

PREMESSA

Da sempre il nostro territorio e le nostre Istituzioni condividono e praticano una idea ampia di salute pubblica, nella quale la salute mentale è una componente basilare della salute globale del cittadino e della popolazione. Il lavoro che qui presentiamo è un contributo a mantenere viva e operativa, nel lavoro quotidiano delle istituzioni sanitarie, dei Servizi sociali territoriali, nella comunità tutta questa convinzione.

Le linee di indirizzo che proponiamo a questa Conferenza sono il frutto di un lavoro complesso di confronto e scambio, a livello metropolitano, tra professionisti e operatori dei Dipartimenti di Salute mentale delle due Aziende Sanitarie del nostro territorio, i referenti dei Servizi Sociali territoriali, gli Uffici di Piano, le Direzioni aziendali per l'integrazione socio sanitaria, cui hanno partecipato con un ruolo attivo e propositivo le Associazioni organizzate nei Comitati Utenti Familiari Operatori attivi nei due Dipartimenti di salute mentale. L'obiettivo del lavoro era aggiornare e talvolta ritrovare un linguaggio ed una pratica comune tra tutti questi interlocutori, che consentisse alla metodologia del "Budget di salute" già attivata dai due Dipartimenti di innovarsi divenendo ancora più patrimonio comune e prassi di tutti i Servizi territoriali degli Enti locali; si è trattato di un lavoro di contaminazione e riconoscimento reciproco, in cui le istanze delle famiglie hanno avuto forte rilevanza, teso a ribadire che il ruolo della comunità in cui vive la persona con disagio mentale può essere risorsa ulteriore per un percorso di evoluzione positiva.

Le Linee di indirizzo hanno sancito ulteriormente alcuni orientamenti comuni: in sintesi la necessità inderogabile di avviare e progettare, per una persona in carico ai DSM, un percorso di miglioramento, che agisca sui "determinanti sociali della salute", coinvolgendo fin dalla prima istanza la persona e la famiglia, non solo nella relazione con referenti dei DSM, ma anche con referenti dei Servizi sociali territoriali competenti.

Non si tratta di una affermazione banale: significa mettere in discussione modelli organizzativi e amministrativi consolidati, investire i Servizi sociali territoriali di un ruolo progettuale e propositivo molto nuovo, individuare modelli organizzativi innovati.

In particolare nel documento si è condiviso che il percorso per la definizione di un progetto individuale con Budget di Salute deve sempre e fin da subito avviarsi in forma integrata tra DSM DP, Servizi Sociali territoriali, persona, che costituiranno una Equipe integrata per/con la persona.

A seconda delle organizzazioni distrettuali, l'Equipe integrata può assumere anche la forma di UVM per formalizzare il progetto; o connettersi con la UVM distrettuale che prenda atto o proponga miglioramenti ad un progetto che vi giunge comunque già completo, condiviso, sostenibile.

Coinvolgere e valorizzare la capacità progettuale dei Servizi Sociali significa anche chiamare i Comuni/Unioni a promuovere attenzione al capitale sociale presente nei territori quale risorsa ulteriore da attivare perché un progetto individuale con Budget di salute abbia più efficacia. Significa inoltre, come riconosce il documento stesso, porsi l'obiettivo di una nuovo "habitus" culturale, centrato sui bisogni e potenzialità della persona e non sui modelli organizzativi e di servizio che ciascuna Istituzione rappresenta.

Il documento proposto, che assume la veste di Linee di Indirizzo approvata dalla CTSSM traccia percorsi che necessariamente troveranno nella dimensione distrettuale la specificità necessaria: ne rimarchiamo il rilievo perché coinvolge tutte i Distretti dell'area metropolitana e le due Aziende Sanitarie. Siamo consapevoli che rappresenta non un punto di approdo, quanto un punto di partenza per un percorso che aiuti a mantenere viva e innovata l'attenzione della comunità alla salute mentale.

In parallelo alla redazione delle linee di Indirizzo proprio in questa direzione hanno rappresentato importantissimi momenti di confronto i focus group attivati e condotti dall'Istituzione G.F. Minguzzi

in tutti i sette distretti dell'area metropolitana: momenti di confronto di una comunità professionale e associativa impegnata nella cura e prevenzione del disagio mentale, che talvolta si incontrava per la prima volta a riflettere sulle proprie prassi , e da cui sono scaturite proposte e bisogni su cui lavorare per il futuro .

Il gruppo di lavoro interistituzionale metropolitano si manterrà attivo e sta già lavorando per individuare strumenti comuni e per progettare un piano di formazione permanente che aiuti e supporti la integrazione socio sanitaria, il contributo delle famiglie e utenti e la cooperazione sociale.

La Città metropolitana ha assicurato sue proprie risorse per sostenere un coordinamento efficace del Gruppo di lavoro e sosterrà la Istituzione G.F. Minguzzi , nostro punto di riferimento da sempre sui temi della inclusione e salute mentale, nel lavoro di coprogettazione e organizzazione di percorsi formativi distrettuali e metropolitani.

Alle Istituzioni tutte competerà riflettere sulle proprie organizzazioni, monitorare i percorsi, proporre ulteriori soluzioni per gli aspetti che in particolare le famiglie e gli utenti ci segnalano come irrisolti. Infine il lavoro proposto e le indicazioni condivise rappresenteranno, ce lo auguriamo, un contributo ai programmi futuri dei DSM.

Giuliano Barigazzi
Presidente Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria Metropolitana



Bologna, 21 maggio 2019

CONTRIBUTI INTRODUTTIVI

- **L'ESPERIENZA BOLOGNESE DELLA COPROGETTAZIONE E DELLA COGESTIONE DI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI PERSONALIZZATI CON BUDGET DI SALUTE**

Dott. Angelo Fioritti - Direttore Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Le esperienze pionieristiche di Budget di Salute che hanno visto nel territorio friulano le punte maggiormente innovative negli anni '90 e nei primi anni 2000, hanno suscitato grande interesse anche presso la Regione Emilia-Romagna che ne ha previsto la sperimentazione a partire dal Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011. Dopo i positivi riscontri delle esperienze di Parma, Imola e Forlì, anche il DSMDP di Bologna ha avviato una riflessione sul Budget di Salute che lo ha portato nel 2013 ad avviare una profonda riforma della progettazione individuale. I cardini di questo progetto che si è poi concretizzato nel 2015 sono stati:

1. Rendere il budget di salute l'unica modalità di coprogettazione tra utente, CSM e Terzo Settore;
2. Superare tutti le convenzioni precedentemente in essere per la fornitura di servizi da parte del Terzo settore e mettere a bando 600 progetti individualizzati con la metodologia del Budget di Salute;
3. Rinviare a dopo l'assestamento di questo complesso iter il coinvolgimento degli Enti Locali nella coprogettazione.

A quattro anni dall'avvio di questa nuova fase si sono evidenziati molti punti di forza e qualche criticità. I principali punti di forza sono stati:

1. La rivalutazione di oltre 600 percorsi individuali con la presenza attiva e la propositività aperta degli utenti ed ove necessario dei loro familiari;
2. Una diversificazione della offerta di aiuto, che ha privilegiato l'accompagnamento individuale nelle aree del lavoro, dell'abitare e della socializzazione al posto dei luoghi tradizionali della riabilitazione (come i Centri Diurni);
3. L'avvio di interessanti esperienze per gli autori di reato presenti in REMS, nell'area delle Dipendenze Patologiche e dei minori;
4. La convergenza intorno a questa metodologia di altre interessanti innovazioni, come l'Individual Placement and Support, gli Esperti nel Supporto tra Pari e l'housing first.

Le criticità maggiori hanno riguardato:

1. Alcune complessità amministrative;
2. Il mancato coinvolgimento degli Enti Locali.

Il 2019 segna una fase di forte rilancio della esperienza, sostenuta dal Piano Sociale e Sanitario Regionale e dalle schede elaborate all'interno dei Piani di Zona. Il lavoro che la CTSS della Città Metropolitana di Bologna ha avviato tramite il proprio Ufficio Tecnico di Supporto per armonizzare le metodologie di UVM e BdS ne è l'aspetto più rilevante. E' in corso la ridefinizione del bando per il Terzo Settore da parte della AUSL Bologna e la realizzazione dei Focus Group distrettuali sotto il coordinamento della Istituzione Gianfranco Minguzzi ha costituito un passo decisivo verso la piena realizzazione della filosofia della coprogettazione allargata.

- **L'ESPERIENZA IMOLESE DEI BUDGET DI SALUTE METODOLOGIA DI PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DELLE CURE PSICOSOCIALI, FINALIZZATA AL WELFARE COMUNITARIO**

Dott.ssa Alba Natali Direttore Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche Ausl di Imola

Il Budget di Salute (BdS) è una metodologia di programmazione e realizzazione delle cure psicosociali, finalizzata al Welfare comunitario. Trova il proprio fondamento in un modello di Salute Mentale di Comunità attuato attraverso la costruzione di un insieme di servizi e prassi operative a rete, la promozione e il rafforzamento delle reti naturali esistenti, il riconoscimento, la valorizzazione e il potenziamento delle energie e delle competenze dei soggetti e delle famiglie.

Risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie sono messe in campo al fine di migliorare la salute, il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Le aree di intervento corrispondono ai principali determinanti di salute: formazione e lavoro, casa e habitat sociale, affettività e socialità. In questa prospettiva di intervento, prestazioni sociali e sanitarie non sono scindibili.

Il BdS aumenta la capacità di presa in carico comunitaria, formale e informale, dei bisogni delle persone con disabilità sociale. Determinando un aumento delle opportunità di scambio di risorse e di affetti costituisce un intervento orientato a produrre anche un cambiamento del contesto.

La filosofia che sottende questo modello risiede nella consapevolezza che gli impedimenti esterni all'esercizio dei diritti all'apprendimento, alla formazione, alla socialità, al lavoro, all'abitazione siano i determinanti che trasformano una persona vulnerabile o "a rischio" in un "caso" e contemporaneamente che la persona con dei bisogni possa essere, anziché un costo, una risorsa per sé stessa e per il contesto sociale nel quale vive.

Il BdS come metodologia e strumento può contribuire inoltre, sul piano programmatico ed organizzativo, al passaggio dal sistema di finanziamento dei "contenitori" al finanziamento dei progetti personalizzati e quindi a un diverso governo delle attività sanitarie e sociosanitarie, a tutela della salute delle persone e dei loro diritti di cittadinanza.

Le istituzioni socio-sanitarie si orientano così a superare la produzione di prestazioni rigide, tipiche del modello clinico che fa riferimento esclusivo a tecniche, diagnostiche terapeutiche e organizzative, sanitarie; alle condizioni di sofferenza più complesse o acute si risponde con la costruzione di percorsi con caratteristiche flessibili ed articolate su più di un piano.

L'Ente Pubblico esercita il diritto-dovere della programmazione, dell'indirizzo e della valutazione e coinvolge tutti i protagonisti, persona, famiglia, non-profit e for-profit, comunità, ad essere coproduttori e corresponsabili del "benessere" delle persone segnate da svantaggio.

Questa metodologia si pone quindi come esempio di buona prassi nella riconfigurazione di una *governance* del Welfare abilitante la generazione di capitale sociale e la capacitazione personale.

Concorre inoltre ad instaurare un modello di *governance* in cui il "privato", ed in particolare il Terzo Settore, non è un soggetto a cui affidare l'effettuazione di attività con sistemi di delega, ma è un partner che collabora alla costruzione e allo sviluppo di sistemi attivi di protezione sociale, a partire da progetti personalizzati.

L'analisi del BdS consente quindi di riflettere sulle caratteristiche costitutive di un sistema di welfare inclusivo e generativo di valore sociale, attraverso un sistema di opportunità e capacitazioni che offre alla persona la libertà di scegliere non solo i mezzi per un dato fine ma anche il fine stesso.

Il percorso del Circondario Imolese: il reale momento di avvio del percorso risale ai primi anni del 2000, con i primi contatti tra operatori del Centro di Salute Mentale del DSMDP della AUSL di Imola con operatori del DSMDP di Trieste e di Palmanova (UD), due realtà anticipatrici fortemente impegnate nell'utilizzo del budget di cura/salute, ed ai successivi momenti di scambi formativi che coinvolsero anche ASP e Terzo settore. Il primo progetto sperimentale con BdS prese avvio però

solo nel 2008, fortemente determinato dalla necessità di dare risposte appropriate e negoziate ad una persona che, pur presentando da anni condizioni di sofferenza psichica marcata con lunghi periodi di ospedalizzazione, rifiutava strenuamente l'inserimento in una residenza psichiatrica reclamando il diritto a vivere nella propria abitazione e ad usufruire di cure domiciliari.

Nell'anno successivo il BdS venne utilizzato per 7 utenti; nel 2018 le persone per le quali è stato formulato un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) con la metodologia del Budget di Salute sono state 62 su territorio con una popolazione di circa 135000 abitanti; ogni PTRI è stato formalmente definito nella Unità di Valutazione Multidimensionale. La coprogettazione e la cogestione con Terzo Settore, ASP e molteplici realtà territoriali sono fondanti rispetto alla reale possibilità applicativa di questa metodologia.

A fronte di questa realtà locale è stato di grande interesse partecipare al Gruppo di lavoro Metropolitano che si è accompagnato al lungo percorso regionale e della Consulta per la Salute Mentale.

Il lavoro del gruppo si è sviluppato con modalità aperte al confronto, in un clima di fiducia reciproca. Questo ha consentito uno scambio basato su conoscenze fattive, mettendo a fattore comune, moltiplicativo, esperienze, competenze e risorse, che hanno portato ad una rimodulazione delle procedure e dei percorsi già presenti nei vari distretti e nelle due aziende al fine di formulare comuni linee di Indirizzo metropolitano per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM.

L'auspicio è che la condivisione e la restituzione del prodotto finale alla Comunità intera produca un "rispecchiamento" e faccia nascere nuove sollecitazioni utili ad una continua verifica ed evoluzione di questa metodologia.

- **L'EVOLUZIONE DEI BUDGET DI SALUTE: VERSO UNA PRESA IN CARICO A 360°**

Dott.ssa Marie-Françoise Delatour - Presidente CUFO Comitato Utenti Familiari ed Operatori del DSM di Bologna CUFO

Le Associazioni del CUFO di Bologna hanno partecipato in modo pieno e convinto al tavolo di lavoro promosso dalla CTSSM d'intesa con il DSM, e a tutti i focus group organizzati dall'Istituto Minguzzi nei distretti, portando il proprio contributo per l'ampliamento dello spettro delle azioni possibili nei budget di salute e per l'adeguamento degli strumenti operativi .

Le Associazioni apprezzano il grande lavoro di diffusione e riorganizzazione dei Budget di Salute portato avanti dal DSM negli ultimi anni, e le risposte innovative sinora messe in campo dal privato sociale.

Tuttavia le Associazioni ritengono necessario proseguire verso un ulteriore ampliamento delle tipologie di azioni che possono rientrare nella predisposizione dei Budget di Salute, con l'ingresso pieno dei Servizi Sociali degli Enti Locali nell'equipe che seguirà i singoli progetti personalizzati, arricchendone i contenuti e l'integrazione con il territorio. Per questi motivi abbiamo accolto caldamente la proposta del CTSSM di portare la voce delle Associazioni, lavorando insieme per fare evolvere ulteriormente questo prezioso strumento operativo di condivisione .

In particolare, nell'ambito del tavolo di lavoro congiunto, le nostre richieste sono state centrate sui seguenti punti:

1. la richiesta che l'utente e la sua famiglia vengano **coinvolti attivamente sin dall'inizio** del percorso di predisposizione del budget di salute. Questo per evitare che la prima proposta venga elaborata dai soli professionisti sulla base delle opportunità già disponibili presso le cooperative sociali, mentre, per valorizzare le proprie aspettative e talenti, all'utente possono interessare altre opportunità da ricercare sul territorio o in alcuni casi da costruire ad hoc per lui;

2. la richiesta che **anche l'ente locale venga coinvolto sin dall'inizio**, per conoscere il caso nelle sue motivazioni e nei suoi dettagli e potere portare un suo nuovo sguardo sul caso, al fine di portare in modo consapevole il proprio contributo di proposte e di risorse in provenienza dal territorio;
3. la richiesta che, di fronte ai numerosi componenti dell'equipe integrata CSM/Enti locali, l'utente possa avere **un interlocutore unico** in grado di coordinare l'equipe e di assumere decisioni, senza ritrovarsi ad interloquire con i singoli componenti dell'equipe che seguiranno il suo caso;
4. la richiesta che nel budget di salute venga dato **maggior peso alla salute fisica** dell'utente: i problemi di obesità, di diabete, o di fragilità cardio-vascolare che richiedono spesso la collaborazione anche delle cooperative e della famiglia, non andrebbero semplicemente segnalati e delegati al medico di medicina generale, ma dovrebbero rientrare a pieno titolo nelle azioni integrate del budget di salute, monitorate assieme alle altre azioni, con il medico di medicina generale che entra se del caso a fare parte dell'equipe integrata BdS che segue il paziente.
5. la richiesta che le esigenze dell'utente vengano veramente **prese in considerazione a 360°**, come previsto dalla normativa regionale.

Questo significa considerare l'utente non come persona isolata, ma come persona nel suo contesto quotidiano di vita. Quando necessario, significa anche dare un supporto alla famiglia: non tanto per attivare una terapia psicologica per la mamma che "non ce la fa"; si tratta piuttosto di attivare un vero e proprio lavoro di sostegno al gruppo dei familiari, un intervento di coaching, di consigli comportamentali ed organizzativi, sino a garantire un aiuto domestico domiciliare ad esempio quando i genitori sono anziani e devono gestire un caso difficile in casa.

Questo ultimo punto, che non richiede l'intervento del privato sociale e fa riferimento piuttosto alle competenze degli enti locali, è stato rilevato ma non è stato approfondito e verrà analizzato durante la sperimentazione.

Come Associazioni, abbiamo apprezzato la freschezza e l'entusiasmo degli operatori da entrambe le parti, pronti ad avviare questa nuova fase di lavoro comune.

L'integrazione dei percorsi individuali verrà così completata con l'integrazione tra gli operatori e tra le strutture, che hanno espresso durante il tavolo di confronto un forte desiderio di cooperare e di continuare a collaborare insieme.

Per le Associazioni, ci sono tutte le premesse per mettere in atto quanto discusso e condiviso, daremo il nostro contributo alla fase di sperimentazione.

• IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLA GUARIGIONE

Dott.ssa ANNA MARCHI Presidente CUF Comitato Utenti Familiari del DSM di IMOLA

Il diritto a vedersi garantire aspettative favorevoli per il proprio processo di cura è fondamentale. Ron Coleman a nome del movimento degli utenti lo definisce semplicemente come il riconoscimento del diritto alla guarigione. Il documento essenziale e imprescindibile sulla tutela della salute mentale è il Piano di azioni nazionale per la salute mentale del 2013 elaborato dal Ministero della salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, che propone pratiche e strategie in uno scenario sociale e sanitario profondamente mutato.

Secondo il Piano di azioni nazionale per la salute mentale dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale che *“rappresenta la sottoscrizione di un “accordo/impegno di cura” tra DSM e utente, con l’auspicabile partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale. La presa in carico si rivolge a un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda*

su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita.

In questo senso Il budget di salute rappresenta uno strumento strategico essenziale per prendere in carico la persona con tutta la complessità della sua situazione esistenziale. In questi anni a partire dalla riforma Basaglia si è discusso molto ,da un lato del tema dei diritti e della lotta allo stigma , dall'altro di quali fossero le strategie terapeutico-sanitarie più efficaci . Si è dato meno spazio alle dimensioni materiali della vita quotidiana: l'abitare , l'inclusione lavorativa,le forme di sostegno attivo ,la gestione economica della propria vita ecc.

Attraverso la valutazione multidimensionale della persona finalmente si può facilitare la conquista di un'autonomia possibile e la realizzazione di un progetto di vita usando al meglio il sistema delle risorse che si possono mettere a disposizione integrando le diverse competenze territoriali.

La varietà dei mezzi permette di dare risposte diversificate e flessibili in modo che il progetto di vita sia più rispettoso della persona e al contempo più attento al contesto.

ISTITUZIONE G.F MINGUZZI

ESITI DEI 7 FOCUS GROUP SUL BUDGET DI SALUTE - SINTESI DEL REPORT CONCLUSIVO

(a cura di B. Zani, A. Lazzari, A. Guarino - Istituzione G.F.Minguzzi)

Sono stati organizzati e realizzati 7 Focus Group, uno per Distretto, della durata di 2 ore ciascuno, interamente registrati e trascritti, che saranno messi a disposizione di ogni Distretto nella fase di restituzione, insieme al Report conclusivo.

Ai Focus hanno partecipato in totale **113** tra operatori dei servizi, di cooperative e di associazioni di familiari, in specifico: 40 operatori dell'AUSL di Bologna (CSM, SERDP) e Imola (CSM, Ser.DP., Neuropsichiatria), 21 operatori degli Enti Locali, 18 di cooperative sociali, 11 di ASP/ASC, 8 responsabili UASS, 8 membri di Associazioni dei familiari di Bologna (CUFO) e Imola (CUF) e 7 responsabili degli Uffici di Piano.

Si è registrata una grande partecipazione e coinvolgimento, per molti era la prima volta in cui si sedevano intorno allo stesso tavolo, quindi si è trattato di una occasione – come sottolineato da tutti i partecipanti – per leggere le linee di indirizzo regionali, condividerne i punti più significativi, discutere delle perplessità e dei dubbi, evidenziare le domande di chiarimento.

Ogni Focus si è articolato su tre punti principali: 1. breve presentazione della situazione attuale dei progetti con Budget di Salute (BdS) realizzati o in corso; 2. individuazione delle criticità; 3. proposte di miglioramento.

1. LA RAPPRESENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE

La fotografia della situazione attuale ha evidenziato la presenza di progetti di BdS in tutti i CSM dei 7 Distretti (con differenza di target tra le due AUSL), mentre nei SER.DP. è in atto una sperimentazione in tutti i Distretti ma per un numero limitato di utenti (2 nel Distretto di Imola, circa 20 in totale nei 6 distretti Ausl Bo con un'organizzazione diversificata rispetto al CSM: si tratta di una sperimentazione, non c'è un appalto rivolto alle cooperative sociali, funziona un tavolo tecnico aziendale). La Neuropsichiatria infantile ha attivato BdS solo nel Distretto di Imola.

Un primo elemento da sottolineare riguarda il diverso assetto organizzativo dei servizi: in tre dei sette distretti è ancora in fase di completamento il ritiro delle deleghe, in alcuni distretti tutte le funzioni sociali sono delegate ad una ASP, in altre solo alcune sono delegate ad una ASP e non da parte di tutti i Comuni (per un quadro completo, si veda Allegato 1).

Un secondo elemento emerso riguarda la rappresentazione che i diversi interlocutori hanno del BdS: uno strumento nuovo, poco conosciuto dagli operatori del SST, uno strumento che richiede nuove modalità di lavoro tra i servizi coinvolti (DSM- DP, Enti Locali, Coop. sociali), una opportunità per sistematizzare le modalità di svolgimento degli interventi nei servizi di Salute Mentale; uno strumento che promuove la co-progettazione reale con l'utente (e i familiari) e la sua responsabilizzazione; adattabile ad altri target della popolazione (es. disabili, anziani...). Alcuni sottolineano che non è solo uno strumento, ma un modello culturale organico e condiviso (definizione del BdS come *bilancio*, che include non solo l'aspetto economico, ma anche tutte le risorse - umane, personali, sociali e comunitarie). Per le cooperative sociali coinvolte è stata un'esperienza stimolante, che ha rafforzato i rapporti tra le diverse coop. locali, ha potenziato la progettazione personalizzata, percorsi di cura più qualificati, risposte più eque e a più ampio raggio.

Relativamente alla organizzazione, nel distretto di Bologna sono presenti équipe territoriali integrate (ETI) che prendono in carico un caso e poi elaborano un progetto che presentano in UVM quando c'è un BdS. In alcuni distretti si auspica la creazione di Equipe integrate (Pianura Est,...); in altri distretti le équipe integrate non sono state nominate.

L'UVM, che è convocata da DASS/UASS, è presente in tutti i Distretti anche se non viene attivata per tutti i target di popolazione (minori, adulti, disabili, anziani). I progetti personalizzati con BdS non sempre passano in UVM. Di fatto i distretti non hanno ancora definito una modalità operativa e

un protocollo operativo: Equipe che lavora come UVM? UVM che si incontra solo per la valutazione e poi la progettazione ritorna in mano all'équipe? Rischio per UVM di diventare un «contenitore», un luogo formale, in cui si deve passare per rispettare l'iter.

2. LE CRITICITÀ

Vanno definiti con maggior precisione i criteri di accesso: chi può attivare il BdS (ora solo il DSM); definire per quale target di popolazione viene attivato; specificare l'appropriatezza del BdS alla condizione della persona (non sempre si può attivare un BdS: allora, quando è opportuno/appropriato rispetto ad altri strumenti/interventi?)

E' emersa con forza la richiesta di ridurre il livello di burocratizzazione (aspetti amministrativi), semplificando le procedure, evitando il rischio di autoreferenzialità dei servizi.

Occorre condividere il concetto di complessità (casi complessi) tra servizi (DSM e Enti Locali): vi sono criteri diversi, filosofie e logiche differenti. Occorre modulare le condizioni di accesso ai Servizi sociali per utenti DSM (es. lunghe attese, ecc.) occorre «uno sguardo diverso», l'omologazione stigmatizza

Le cooperative hanno dovuto in parte ristrutturare i propri servizi e adattarli alle necessità dell'utente, che presenta un ritmo veloce di cambiamento dei bisogni: lo strumento del BdS è flessibile, ma richiede anche molta flessibilità agli operatori. La creazione della rete del RTI produce una offerta di servizi limitata alle cooperative che ne fanno parte, a scapito della territorializzazione (es. Libertas a Vergato) e delle altre risorse formali e informali della comunità. Non è ancora sedimentato nei servizi il ruolo della comunità come risorsa da valorizzare e da coinvolgere nell'ambito del budget di salute.

3. PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Per familiari e utenti: occorre co-progettare insieme, fin dall'inizio, il progetto personalizzato con BdS in un gruppo ristretto, con un *case-manager* di riferimento; avere una visione complessiva della salute (anche fisica) dell'utente; prevedere interventi volti alla socializzazione del paziente (nel volontariato, o altro); prevedere interventi di gruppo; prevedere interventi di sostegno alle famiglie.

Per gli operatori dei Servizi sanitari e sociali territoriali: occorre una maggiore conoscenza e condivisione dello strumento BdS, di qui la richiesta unanime di una formazione comune a livello metropolitano (e poi articolata nei distretti); potenziare l'attività di co-progettazione dell'intervento; valutare chi può attivare il percorso per BdS; definire e condividere protocolli operativi. L'organizzazione è fondamentale, ma ci vuole cultura: è indispensabile un lavoro culturale sugli strumenti e riarticolare servizi e risorse, semplificando (ci sono doppioni). Bisogna discutere e approfondire il concetto di "integrazione socio-sanitaria".

Per gli stakeholders locali: promuovere nell'ambito di attività formative la valorizzazione della comunità come risorsa

4. QUESTIONI SOLLEVATE

Può essere condivisa una interpretazione unica di BdS, dei criteri di accesso, del percorso che porta alla attivazione di un progetto personalizzato con BdS nelle linee di indirizzo?

Come può essere definito meglio il ruolo dell'UVM e delle équipe integrate? Creare una UVM-BdS o discutere BdS nelle UVM già esistenti?

Può essere condiviso un percorso di affiancamento e monitoraggio dell'evoluzione del percorso di sviluppo del budget di salute?

Si può lavorare per giungere ad un Accordo Metropolitano?

Può essere utile continuare a monitorare il progressivo assetto della governance dei servizi sociali e sanitari e creare momenti di confronto fra le diverse modalità di implementazione?

Alcune di queste domande hanno trovato una risposta nelle Linee di indirizzo, altre rimangono temi aperti, da riprendere e da approfondire in un percorso formativo comune, da tutti auspicato.

Linee di Indirizzo metropolitana per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM

1. FINALITA', DESTINATARI, SOGGETTI COINVOLTI

- 1.1 Finalità
- 1.2 Destinatari
- 1.3 Istituzioni/Soggetti coinvolti

2. AMBITI DI INTERVENTO PER LA INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

- 2.1 I determinanti sociali di salute
- 2.2 L'integrazione e coordinamento delle opportunità e dei servizi

3. IL PERCORSO VERSO LA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE CON IL BUDGET DI SALUTE

- 3.1 Equipe integrata per/con la persona
- 3.2 Unità di valutazione multiprofessionali (UVM) per la progettazione personalizzata con la metodologia del budget di salute con UVM
- 3.3 Strumenti

4. FORMAZIONE PROSPETTIVE E TEMATICHE APERTE

- 4.1 Formazione integrata permanente. Coordinamenti distrettuali salute mentale
- 4.2 Prospettive e tematiche aperte

5. MONITORAGGIO

Allegati

- 1) **COMPOSIZIONE GRUPPO DI LAVORO**
- 2) **ORGANIZZAZIONI DISTRETTUALI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI**

1. FINALITA', DESTINATARI, SOGGETTI COINVOLTI

1.1 FINALITA'

Finalità del presente documento è individuare piste di lavoro condivise a livello metropolitano per sperimentare quanto previsto dalla nota congiunta Regione-ANCI, inviata alle Aziende sanitarie ed a tutti i Sindaci nel maggio 2018 **“Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute”**, in coerenza con le indicazioni normative regionali¹.

Le indicazioni proposte rappresentano una soluzione condivisa, che consente di migliorare l'integrazione necessaria tra Servizi Sociali territoriali, Servizi socio sanitari, Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche delle due Aziende nella realizzazione di progetti individualizzati con Budget di Salute a supporto di Piani terapeutici riabilitativi individuali. La piena integrazione dei servizi sociali e sanitari (pubblici e privati) è assunta come condizione per l'inclusione dei soggetti deboli nei contesti sociali. L'intento, quindi, è quello di promuovere forme di intervento capaci di non separare le variabili socio-economiche e ambientali dall'offerta di servizi di cura; di non porre confini rigidi fra sociale e sanitario, di rendere più flessibile e temporalizzata l'offerta e i modelli di erogazione; di evitare l'autoreferenzialità sia sul versante pubblico sia su quello del privato sociale.

Il documento inoltre rappresenta un primo esito del percorso che ciascun Distretto dell'area metropolitana ha proposto nell'ambito del proprio *Piano di Zona, per la salute ed il benessere sociale 2018-219*, in riferimento alla scheda n°4 *“Budget di salute”* prevista nel vigente Piano sociale e sanitario 2107-2019 della Regione Emilia Romagna.

La metodologia del Budget di Salute (BdS) pone al centro l'unitarietà della persona, e prevede una forte attenzione ai **determinanti sociali di salute** riscontrabili nel contesto sociale, economico lavorativo, relazionale e valoriale delle singole persone. Nella Regione Emilia Romagna e nelle Aziende sanitarie e nei Distretti dell'area metropolitana questa modalità di lavoro è già da tempo strutturata nell'area della salute mentale, seppure nella realtà metropolitana, complessa e vasta essa si sia dispiegata con modalità naturalmente differenziate. Il patrimonio di esperienze e conoscenze diffuse rappresenta quindi una solida base per tentare un ulteriore salto di qualità: in particolare nel consolidare la relazione tra Servizi Sociali Territoriali (SST) e Aziende sanitarie - Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, intesa come condizione di base e prerequisito per progetti individualizzati aperti anche al contributo della comunità in cui è inserita la persona e che siano in grado di sostenere efficacemente la famiglia e in prospettiva di promuovere attenzione e consapevolezza al tema della salute mentale.

La metodologia del Budget di salute è naturalmente una metodologia che può risultare estremamente efficace anche per altre situazioni di fragilità (disabilità, anziani..). Nel presente documento si intende però centrare l'attenzione alla salute mentale

Si è naturalmente consapevoli che il BdS rappresenta anche uno strumento organizzativo - gestionale che deve necessariamente vedere il concorso, a partire dai bisogni della persona/protagonista, di Istituzioni diversamente organizzate. Scopo di questo documento è agevolare tale relazione, promuovendo l'attivazione a livello di ciascun Distretto di UVM, secondo le indicazioni della nota regionale: *“Pur mantenendo la distinzione tra i due ambiti, progettazione e valutazione, si propone di facilitare il più possibile l'attività attraverso un modello di UVM intesa come processo che potrà essere svolto dall'Equipe Integrata con funzioni di UVM in un'unica sessione o dalla Equipe Integrata e dall'UVM in due sessioni. In tal modo i due ambiti con le loro funzioni non sono espressione di livelli gerarchici, ma sono da leggersi in modo unitario e dinamico²”*

¹ Riferimenti normativi, ripercorsi nella nota Regione-Anci *“Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute –maggio 2108”*, integralmente richiamati.

Inoltre ripercorrere le esperienze metropolitane in chiave rinnovata potrà rendere più chiare alle persone e alle famiglie le opportunità possibili. Il Gruppo di Lavoro³ che ha redatto questo documento è parte di questo percorso rappresentando una comunità professionale ed associativa che si è interrogata, ha condiviso problematiche, attivato relazioni e che intende proseguire, nell'ambito delle attività della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale metropolitana, nel confronto e nella formazione. Le indicazioni **condivise, necessariamente di livello generale sono dunque da intendersi come uno stimolo ad una riflessione approfondimento e operatività in divenire, che a livello distrettuale individuerà percorsi specifici.**

1.2 DESTINATARI

In prima istanza e nel contesto di un percorso che si connota come sperimentale ed in divenire, si condivide che **i destinatari siano persone seguite dai Dipartimenti Salute Mentale Dipendenze Patologiche**, che evidenzino criticità nelle aree dei determinanti sociali di salute, e per le quali il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato con Budget di Salute, costituisca l'opportunità di costruire attività e percorsi riabilitativi per il recupero e l'acquisizione di abilità, di competenze e di autonomie volte al miglioramento del funzionamento personale e sociale e alla valorizzazione delle loro richieste emancipative.

Per quanto concerne i sei Distretti **dell'Azienda USL di Bologna**, le Schede n. 4 dei Piani di Zona hanno individuato come soggetti prioritari **persone giovani con disturbi psicopatologici non cronicizzati** con l'obiettivo di creare quelle condizioni e quelle situazioni che permettono alla persona di raggiungere obiettivi reali di inclusione sociale e di realizzazione di sé all'interno della comunità. **Nell'AUSL di Imola**, Distretto afferente al Nuovo Circondario Imolese la priorità è data in generale **ai casi complessi con alta incidenza degli aspetti sociali e sociosanitari** quali determinanti della salute, con particolare attenzione, non esclusiva, ai giovani all'esordio di quadri psicopatologici importanti.

In ambedue le situazioni l'impegno previsto alla luce dei dati proposti nelle Schede citate è di circoscrivere le sperimentazioni a gruppi ristretti di utenti, e in via prioritaria ma non esclusiva a centrarle su nuovi pazienti.

In relazione alle esperienze consolidate ed al numero dei pazienti, il percorso proposto assume in questa a fase certamente rilevanza per le persone in carico ai Centri di Salute Mentale (CSM) ma la natura stessa della metodologia di progettazione con il Budget di Salute rappresenta una risorsa anche per l'utenza dei Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerDP) e delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ((NPIA.) Sono già attive infatti sperimentazioni in questa direzione (AUSL di Bologna per SerDP e in prospettiva anche NPIA, AUSL di Imola per NPIA e per SerDp), pertanto in ciascun Distretto si valuteranno nello specifico i bisogni e le opportunità.

1.3 ISTITUZIONI/SOGGETTI COINVOLTI

Sono attori centrali istituzionali del percorso sperimentale di integrazione che si condivide in questo documento i Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche⁴, le Direzioni Attività Socio-Sanitarie (nei distretti dell'Azienda USL di Bologna attraverso le proprie articolazioni distrettuali)⁵ e i

² "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute –maggio 2108 "

³ Vedi allegato 1

⁴ D'ora in poi DSM DP

⁵ D'ora in poi rispettivamente DASS e per ASL Bologna UASS

Comuni /Unioni, sia attraverso i Servizi Sociali Territoriali, nelle diverse forme in cui sono organizzati nell'area metropolitana⁶, sia in quanto istituzioni più prossime al cittadino al fine di agevolare il collegamento tra sistema di cura e sistema di comunità. Gli Uffici di Piano rappresentano a livello distrettuale un riferimento imprescindibile per la promozione attiva ed il coordinamento tra parte sociale e parte sanitaria.

Sono protagonisti in tutte le fasi dei singoli Progetti individuali la persona e la famiglia, quest'ultima se e quando richiesto dalla persona stessa.

Sono interlocutori indispensabili le Cooperative Sociali partner dei DSM DP, con funzioni di coprogettazione e attuazione degli interventi; le Associazioni organizzate nei Comitati Utenti e Familiari aziendali; il Terzo Settore in generale, l'Associazionismo ed il Volontariato attivo sui territori; altri soggetti pubblici e privati della comunità con vocazione alla Responsabilità Sociale.

2. AMBITI DI INTERVENTO PER L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

2.1 I DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE

Il Progetto Individualizzato con BdS, (inteso come uno degli strumenti possibili parte integrante del percorso di cura – PTRI) mette al centro la persona ed i suoi bisogni e potenzialità e si caratterizza dunque per essere unitario a prescindere dalle diverse Istituzioni e soggetti che possono contribuirvi. Ciascuna di esse può dunque collaborare alla progettazione e alla realizzazione del Progetto Individualizzato a condizione di condividere l'insieme delle opportunità possibili; così come è necessario che la persona e la famiglia dispongano del medesimo quadro complessivo.

Le aree di intervento che con il BdS si intendono esplorare e sostenere secondo le specifiche situazioni delle persone afferiscono **all'abitare/supporto alla domiciliarità, alla formazione/lavoro e al reddito, alla socialità/affettività**. Esse sono *determinanti sociali di salute* e chiavi di lettura condivisa, aree di miglioramento della condizione personale con obiettivi individuati sulla base dei bisogni e potenzialità della persona e su di esse possono/debbono convergere le risorse dei Servizi pubblici e della comunità, in un percorso di coprogettazione e covalutazione.

Scopo di questo documento è stimolare nei diversi Distretti e Servizi coinvolti un "habitus" culturale e professionale di collaborazione interistituzionale sulla base di quanto sopra, a prescindere degli aspetti economico finanziari.

Oggetto di questo sforzo è infatti il Progetto Individuale attivato con metodologia BdS (livello territoriale) e quindi centrato sui determinanti sociali di salute sui quali i DSM DP già investono importanti risorse interne ed acquisite dalla cooperazione sociale che sono pienamente riconfermate.

Ciò che si intende migliorare è invece la coprogettazione con i Servizi Sociali Territoriali in merito a tali servizi, valorizzare l'attivazione di eventuali supporti già in essere e/o possibili da parte dei SST per quanto concerne ad es. interventi sul nucleo familiare e a supporto di minori presenti, consulenza e supporto per l'accesso alle misure di sostegno al reddito.

Il valore aggiunto della coprogettazione sui singoli casi è inoltre agevolare l'aumento della conoscenza reciproca tra i diversi Servizi coinvolti.

L'integrazione progettuale rappresenta un valore aggiunto anche nel momento in cui l'azione dei servizi attivati dai DSM DP rappresenta una risposta "completa", in quanto i Servizi Sociali Territoriali possono portare oltre che un contributo professionale qualificato, anche conoscenze relative alle opportunità del territorio (anche informali) e al contesto di vita reale della persona. Si tratta di risorse preziose nella coprogettazione con la persona del proprio percorso.

Nel presente testo il termine "risorse" è dunque inteso nella sua accezione più ampia, in

⁶ D'ora in poi SST, Allegato 2

2.2 L'INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO DELLE OPPORTUNITÀ E DEI SERVIZI

Nel percorso di cura di persone con problemi di salute mentale e/o dipendenze in carico ai DSM DP, intervenire attraverso il Budget di Salute, realizza una finalità sociale e assistenziale complementare ai percorsi riabilitativi .

La progettazione di un intervento sui determinanti sociali di salute collocano in modo integrato le opportunità diversamente agite dalle Istituzioni sanitarie (DSM DP) e dai Servizi Sociali distrettuali, prevalentemente sul livello territoriale.

I DSM DP attivano già, attraverso l'intervento soggetti della cooperazione sociale appositamente selezionati⁷ e partner attivi nella coprogettazione, specifici interventi per il supporto alla domiciliarità, per la riacquisizione di autonomie di base e per supportare la persona nelle attività della vita quotidiana (cura di sé, del proprio ambiente, e dei propri spazi di vita); progetti di attivazione verso il lavoro (tirocini D e C in cooperative sociali di tipo B, accompagnamento al lavoro); percorsi socio /educativi/riabilitativi di sostegno alla socialità.

I SST possono intervenire per la persona o per il nucleo, in situazioni di fragilità, anche abitativa e/o in caso di presenza di minori con interventi di natura sociale e socio assistenziale, dall'assistenza domiciliare al supporto socio educativo per minori, a forme di integrazione del reddito in particolari situazioni di rischio. Attivano percorsi di avvicinamento a lavoro attraverso le equipe previste dalla L.R. 14/2015. Possono attivare risorse formali e informali della comunità rappresentate dall'associazionismo e dal volontariato. Essi rappresentano comunque l'Istituzione più prossima al cittadino.

La connessione tra parte sociale e parte sanitaria è promossa attivamente dai DASS, per l'Azienda USL di Bologna dalle Unità Attività Socio Sanitarie (UASS) Distrettuali.

La persona e la famiglia sono portatori non solo di bisogni ma anche di risorse da valorizzare ed armonizzare nel contesto del Progetto individuale che si costruisce con loro concorso attivo.

⁷ Seppure con differenti modalità di affidamento dei servizi

3. IL PERCORSO VERSO LA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER IL BUDGET DI SALUTE

3.1 EQUIPE INTEGRATA PER/CON LA PERSONA

*“La **proposta**/idea di avviare un progetto BdS può pervenire da qualunque punto del sistema di soggetti interessati a partecipare al progetto (utente, familiari, operatori sociali o sanitari, MMG/PLS...)”⁸*

L'analisi preliminare ed una prima stima dei bisogni, del livello di funzionamento, delle risorse necessarie, dei sistemi di cura e di comunità e della congruità della proposta di progetto sono effettuate dai professionisti del CSM/SerDP/NPIA e dai professionisti del Servizio Sociale competente per territorio.

Dopo questa interlocuzione preliminare tra servizi, *“la proposta di progetto con Budget di Salute viene poi ...”* costruita *“e sviluppata in modo congiunto da psichiatra, assistente sociale, utente, familiari (o amministratore di sostegno), eventuali altri soggetti interessati”*⁹ ribadendo con questa affermazione il ruolo centrale dell'utente con il quale il progetto va costruito e valutato.

Si tratta quindi di attivare **per ciascuna persona** una Equipe integrata sullo specifico bisogno: **Equipe Integrata per/con la persona**. Il nucleo centrale della equipe (componente fissa) è rappresentata da *“un professionista della Salute Mentale/SerDP/NPIA e un professionista dell'Ente Locale, entrambi con potere decisionale in merito ad obiettivi e risorse; dalla persona ed eventualmente dal suo amministratore di sostegno e/o altra figura tutoriale.*

*La componente variabile è rappresentata dalla famiglia o altri significativi indicati dalla persona, da altre figure sanitarie e non (MMG, PLS, eventuali altri specialisti sanitari di competenza, operatori del servizio sociale e della cooperazione sociale, volontariato, portatori di interesse ed eventuali altri coinvolti della comunità”*¹⁰.

Il percorso di definizione di un progetto individuale con Budget di Salute deve quindi necessariamente avviarsi fin **da subito in forma integrata tra DSM DP, Servizi Sociali territoriali, persona** ed eventualmente famiglia e/o altra figura significativa.

Poiché il contributo della persona e della famiglia, se presente, è parte integrante delle diverse fasi, è opportuno non prevedere nella relazione con essi un eccesso di partecipanti e comporre il gruppo di lavoro nella forma e nella dimensione più essenziale possibile. Inoltre su richiesta dell'utente e della famiglia, questi possono astenersi dal partecipare alle riunioni dell'intera Equipe integrata e interloquire solo con il Responsabile del Progetto Individualizzato con Budget di Salute.

Il Responsabile del Progetto con Budget di salute, trattandosi di persone in carico ai DSM sarà di norma il referente di tale Istituzione; il percorso indicato consente alla persona e alla famiglia di conoscere e interloquire per la componente sociale con l'Assistente sociale del proprio territorio di residenza.

Il lavoro dell'equipe si connota per essere flessibile e agito in maniera funzionale e non gerarchica tra servizi, partecipato dalla persona, aperto ai necessari contributi di altri soggetti (famiglia in primis) che verranno individuati sulla base degli specifici bisogni e risorse della persona.

L'equipe assicura :

- **l'analisi multiprofessionale multidimensionale** riferita alle aree dei determinanti sociali di salute: l'esplorazione e l'individuazione partecipata dei bisogni/problemi dell'utente, delle sue

⁸ DGR 1554/2015 “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute”,

⁹ “Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute –maggio 2108 ”

¹⁰ Idem

aspettative e delle sue doti da valorizzare, di eventuali complessità di natura sociale e legate alle condizioni generali di salute, del suo grado di funzionamento personale e sociale, delle risorse dei servizi, della persona e della famiglia e delle opportunità presenti nel territorio. E' importante nella fase di analisi multiprofessionale/multidimensionale, l'interlocuzione con il Medico di Medicina Generale per sostenere tutti gli interventi e coordinare le terapie fisiche specialistiche con gli altri interventi previsti dal budget di salute.

- la definizione di **un Progetto Individualizzato**, condiviso fin dall'inizio tra la persona, l'equipe curante del DSM DP e il Servizio Sociale competente per territorio - anche a livello di Responsabili dei servizi - che comprende già la sua sostenibilità economica. In esso e in relazione alle informazioni e agli elementi raccolti nella fase di analisi, si individuano gli obiettivi riabilitativi e sociali, il tipo di attività e di interventi necessari per poterli raggiungere, i potenziali soggetti gestori degli stessi, la modalità di verifica dell'andamento e degli esiti progettuali. Il progetto secondo i diversi livelli di disabilità delle persone, punta molto, con gradi diversi di intensità d'intervento, su responsabilità, protagonismo, autodeterminazione e centralità dell'utente.

3.2 UNITA DI VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALI (UVM) PER LA PROGETTAZIONE PERSONALIZZATA CON LA METODOLOGIA CON BUDGET DI SALUTE

Il BdS rappresenta, come già sottolineato, anche uno strumento organizzativo-gestionale della integrazione socio- sanitaria per quanto riguarda gli interventi nell'area della salute mentale.

Le UVM distrettuali, diversamente articolate nei 7 Distretti dell'Area metropolitana, per norma rappresentano uno snodo fondamentale della integrazione, necessariamente centrate sulla funzione valutativa.

La sfida della proposta Regione-Anci è proprio quella di connettere, in coerenza con la metodologia BdS, in maniera quanto più organica possibile il momento progettuale con quello valutativo: in questa sfida la UVM può rappresentare il punto di approdo e valorizzazione di una progettazione già compiuta, ovvero rappresentare essa stessa le funzioni e le attività della Equipe integrata per la persona.

“Pur mantenendo la distinzione tra i due ambiti, progettazione e valutazione, si propone di facilitare il più possibile l'attività attraverso un modello di UVM intesa come processo che potrà essere svolto dall'Equipe Integrata con funzioni di UVM in un'unica sessione o dalla Equipe Integrata e dall'UVM in due sessioni. In tal modo i due ambiti con le loro funzioni non sono espressione di livelli gerarchici, ma sono da leggersi in modo unitario e dinamico”¹¹.

Ciò significa che la proposta di progetto può essere formalizzata e firmata da tutti i componenti dell'Equipe Integrata, che in questo caso assume la funzione di UVM; oppure può essere portata alla discussione, alla messa a punto, alla formalizzazione dell'UVM.

Pertanto, sulla base di questa impostazione, in relazione alle caratteristiche delle specifiche organizzazioni distrettuali, delle specifiche organizzazioni delle UVM e/o della complessità e della specificità dei casi affrontati, si possono indicare i seguenti percorsi:

- α) un modello di UVM intesa come processo dinamico che potrà essere svolto dall'Equipe Integrata con funzioni di UVM in un'unica sessione.
- β) un modello che veda la progettazione compiuta di un Progetto Individualizzato con a cura della Equipe Integrata e - a progettazione condivisa - il successivo passaggio in UVM . In questa ipotesi, poiché l'equipe produce un progetto individualizzato condiviso con la persona, chiaro ed esaustivo in tutte le sue componenti, la UVM relativa prende atto del progetto ed eventualmente propone aspetti di miglioramento. La persona partecipa all'UVM per la piena assunzione di

¹¹ “Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute –maggio 2108 ”

corresponsabilità attraverso la firma . Per facilitare la relazione, i componenti istituzionali dei Servizi che hanno progettato il BdS possono essere delegati dal proprio responsabile alla presenza in UVM per quello specifica situazione.

Nella prima ipotesi, l'Equipe Integrata con funzione di UVM e nella seconda ipotesi l'UVM, rappresentano il contesto in cui **il Progetto Individualizzato viene formalizzato attraverso la stipula di un contratto che specifica:**

- *l'impegno di ciascuno e l'utilizzo delle risorse, sia di comunità che professionali, sia umane che economiche;*
- *le responsabilità, gli impegni e le azioni di ciascuno;*
- *i tempi di realizzazione e la scadenza delle verifiche, che andranno previste almeno annualmente e ogni volta che se ne ravveda l'opportunità, per significativi cambiamenti in termini di bisogni emergenti oppure di risorse attivabili, tali da rendere necessaria la riprogettazione del percorso di cura e/o del progetto di vita.¹²*

Il dispositivo contrattuale vincola alla reciproca responsabilità tutti i contraenti: la piena integrazione dei servizi sociali e sanitari e di tutti gli attori coinvolti della comunità (pubblici e privati) è assunta come condizione per l'integrazione della persona nel contesto sociale.

Stante le complessità delle organizzazioni dei Servizi Sociali territoriali, estremamente differenziate nei diversi Distretti, è strategico anche in prospettiva il ruolo delle Direzioni delle Attività Socio Sanitarie (DASS), e - nell'azienda ASL di Bologna - delle Unità delle Attività Socio Sanitarie distrettuali (UASS). Esse svolgono il ruolo centrale di coordinamento delle UVM distrettuali; e possono operare anche come promotori e facilitatori della relazione tra DSM DP e Servizi Sociali territoriali. A seconda delle situazioni organizzative e della complessità del territorio, il Responsabile delle UASS del Distretto o un suo delegato può rappresentare il punto di riferimento istituzionale, in particolare, ma non solo, laddove sussistano difficoltà, in grado di agevolare la connessione tra parte sociale e parte sanitaria.

3.3 STRUMENTI

Nel percorso delineato, teso alla più efficace relazione tra Servizi, e alla valorizzazione delle persona e del contributo della comunità in cui essa vive, è naturalmente necessario condividere strumenti tecnici validati sia somministrati sia da autosomministrare all'utente. L'impegno della comunità professionale che ha redatto il presente documento è di avviare, nelle modalità che si riterrà più opportuno anche a livello **distrettuale la condivisione preliminare di strumenti valutativi** che saranno in uso nelle Equipe integrate per la persona, ed ai componenti della equipe multiprofessionale al fine di effettuare valutazioni di processo e di esito.

Poiché la metodologia del Budget di Salute prevede la compartecipazione dell'utente alla fase di progettazione, seguendo la stessa filosofia, si ritiene interessante sperimentare strumenti per una valutazione condivisa e partecipata dall'utente.

A sancire il percorso di progettazione condivisa tra servizi sociali e socio sanitari e DSM DP (e cioè l'integrazione interistituzionale) è **opportuno condividere una modulistica specifica** per la predisposizione del Progetto Individualizzato e del contratto con la persona anche rivisitando la strumentazione attualmente in uso ai DSM DP. Su tale obiettivo l'impegno assunto è di avviare fin da subito tale percorso.

4. FORMAZIONE, PROSPETTIVE E TEMATICHE APERTE

¹² "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute -maggio 2108 "

4.1 FORMAZIONE INTEGRATA PERMANENTE. COORDINAMENTI DISTRETTUALI SALUTE MENTALE

La spinta al miglioramento di cui questo documento è un primo esito, deve naturalmente essere alimentata costantemente con interventi specifici tesi a mantenere viva e interconnessa la comunità professionale e la relazione con l'Associazione impegnati a promuovere la salute mentale. E' di fatto evidente che la prospettiva decisa che viene dalle indicazioni regionali, chiama ad un percorso di maggiore complessità, rispetto alle esperienze, già consolidate a livello metropolitano, di Progettazione personalizzata con la metodologia del Budget di Salute. Esso non solo richiede una forte (e molto più intensa di quanto fino ad ora accaduto), integrazione interistituzionale, *ma anche una condivisione culturale tra operatori* (Operatori Sanitari dei DSM, operatori sociali degli EE.LL., Operatori della cooperazione sociale, Associazioni) *con formazioni e pratiche consolidate molto diverse*.¹³

E' dunque necessario un progetto di formazione permanente integrata tra operatori sociali e sanitari, aperta all'associazionismo ed al terzo settore e che si caratterizzi per essere riferito anche alla realtà specifica distrettuale come contesto per ricercare e progettare innovazione. L'Istituzione G.F.Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna rappresenta in questa direzione un punto di riferimento competente e rappresentativo di tutti i soggetti e istituzioni impegnate nella promozione della salute mentale.

Al contempo è necessario rafforzare e consolidare luoghi strutturati di confronto e aggiornamento tra Istituzioni a livello distrettuale: non solo è necessaria infatti una condivisione culturale, ma vanno condivisi e compresi tra Istituzioni i necessari e reciproci adeguamenti organizzativi. E' quindi opportuno avviare e/o **consolidare coordinamenti distrettuali per la salute mentale.**

4.2 PROSPETTIVE E TEMATICHE APERTE

Il percorso avviato con lo stimolo delle indicazioni regionali, alla base del presente documento, vuole rappresentare anche un segnale forte di tutta la comunità per realizzare iniziative tese a promuovere sul territorio metropolitano interventi specifici per diffondere la conoscenza delle problematiche relative alla salute mentale, a superare lo stigma che ancora colpisce le persone e le famiglie, a valorizzare l'apporto alla società del ricco tessuto associativo rappresentato - in particolare ma non esclusivamente - dai Comitati di Utenti e Familiari attivi presso i DSM DP e da questi sostenuti anche attraverso progetti specifici.

Nel medesimo ambito si collocano le azioni e gli interventi tesi alla **prevenzione del disagio mentale**, di cui tutti i servizi, sia sociali che sanitari, segnalano una crescita significativa. Certamente concorrono a tale fenomeno aspetti relativi alla profonda crisi economica e di conseguenza sociale che ha attraversato anche l'area metropolitana: anche su questo aspetto si conferma la opportunità di individuare tra parte sanitaria e parte sociale forme nuove di collaborazione, da ricercarsi certamente a livello distrettuale.

5. MONITORAGGIO

Fermo restando gli adempimenti previsti per le Istituzioni coinvolte,¹⁴ Il gruppo di lavoro che ha redatto il presente documento rappresenterà un luogo stabile, tecnico interistituzionale integrato con la componente Associativa delle persone e delle famiglie, di livello metropolitano, per la

¹³ Cittadino, persona, soggetto Il Budget di Salute Esperienze in Emilia-Romagna , AA.VV, Verlag, Trieste, 2019

¹⁴ Indicatori previsti nella scheda 4 PSSR 2017-2019, e nella nota "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di salute -maggio 2108 ".

valorizzazione e la promozione delle iniziative distrettuali, di elaborazione e verifica di merito per quanto concerne la applicazione della metodologia BdS, la elaborazione di strumenti comuni di lavoro, la progettazione e programmazione di percorsi integrati di formazione, di confronto con la cooperazione sociale.

Allegato 1:

COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO METROPOLITANO INTERISTITUZIONALE:

Tiziana Di Celmo – Coordinatrice del gruppo

Città metropolitana di Bologna Area Sviluppo Sociale

Silvia Cestarollo, Carla Martignani, Daniela Cavestro

Comune Bologna Area Welfare e Promozione del Benessere di Comunità – Ufficio di Piano e Servizio Sociale Territoriale

Cati La Monica - Ufficio di Piano Unione Valli Reno, Lavino, Samoggia

Fiorenza Ferri - Asc. Insieme Azienda Consortile Interventi Sociali Valli Reno, Lavino, Samoggia

Graziana Pastorelli, Eugenia Mazzei – Servizio Sociale Territoriale Unione Reno Galliera

Antonio Bevilacqua - Comune di Budrio

Mariachiara Patuelli - Ufficio di Piano Pianura Est

Antonio Bevilacqua - Servizi Sociali Territoriali di Budrio

Nadia Marzano - Ufficio di Piano Pianura Ovest

Paride Lorenzini - Ufficio di Piano San Lazzaro

Annalisa Fanin, Elisa Vecchi - Ufficio di Piano Appennino Bolognese

Rosa Angela Ciarrocchi - Direzione Attività Socio Sanitarie (DASS) Ausl di Bologna

Valeria Cavallina - Attività Socio-Sanitarie UASS Distretto Appennino Bolognese Ausl di Bologna

Sabina Ziosi - Attività Socio-Sanitarie UASS Distretto Pianura Ovest Ausl di Bologna

Franca Bianconcini, Raffaella Campalastri, Claudia Cuscini , Francesca Pileggi , Vincenzo

Trono - Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Bologna

Alba Natali , Cosimo Ricciutello, Clea Sacchetti , Gerald Weber

Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Imola

Sonia Cicero - Direzione Attività Socio Sanitarie (DASS) Ausl di Imola

M. Gabriella Caprara - Asp Circondario Imolese – Servizio Sociale Territoriale

Bruna Zani, Antonella Lazzari, Antonella Guarino - Istituzione G. F. Minguzzi

Marie Françoise Delatour - Presidente Comitato Utenti, Familiari e Operatori (CUFO) DSM DP Ausl Bologna

Anna Marchi - Presidente Comitato Utenti e Familiari (CUF)- DSM Ausl di Imola

Annalisa Carassiti - Struttura Tecnica della Ctss Metropolitana di Bologna