Si possono rimodulare nel tempo in base ai risultati attesi
- ▶ Presuppongono una compartecipazione con partners
- ▶ Prevedono una definizione concordata di budget
- ▶ Prevedono l'affido e un case manager

Budget di salute-progetto personalizzato

- ▶ per vincolare ai bisogni
- ▶ per garantire la continuità della cura
- ▶ valutazione multidimensionale
- ▶ protocolli operativi comuni
- ▶ non esternalizzazione in blocco di pacchetti
- ▶ non strutture da gestire ma personalizzazione con verifica degli obiettivi
- ▶ prevede la corresponsabilizzazione tra soggetti (ognuno deve fare la sua parte)
- ▶ progettare e gestire insieme
- ▶ si valutano le risorse che vanno potenziate quindi si lavora sul contesto

Budget di salute-progetto personalizzato

- ▶ i bisogni gravi sono spesso associati a condizioni di isolamento, chi sta molto male è spesso solo ed incapace a porre domande
- ▶ condizione per **dare voce al diretto interessato**, perché acquisisca voce in capitolo per dare indicazioni circa i percorsi utili per la trasformazione dei suoi bisogni

Il coordinatore del caso (case manager)

- ▶ l'operatore identificato come coordinatore del caso deve garantire la personalizzazione del rapporto ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo il **ruolo di mediatore** tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino e provvedendo al monitoraggio del percorso previsto. E' richiesta al coordinatore del caso una conoscenza approfondita delle reti dei servizi e delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico, in tal modo il coordinatore del caso rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come **"sostenitore di reti"** (Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006/2008)
- ▶ può anche essere inteso come tutor del cittadino che non è in grado direttamente o attraverso una risorsa familiare di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta

Chi è, cosa fa e quale responsabilità ha il case manager?

- ▶ E' una figura professionale che fa parte dell'equipe di progetto.
- ▶ I compiti che svolge sono in relazione all'attuazione del progetto stesso.
- ▶ E' un operatore autorevole e legittimato di interfaccia tra la persona ed il sistema curante identificato nel progetto.
- ▶ Monitora l'attivazione delle risorse umane, strumentali, finanziarie e se c'è del Budget individuale di salute.

Chi è, cosa fa e quale responsabilità ha il case manager?

- ▶ Accompagna e facilita la realizzazione delle fasi del progetto.
- ▶ Si raccorda stabilmente con l'equipe del caso.
- ▶ Garantisce la valutazione dei risultati nelle diverse fasi del progetto.
- ▶ Richiede la riconvocazione dell'UMP per la rimodulazione del ProP.
- ▶ Sarebbe più proprio ridefinirlo **coordinatore di progetto/project manager**

Monitoraggio/Verifica/Valutazione

- ▶ Come processo che dà valore, opportunità di apprendimenti, di valorizzazione di ciò che **si impara attraverso la conoscenza dei risultati**
- ▶ Gli attori possono imparare a conoscere ciò che stanno facendo e poter riconoscere i risultati insieme agli altri attori come **elementi rettificabili**

Attivazione

- ▶ Ci sono modalità di intervento che tendono a cronicizzare i problemi invece che portarli ad evolvere
- ▶ Le politiche sociali devono perseguire l'obiettivo di rendere i soggetti parte attiva nei percorsi di cambiamento della loro situazione
- ▶ **Territorio che passa a Comunità** in quanto è in grado di attivare autorisorse
- ▶ Serve a contrastare la dipendenza che si instaura nelle politiche assistenziali
- ▶ Da destinatari passivi a coagenti con i servizi per affrontare i problemi

Il cittadino come soggetto di una politica partecipata

Partecipazione

- ▶ Valorizzazione delle esperienze in atto
- ▶ Darsi delle regole per la partecipazione. Definire i ruoli dei soggetti
- ▶ La partecipazione serve anche a influire sulla **distribuzione delle risorse**:
dove un rischio nello spostamento sul territorio è che chi ha più voce più ottiene.
Occorrono delle regole nel definire le caratteristiche dei bisogni, per stabilire delle priorità condivise.

Partecipazione

Gradi della partecipazione

- ▶ Informazione
- ▶ consultazione
- ▶ partecipazione alla definizione delle regole del gioco

I Servizi

- ▶ **Favorire la partecipazione** cercando e attivando risorse nascoste e non dedicate che giacciono (famiglie associazioni ecc) che non è scaricare il problema alle famiglie.
- ▶ Occorre aiutare a cambiare quello che i cittadini chiedono.
Se si danno solo prestazioni si riceveranno solo richieste di prestazioni.
- ▶ Gli operatori si devono ripensare, **ripensare alla loro collocazione** e ruolo ; scommettere qualcosa perdendo anche un po' del loro ruolo e potere. Mettersi in gioco.
- ▶ Le competenze professionali vanno applicate a sviluppare: **valorizzazione, capacità di domandare**
- ▶ Occorre qualcuno che accompagni nel territorio il processo partecipato: **accompagnatore sociale** e che garantisce che la progettazione partecipata perduri
- ▶ Accompagnando la persona nel contesto si fa anche **lavoro sul contesto**

I Servizi

Da una modalità operativa dei servizi che si fonda sulla **domanda espressa**, mutuando in questo senso l'approccio ospedaliero con evidenti rischi di iniquità, soprattutto quando riferito a quella parte di popolazione vulnerabile e fragile che spesso non è in grado di costituirsi come domanda (anziani, disabili, persone con problemi di salute mentale...)

Al riorientamento di tutti i servizi verso stili operativi che agiscano attivamente nella presa in carico, anche anticipata e leggera dei bisogni di salute, cambiamento delle culture organizzative verso la **promozione della salute e la conoscenza anticipata dei bisogni**

Partecipare al proprio progetto di salute

- ▶ Passare dalla cultura del "chiedere" a quella di assumersi la responsabilità di quanto comporta la trasformazione.
- ▶ Passaggio nella consapevolezza della persona **dal bisogno individuale al bisogno collettivo** che va affrontato collettivamente in un processo partecipato.
- ▶ Valorizzazione delle compagini sociali attraverso cui le persone possono sentirsi partecipi di collettivi in cui avere voce per esprimere i bisogni, per tradurre i bisogni in domande.
- ▶ Creare coesione sociale significa anche creare **contesti di appartenenza per le persone**.
- ▶ Il progetto è partecipato quando è negoziale.

Ridefinire i servizi da strutture a processi

- ▶ Cessare l'accreditamento di strutture a favore di processualità e valutazione di esiti
- ▶ Il parametro non è quanti utenti sono stati visti, quante prestazioni, ma **per quanti utenti c'è stato un cambiamento**
- ▶ **Riorientamento delle risorse** da servizi residenziali a servizi alla persona, da centri di riabilitazione a servizi riabilitativi integranti nel territorio
- ▶ L'accreditamento di organizzazioni del 3° settore ancorato non a requisiti strutturali ma all'attivazione di cambiamenti di situazioni problematiche

Aggiungere processi implica riconvertire strutture

budget di salute/voucer

- ▶ Voucer “bonus spendibile nell'ovunque istituzionale, a preferenza privato, dota il diritto alla salute di una borsa della spesa per poter comprare nei supermercati della salute”
- ▶ B.D.S vedono una regia pubblica nella predeterminazione di un pacchetto obiettivo/risorse calibrato e progettato su scala individuale coniugando più risorse e negoziando con i soggetti interessati.

Come una dote, un credito sociale di cui le persone devono essere messe in condizioni di usufruire.

cittadino che spende/cittadino che coopera

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BUDGET DI SALUTE – PROGETTI TERAPEUTICO ABILITATIVI PERSONALIZZATI – FINALIZZATI ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

- ▶ Ciò In linea con gli **Obiettivi 2005** (punto 4. “Presenza in carico, continuità terapeutica e lavoro di gruppo”, specificatamente il punto 4.1.5 “Sperimentare budget di salute personalizzati” e gli **Obiettivi 2006** (punto 2. “Budget di salute”: le persone ospiti in strutture gestite dal DSM e quelle con bisogni complessi vengono sostenute con percorsi abilitativi personalizzati; i servizi del DSM sviluppano culture e pratiche diffuse di progettazione, di realizzazione e di verifica dei risultati e promozione e di abilità nel procedere per budget personalizzati).

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BIS/PPS

- ▶ Tale processo ha coinvolto **tutti i Centri di Salute Mentale, la Direzione, il Servizio Abilitazione e Residenze (SAR) e la U.O. Approvvigionamenti** ed è stato avviato nel **giugno 2005**, in diverse fasi e a diversi livelli che sono stati volutamente posti in stretta correlazione.

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BIS/PPS

▶ Fase 1

- ▶ Raccolta di **documentazione** tecnica ed esperienziale a partire da processi sviluppati in ambito nazionale (Palmanova, Caserta, ecc.) relativi all'applicazione della metodologia e sua valutazione in termini di ricadute positive nei seguenti ambiti:
- ▶ la **personalizzazione** degli interventi sviluppati, individuazione di obiettivi, tempistica, esiti, possibilità di modificare le strategie e gli strumenti in campo;
- ▶ il **monitoraggio della spesa** realizzata al fine di avviare eventuali riconversioni di budget nell'ottica di migliorare gli esiti, favorire la costruzione di strumenti flessibili, personalizzati, di supporto domiciliare e incentivare la programmazione e la dinamicità del sistema complessivo (turn over);
- ▶ la **coprogettazione e la cogestione** in regime di partenariato con il privato sociale, al fine del superamento della gara d'appalto intesa come esternalizzazione e affido di servizi;
- ▶ l'incremento della **qualità degli interventi**, anche in termini di innovazione e sperimentazione, da parte del privato sociale al fine di stimolare proposte di ulteriori iniziative che amplino e diversifichino gli strumenti disponibili.

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BIS/PPS

- ▶ **Fase 2**
- ▶ Costruzione della **Scheda-Contratto Abilitativo Personalizzato** (contenente Scheda per l'aggiornamento) e sue modalità di compilazione che hanno tenuto in considerazione le seguenti indicazioni:
 - ▶ individuazione di **tutti gli attori** coinvolgibili (altre U.O. dell'A.S.S. n1 Triestina, il Comune, il privato sociale, altre agenzie del territorio, ecc.);
 - ▶ coinvolgimento della **persona** e di tutti gli attori individuati nella compilazione;
 - ▶ approccio terapeutico-abilitativo sviluppato a partire dagli assi principali dell'intervento (**casa-habitat sociale/formazione-lavoro/affettività-socialità**);
 - ▶ individuazione di **obiettivi**, tempistica, modalità di valutazione;
 - ▶ identificazione delle **risorse economiche**, derivanti dai soggetti individuati, capaci di sostenere il percorso;
 - ▶ presentazione della scheda da parte degli operatori dei servizi di salute mentale ai tavoli di **PAT** e di **PdZ**, nonché organizzazione di un **seminario** dipartimentale

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BIS/PPS

- ▶ Fase 3
- ▶ Costituzione di **tavoli mensili** coordinati dal S.A.R e formati dai referenti di tutti i Centri di Salute Mentale e da tutti i partner del privato sociale (Cooperative Sociali: Duemilauno-Agenzia Sociale, C.L.U e L.Ri e Associazioni di Volontariato San Martino al Campo, Luna e l'altra e ARSI- Ass. Regionale Strutture Intermedie per la Salute Mentale) finalizzati a:
- ▶ **definire** per tutte le persone già ospiti di strutture residenziali o che fruiscono di prestazioni del privato-sociale **un programma terapeutico personalizzato** che tenga conto delle risorse utilizzate ed investite promuovendo informazione e consapevolezza anche per stimolare proposte alternative nonché per monitorare collettivamente il budget disponibile;
- ▶ favorire il processo di individuazione della figura del **case manager**;
- ▶ **mappare** l'entità e la natura dei **bisogni** dell'utenza, favorendone un'analisi ed una rilettura in termini di risorse e di risposte maggiormente personalizzate e/o di "rete", anche prevenendo il ricorso alla residenzialità;
- ▶ favorire l'accesso e l'utilizzo delle risorse esistenti (**turn over**) riducendo sostanzialmente i tempi di risposta al bisogno;
- ▶ **migliorare** la comunicazione, favorendo la **coprogettazione** tra Centri di Salute Mentale e partner del privato sociale;
- ▶ avviare una **programmazione congiunta** e condivisa di risposta ai bisogni;
- ▶ avviare **risposte sperimentali** di supporto altamente personalizzato (Sign.ra L.V, Sign M.C. e Sign. M.N.)
- ▶ **valutare** puntualmente **i percorsi** intrapresi anche nell'ottica di una ridefinizione degli obiettivi , dei tempi e delle strategie in campo.

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BIS/PPS

▶ Fase 4

- ▶ La definizione, in via sperimentale, delle **modalità di finanziamento** dei budget di salute in relazione:
- ▶ ai **costi** sostenuti storicamente e relativi ad **appalti e convenzioni** esistenti per servizi esternalizzati e cogestiti con cooperative sociali ed associazioni di volontariato (nel 2005 ammontanti complessivamente a circa 1.840.000 euro);
- ▶ ai costi relativi ai servizi di pulizia, fornitura pasti, lavanderia, trasporti forniti dal **Global Service**, delle manutenzioni ordinarie e straordinarie e al pagamento delle utenze e del riscaldamento provviste dall'ASS (per quanto reso possibile dai sistemi di rilevazione di cui l'ASS 1 dispone) in strutture residenziali gestite direttamente dall'ASS e suscettibili di entrare nella metodologia.
- ▶ all'avvio di un confronto con altri enti deputati a collaborare anche in termini economici al fine di giungere ad una compartecipazione della spesa
- ▶ alla **riconversione dei costi** descritti in budget personalizzati/die e formulazione delle **fasce relative all'intensità** degli interventi necessari.
- ▶ alla **concertazione** con tutte le compagini sociali, anche in relazione alle scadenze di affido dei servizi esistenti, rispetto alla nuova metodologia e alla necessità di ri-contrattare e ricalibrare costi ed interventi.

AVVIO DELLA METODOLOGIA DI COPROGETTAZIONE E COGESTIONE DEI BIS/PPS

- ▶ Fase 5
- ▶ La formulazione del **capitolato programma e l'avvio della procedura negoziata** (Delibera 11/01/06 n 16) per la cogestione dei budget di salute - Progetti-terapeutico abilitativi personalizzati finalizzati alla promozione della salute mentale per un investimento medio annuo di € **2.300.000,00**, realizzato in collaborazione con l'U.O. Approvvigionamenti, che ha comportato l'individuazione di criteri qualitativi ed economici in relazione:
 - ▶ ai **destinatari** dell'intervento
 - ▶ agli **strumenti** terapeutico-abilitativi disponibili
 - ▶ alle **modalità** di coprogettazione e cogestione
 - ▶ alle **caratteristiche** dei partner e alla conseguente modalità di valutazione ai fini dell'idoneità, requisito d'accesso per l'affido di budget di salute.
 - ▶ alle **fasce d'intensità** degli interventi (altissima, alta, media, bassa in relazione al servizio di supporto richiesto e al costo correlato)

- ▶ Attualmente sono stati coprogettati e vengono cogestiti 123 **budget di salute- progetti terapeutici abilitativi personalizzati** di diversa intensità in partenariato con **8 compagini sociali del terzo settore**;
- ▶ è in fase di realizzazione un **sistema informatico** che permetta alle diverse U.O. e alle compagini sociali di verificare i singoli progetti, monitorare i costi, integrare con relazioni, riflessioni e aggiornamenti lo stato di avanzamento del percorso;
- ▶ la Scheda di progetto terapeutico abilitativo personalizzato ha sostituito la Scheda per l'assegnazione delle **borse di formazione al lavoro** del Dipartimento di Salute Mentale, promuovendo e consolidando alleanze nel progetto complessivo con la persona, anche con l'azienda/cooperativa/associazione ospitante il percorso formativo;
- ▶ è prevista la possibilità di **estendere ulteriormente** la metodologia attivando ulteriori budget di salute finalizzati alla promozione di percorsi emancipativi ed autonomizzanti

criticità

- ▶ **Operatività C.S.M.**

Investire maggiormente sulla formazione e sulla cultura degli operatori testimoniata anche dal **linguaggio** ad es. utilizzato nella compilazione di alcuni progetti, che ha fatto emergere una forte difficoltà nel rappresentare ciò che viene realizzato o ciò che è la storia e il percorso della persona.

- ▶ **Snellimento procedure formali**

Rimane necessario, in collaborazione con l'U.O. Approvvigionamenti, approfondire le possibilità formali di superamento delle procedure di affido dei budget di salute attualmente proposte con particolare attenzione alla metodologia relativa alla "Negotiorum gestum" (Diritto Privato) che permetterebbe di contrattare in maniera più diretta con le diverse compagini sociali modalità, tempistiche ed economie dei diversi progetti personalizzati.

- ▶ **Propositività Privato Sociale**

Stimolare ulteriormente, in termini di propositività e rete di iniziative comunitarie l'operatività ed il coinvolgimento del Privato Sociale attraverso anche la valutazione e l'individuazione di ulteriori forme, anche giuridiche, che sanciscano il partenariato con l'ente pubblico e prevedano una maggior collaborazione tra la cooperazione di tipo A e B.

- ▶ Competitività tra servizi da superare in favore di una relazione di collaborazione e fiducia reciproca.
- ▶ Qualità delle risposte e servizi mai sufficiente o comunque sempre migliorabile.
- ▶ Lavorare a progetto introducendo innovazioni.