

INDICE

INTRODUZIONE IL BUDGET DI SALUTE COME STRUMENTO PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA <i>Fabrizio Starace</i>	XI
<i>Parte prima</i> SOCIALE, SANITARIO E WELFARE DI COMUNITÀ	1
1 • I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE <i>Barbara D'Avanzo</i>	3
2 • IL BUDGET DI SALUTE PER UN WELFARE DI COMUNITÀ <i>Ranieri Zuttion</i>	21
<i>Parte seconda</i> APPLICAZIONI DEL BUDGET DI SALUTE NEI DSM ITALIANI	37
3 • IL BUDGET DI SALUTE COME VETTORE DI TRASFORMAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI NELL'AREA DELL'ABITARE: L'ESPERIENZA DI TRIESTE <i>Morena Furlan, Sari Massiotta, Carolina Moreira Pacileo Cruz</i>	39
4 • NUOVI PARADIGMI ECONOMICI E MODELLI EVOLUTI DI WELFARE DI COMUNITÀ: IL CASO DEL PROGETTO LUCE È LIBERTÀ <i>Gaetano Giunta, Liliana Leone, Gaspare Motta, Angelo Righetti</i>	101
5 • DODICI ANNI DI BUDGET DI SALUTE A BOLOGNA <i>Angelo Fioritti, Luca Negrognò, Vincenzo Trono, Bruna Zani</i>	131
6 • APPLICAZIONI DEL BUDGET DI SALUTE NEL DSM DI MODENA <i>Donatella Marrama, Fabrizio Starace</i>	149

7 • LE NUOVE PRATICHE DELLA SALUTE MENTALE: L'IMPLEMENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE A PARMA	165
<i>Pietro Pellegrini, Patrizia Ceroni, Caterina Soncini</i>	
<i>Parte terza</i>	
IL BUDGET DI SALUTE NEL SISTEMA DI WELFARE	183
8 • BUDGET DI SALUTE E CASA DELLA COMUNITÀ	185
<i>Virginio Colmegna</i>	
9 • IL NUOVO WELFARE DI INCLUSIONE E I PROGETTI PERSONALIZZATI PARTECIPATI	201
<i>Giampiero Griffo</i>	
10 • BUDGET DI SALUTE PER GLI AUTORI DI REATO	217
<i>Giuseppe Nese, Rosaria Ponticiello, Fabio Dito</i>	
11 • BUDGET DI SALUTE NEGLI ESORDI PSICOPATOLOGICI	241
<i>Lorenzo Pelizza, Emanuela Leuci, Pietro Pellegrini</i>	
12 • BUDGET DI SALUTE E TERZO SETTORE	263
<i>Michela Vogrig</i>	
13 • BUDGET DI SALUTE E PROCEDURE AMMINISTRATIVE	283
<i>Alceste Santuari</i>	
POST-FAZIONE	295
<i>Angelo Righetti</i>	
APPENDICE	
Accordo Stato-Regioni del 6 luglio 2022 sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona"	297

INTRODUZIONE

IL BUDGET DI SALUTE COME STRUMENTO PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA¹

Fabrizio Starace

Negli ultimi anni un crescente interesse è stato rivolto alle esperienze territoriali di integrazione sociosanitaria condotte attraverso l'applicazione del Budget di salute (BdS). Con questa fortunata locuzione si indica lo strumento più articolato e composito utilizzato per dare fedele attuazione ai principi dell'integrazione sociosanitaria (art. 3-septies, d.lgs. 502/92 e successivo DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie").

Come tutte le formule che designano fenomeni complessi, tuttavia, il rischio di declinazioni operative differenziate è molto elevato. In alcuni casi ciò avviene per la comprensibile esigenza di tradurre l'innovazione in contesti con caratteristiche storiche, politiche e amministrative estremamente diverse; in altri prevale la conservazione dell'esistente, con il semplice travaso del vino vecchio in botti nuove. Il risultato è che vengono sommariamente considerate come esperienze di BdS cose molto diverse tra loro, che talvolta non presentano neanche i requisiti minimi per essere annoverate nell'area dell'integrazione sociosanitaria.

Il segnale generale è comunque quello di una più diffusa riflessione sul tema, giustificata da numerose e convergenti motivazioni: 1. l'aumento della domanda di assistenza a lungo termine; 2. l'analisi costo/opportunità di risposte istituzionali che concentrano con logiche tayloriste grandi numeri di

¹ Testo pubblicato nel n.1/2021 della Rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie".

persone; 3. la dichiarata volontà di incrementare la dimensione domiciliare degli interventi; 4. la più complessiva attenzione alle strategie di capacità individuale, di inclusione sociale, di riduzione delle disuguaglianze; 5. il protagonismo dei diretti interessati e la loro determinazione a incidere sulle scelte che li riguardano.

Gli interventi sociosanitari integrati sono normati da ultimo dal DPCM 12 gennaio 2017 agli artt. 24, 25, 26, 27, 28, 57, 60. Essi costituiscono diritti esigibili dal cittadino e perseguono la finalità di recuperarne e/o mantenerne e/o rafforzarne l'autonomia individuale, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi, attraverso il coinvolgimento della persona e della comunità. L'integrazione sociosanitaria infatti si realizza compiutamente se fondata su coprogettazione, cogestione e cofinanziamento dei processi e dei progetti tra enti pubblici e privati evitando l'istaurarsi di meccanismi di delega e ponendo attenzione alla valutazione di processi ed esiti e non tanto all'accreditamento di strutture.

Il BdS sembra essere la risposta più appropriata e coerente con le questioni sopra delineate, purché esso venga applicato nell'interesse dei suoi principi fondanti e non come etichetta di tendenza posta a giustificare prassi superate dai tempi. Il BdS svolge innanzitutto un ruolo potente di composizione degli interventi sociali e sanitari. Quella composizione semplicemente "promossa" o meglio "auspicata" dalla norma, che – lasciando immodificata la distanza tra i due settori – ha relegato gli interventi integrati in un'area marginale, visitata più a parole che nei fatti.

La stucchevole retorica dell'unitarietà della persona, della "persona al centro", che percorre i documenti di politica sociale e sanitaria da almeno vent'anni a questa parte, non è esitata infatti in conseguenti scelte programmatiche, gestionali, organizzative, amministrative. L'invito all'integrazione, da effetto di una condizione istituzionale di separatezza delle responsabilità e delle competenze, è divenuto nel corso del tempo causa dell'imprescindibile vissuto di impotenza che provano quanti si cimentano con la sintesi necessaria, che il BdS implica e comprende.

Passare in rassegna gli elementi qualificanti dell'integrazione sociosanitaria che trovano applicazione nel BdS consente di evidenziarne i principi fondanti.

Il *primo* è certamente di carattere culturale: il conseguimento di una convinta consapevolezza della dimensione sociale nella produzione di salute

è obiettivo quasi del tutto assente nei curricula formativi dei professionisti sanitari. Il ruolo che i fattori ambientali, sociali, culturali e comportamentali esercitano sullo stato di salute e di malattia degli individui e delle comunità viene ancora considerato “esterno” alla tecnicità sanitaria, salvo poi osservarne il richiamo tra gli aspetti che più di tutti sono in grado di spiegare la variabilità dei quadri clinici, del loro decorso, dei loro esiti. D’altro canto, le politiche sociali degli enti locali continuano a mostrare una certa resistenza a considerare anche di propria competenza l’intervento a lungo termine sui fattori sopra citati nelle persone “in carico” ai servizi sanitari. Una reale attività congiunta di valutazione iniziale, di ascolto dei diretti interessati, delle agenzie del privato sociale e imprenditoriale coinvolte, di definizione progettuale nel contesto comunitario di riferimento, di monitoraggio e verifica degli obiettivi raggiunti, con eventuale ridefinizione in corso d’opera, rappresentano occasioni concrete di contaminazioni culturali, che vicariano sul campo l’assenza di analoghe esperienze formative.

In questo senso acquista valore l’Unità di valutazione integrata (UVI), che si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sociosanitari complessi e per la predisposizione e proposta all’utente del Progetto terapeutico-riabilitativo individuale (PTRI). Essa viene attivata dai servizi sanitari e/o sociali direttamente coinvolti nella gestione del caso e ad essa partecipano i servizi sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del PTRI, gli utenti, i familiari, i Medici di medicina generale o i Pediatri di libera scelta (MMG/PLS) ed eventuali altri soggetti ritenuti necessari a un’appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni.

Il *secondo* riguarda gli aspetti istituzionali: nel BdS viene composta “dal basso” la separatezza degli assetti di governance presenti “a monte”, a livello nazionale e regionale. La diversa natura giuridica delle aziende sanitarie e dei comuni, il differente quadro normativo che regola i Livelli essenziali di assistenza (LEA) in sanità e nel sociale, la conseguente diversa esigibilità dei diritti sanitari e sociali, vengono affrontati “a valle” attraverso gli strumenti d’integrazione organizzativa del sistema sociosanitario territoriale: la Conferenza territoriale sociosanitaria (generalmente di livello provinciale), l’Ufficio di piano (generalmente di livello distrettuale), l’Unità di valutazione integrata per la formulazione dei PTRI (generalmente di livello distrettuale o di sotto-insieme). Tuttavia, la fragilità di tali strumenti, la loro

dipendenza da una programmazione regionale che non viene regolarmente aggiornata, la vulnerabilità alle mutevoli geometrie politiche locali, tutto ciò spiega l'instabilità, la rapida comparsa e l'altrettanto repentina sparizione di "applicazioni sperimentali" del BdS, spesso effimere, che lasciano più aspettative che risultati concreti.

Il *terzo* riguarda il prodotto erogato dai sistemi salute e sociale: un BdS si realizza a sostegno di un PTRI, e non di singole prestazioni più o meno complesse; il PTRI è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti e ai familiari, mediante le UVI, ovvero attraverso l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona. La centralità della persona orienta concretamente il progetto individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale, esplicitati *ex ante*, valutabili come aree di carenza su cui investire (abitazione, formazione/lavoro, socialità). Le aree/diritti corrispondono ai principali determinanti della salute, elementi che influenzano e promuovono in modo significativo il benessere, alla cui fruibilità vanno orientate le capacità/abilità della persona. In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone-utenti, potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante "abitare", o sul versante "lavoro", ovvero sul versante "socialità". Tuttavia, le tre aree non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda dei bisogni e del grado di disabilità.

Riconoscere un potere decisionale ai diretti interessati, che possono o meno condividere le valutazioni e le proposte formulate dai tecnici che li riguardano, è un altro formidabile elemento innovativo: in un contesto caratterizzato da confronto dialettico, dalla chiarezza dei ruoli, dalla consapevolezza dei propri diritti, il sistema è costretto ad assestarsi su equilibri differenti dalla tradizionale comfort zone paternalistica. Anche utenti e familiari sono chiamati a un ruolo differente: da semplici consumatori, in genere poco soddisfatti, di costose prestazioni a soggetti titolari del proprio progetto (ri)abilitativo; in questa veste impegnati non solo a esprimere un giudizio, ma a proporre ed eventualmente condurre le innovazioni necessarie.

L'altra faccia del protagonismo, tuttavia, è rappresentata dalla "fatica della soggettività", dalla stanchezza e disillusione che sopraggiungono quando

ci si confronta con i mille vincoli di un *corpus* regolamentare e amministrativo fatto per riprodurre l'esistente.

Questa difficoltà è stata variamente affrontata, nei diversi contesti in cui il BdS è stato applicato: con una normativa regionale *ad hoc* (è il caso del Friuli Venezia Giulia), con l'adozione di linee-guida regionali (come avvenuto in Campania e in Emilia-Romagna), con delibere di singole Aziende sanitarie locali. In tutti i casi "forzando" un assetto normativo – derivante dal codice dei contratti – pensato principalmente per garantire l'acquisizione di beni e servizi mediante gare d'appalto. Come se definire – di concerto con una compagine sociale o imprenditoriale – le condizioni per realizzare singoli progetti personalizzati, in co-progettazione e co-gestione, sia cosa analoga a mettere a bando l'acquisto di un certo numero di computer o di siringhe! O ancora, possa semplicisticamente risolversi nella definizione dei criteri di accreditamento dei posti-letto di una casa di cura.

Nel BdS le modalità di individuazione del privato sociale o imprenditoriale più rispondente alle peculiari caratteristiche di co-progettazione e co-gestione sono strutturate sul modello dell'Albo dei fornitori e su sistemi negoziali agili e individualizzati di affidamento. A tal fine le Regioni sono richieste di istituire con proprio atto deliberativo un "Elenco regionale dei cogestori con i servizi pubblici di Progetti terapeutici individualizzati sostenuti da Budget di salute", definendo i criteri minimi e preferenziali per l'iscrizione. Le compagini del Terzo settore e del privato imprenditoriale iscritte all'elenco regionale avranno titolo a cogestire PTRI a favore di persone con disabilità psichiche o fisiche, al fine di garantire l'accesso ai diritti alla socialità, all'abitazione, al lavoro-formazione. Il coinvolgimento del cogestore nella presa in carico dovrà essere organizzato nelle tre aree d'intervento secondo quanto determinato nel PTRI. Per ogni PTRI sostenuto da BdS sarà quindi formulata una determina individuale di affidamento da parte dell'Agenzia pubblica, nelle forme organizzative adottate a livello regionale, che costituirà l'atto formale che regola i rapporti tra servizio pubblico Asl/Comune, il partner privato e l'utente (o il civilmente obbligato). La determina di affidamento comprenderà il PTRI, definito nell'UVI dai soggetti coinvolti, contenente obiettivi e indicatori di risultato identificati all'interno delle proposte/opportunità previste e coerente con la proposta/progettuale generale presentata al momento dell'iscrizione all'elenco regionale dei cogestori. Nel progetto saranno chiaramente definiti i soggetti coinvolti, gli

obiettivi, la metodologia, i servizi/strumenti di fruizione, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica del progetto volto a garantire alla persona con PTRI l'accesso ai diritti alla casa, al lavoro, alla socialità, alla formazione, all'apprendimento. Verrà inoltre dettagliato l'insieme delle risorse economiche, comunitarie, professionali e umane necessarie alla realizzazione del PTRI. Questa definizione configura il BdS.

Da ultimo, ma non per ordine di importanza, è necessario affrontare il tema che, in assenza di elementi innovativi e qualificanti, domina la dialettica sociale/sanitario: l'attribuzione delle rispettive quote di spesa. La questione viene esplicitamente prevista (da ultimo dal DPCM 12 gennaio 2017 sui "nuovi" LEA) solo per una parte della cosiddetta residenzialità, e in misura non sostenibile per la maggior parte degli enti locali; nulla per quanto concerne le attività di inclusione sociale e lavorativa, cui pure si attribuisce rilevanza terapeutica, vista l'inclusione nei LEA. Inoltre, la ripartizione della spesa per la residenzialità viene differenziata a seconda di una tassonomia che per la sua scarsa specificità si presta a "collocazioni opportunistiche" in funzione non delle caratteristiche della persona assistita ma delle conseguenti attribuzioni di spesa. Infine, la partecipazione richiesta al diretto interessato introduce ulteriori elementi di disuguaglianza, essendo normata da regolamenti locali che possono variare significativamente nella definizione delle soglie massime per l'esenzione.

L'applicazione del BdS riporta anche in questo caso il tema su un piano di operativa ragionevolezza, prevedendo che tutta la spesa sociosanitaria integrata che grava sui bilanci dell'Azienda sanitaria e del Comune (singolo o consorziato) sia suddivisa in parti eguali, salvo differenti accordi adottati in sede locale.

In conclusione, il BdS rappresenta, nell'assetto istituzionale e organizzativo attuale, lo strumento più avanzato per rendere concreti i principi dell'integrazione sociosanitaria. Le diffuse criticità di applicazione – a vent'anni dalle norme che la regolano – dovrebbero spronarci a procedere speditamente verso una governance unitaria dell'assistenza sociale e sanitaria, che risolva "a monte" la frattura che il BdS prova a sanare "a valle".