

Percorso formativo sul
DOPO DI NOI
ATS VAL PADANA
Modulo A - Cornice Socioculturale

A1 - 1[^] parte

**Budget di salute o di progetto con riflessione su
riconversione delle risorse**

19/1/2022

Ranieri Zutton

Programma

- L'esperienza del Budget di Salute in FVG
 - Cenni sull'origine e sull'evoluzione
 - Gli elementi caratterizzanti la pratica del BdS
 - Gli assunti
 - Il progetto personalizzato e il budget
 - La ristrutturazione dei ruoli e delle relazioni
- Il BdS come «meccanismo di riconversione» delle risorse
 - LEA e BdS
 - Il Budget di salute come budget integrato
 - Le «condizionalità»



Cenni sull'origine ed evoluzione del budget di salute in Friuli Venezia Giulia

Il Budget di Salute in Friuli Venezia Giulia

Fine anni '90

Chiusura «residuo manicomiale» e superamento strutture protette
Sperimentazione locale i PTRI BdS

Metà anni 2000:
diffusione della sperimentazione su altri territori

2015 BdS come approccio generalizzato nella riabilitazione psicosociale

Dal 2019, legge di riforma del SSR che prevede l'estensione dell'utilizzo del dispositivo BdS in tutte le aree di integrazione sociosanitaria (anziani, disabili, minori e dipendenze)

Situazione di partenza

- « residuo ex OPP » con gestione dell'assistenza affidata al privato sociale



- Strutture protette h24 (esistenti dai primi anni '90) con gestione affidata al privato sociale



La riflessione nel corso dell'azione..

- «non c'è una reale spinta all'abilitazione e all'autonomia ...è un **'abbraccio mortale'**».
- Manca il momento **dell'uscita dal circuito** e le persone che vanno a vivere da sole non reggono a lungo perché manca una rete di supporto informale” “in generale **manca un radicamento sul territorio**”
- “Mancano principi e **visione condivisa** della riabilitazione (tra i servizi aziendali e con il privato sociale)” “negli anni ci siamo abituati l'uno all'altro e **ogni cambiamento diventa difficile**”

La riflessione nel corso dell'azione.. (2)

- “C'è un **posizionamento diverso da parte della cooperazione**, meno orientata a lavorare nella comunità”
- “Ognuno è centrato sul proprio ruolo e **si perdono di vista le persone**” “sembra che **la propositività del progetto si sia appiattita** (ed è colpa anche nostra che **deleghiamo il problema**); “**Il servizio ha delegato** e la cooperazione si è fatta forte”
- A volte **ci dimentichiamo che un utente è dentro..**”
- “manca una **valutazione sistematica degli esiti**”

Le ragioni di un cambiamento....

- appiattimento dell'intervento su logiche ed **approcci prestazionali** di stampo marcatamente clinico da realizzare in setting dedicati – le *strutture riabilitative* – con scarso o assente *turn over* degli utenti
- **deriva assistenzialistica** dell'apporto del privato sociale con rischio di riproduzione di nuove forme di esclusione e di **istituzionalizzazione** (*invisibile*)
- forte difficoltà a reperire occasioni per un inserimento abitativo e lavorativo “vero”

La pratica del BdS e le indicazioni emerse: gli assunti

Gli Assunti: non può esserci vera inclusione se ...

non si parte
dalle singole
persone, dalle
loro storie,
dalle loro
relazioni, dalle
loro
aspirazioni



non si infrange
la cappa di
vetro dei servizi
chiusi in logiche
autoreferenziali
riportando il
focus sui
percorsi delle
persone nei
contesti naturali
di vita



non si attivano
processi di
trasformazione
dei contesti
stessi

Gli Assunti: per una vera inclusione è necessario ...



La pratica del BdS e le indicazioni emerse:
il Progetto Personalizzato e il
Budget di Salute

Il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato fulcro del processo di riconversione



centrare con forza
l'intervento sulla
unicità della singola
persona, e partire
non solo dai suoi
problemi, ma anche
dalle sue risorse,
dalle sue aspirazioni,
dai suoi desideri

Il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato: fulcro dell'integrazione sociosanitaria

l'intenzionale azione progettuale richiede e definisce il coinvolgimento dei diversi attori, istituzionali e non, della rete di intervento

responsabilizza – sia dal punto di vista professionale che finanziario - i due sistemi istituzionalmente preposti alla presa in carico: il sistema sociale e quello sanitario

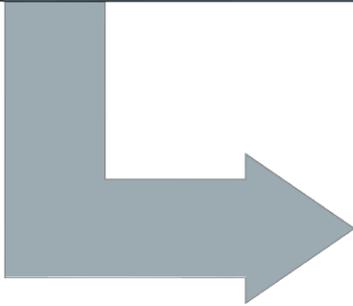
Budget personalizzato

esigenza di ricondurre a ogni persona «presa in carico» una coerente **quota di risorse** finanziarie commisurato **all'investimento** valutato necessario al raggiungimento (e al mantenimento) del suo miglior funzionamento sociale possibile

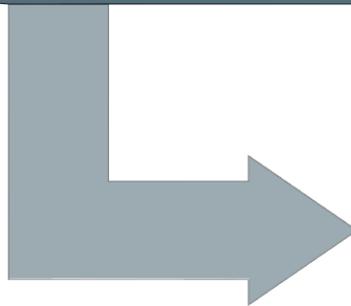
non si trattava di risorse aggiuntive ma delle stesse in precedenza utilizzate secondo modalità di attribuzione indifferenziate e non legate alle persone ma al finanziamento del servizio (di solito le rette di degenza)

Temporalità dei budget di salute

percorso evolve in termini di progresso nel funzionamento sociale



spinge tutti ad una tensione emancipativa



valutazione degli esiti e degli outcome come tensore

La pratica del BdS e le indicazioni emerse:
La «ristrutturazione» dei ruoli

Ristrutturazione dei ruoli



La persona e la sua famiglia



Il privato sociale

da “gestore di strutture” a soggetto imprenditoriale che cerca di **trasformare le risorse dei BdS in investimenti su piani d’impresa**

in grado di **espandere l’area delle opportunità**

costruisce **occasioni di casa, lavoro e socialità** e fornisce gli **adeguati supporti competenti**

Il servizio pubblico

vincere le tentazioni della
delega del caso a soggetti terzi

mantenere e garantire la
titolarità della presa in carico
e della cura

sviluppare le competenze sulla
valutazione e progettazione
personalizzata

agire le prerogative di
programmazione e di governo
complessivo delle risorse in
gioco

La pratica del BdS e le indicazioni emerse:
La ridefinizione delle relazioni tra
i soggetti

La regolazione dei rapporti con il Privato sociale

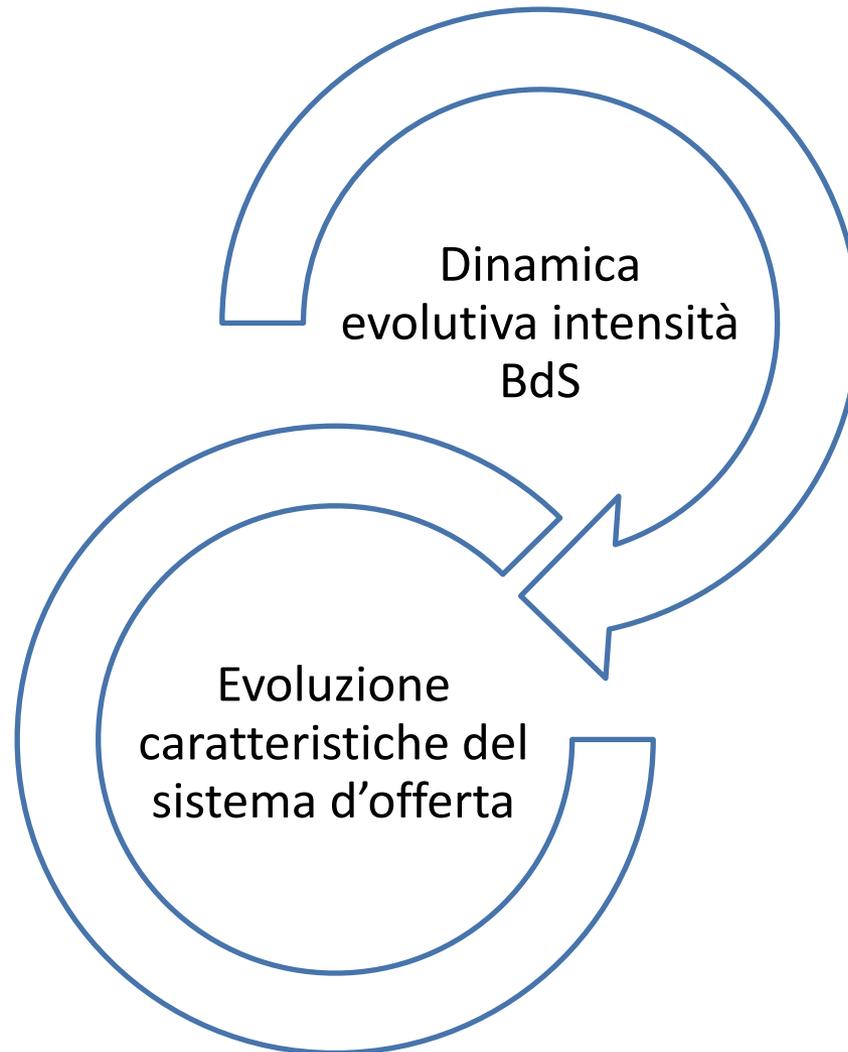
La costruzione di
**partenariati
pubblico-
privato** per la
realizzazione
congiunta
– **co-gestione** –
di progetti legati
a singole
persone

superamento della logica
cliente/fornitore verso contratto
relazionale

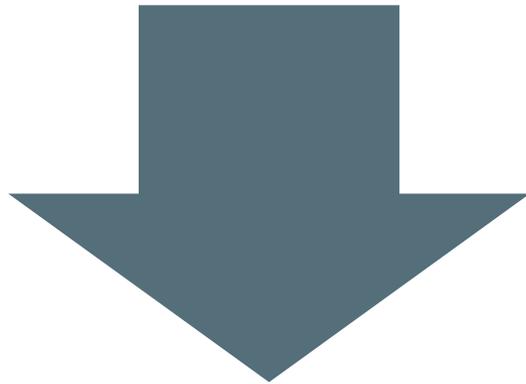
mix gestionale per costruire un
“sistema di opportunità”

tensione emancipativa ed enfasi
sui sistemi di valutazione

Interrelazione BdS – caratteristiche sistema d’offerta



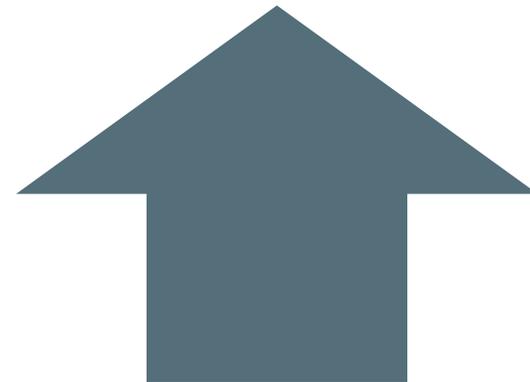
Cosa ci ha indicato questa esperienza...



in investimento per
nuovi modelli di
sviluppo locale



le stesse risorse messe
in gioco per i servizi
socio-sanitari possano
trasformarsi - a
determinate condizioni
- da costo



Il BdS come «meccanismo di riconversione» delle risorse

Postulati

LA RICONVERSIONE E' FINALIZZATA ALLA
PERSONALIZZAZIONE

NON CI PUO' ESSERE PERSONALIZZAZIONE SENZA
FLESSIBILITA' NELL'USO DELLE RISORSE

IN PARTICOLARE E' ESSENZIALE RENDERE
FLESSIBILE L'USO DELLE RISORSE DEL FSN

AFFERMARE IL PRINCIPIO CHE UN LEA È TALE IN
QUANTO VINCOLA LE RISORSE DEL SISTEMA
SANITARIO PUBBLICO AI PROGETTI
PERSONALIZZATI E NON I SETTING ASSISTENZIALI

DPCM 12 gennaio 2017 - LEA

Art. 34. *Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità*

c) **trattamenti socio-riabilitativi** di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le **strutture residenziali** socio-riabilitative possono articolarsi in **moduli**, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

1) disabili in condizioni di gravità che richiedono **elevato impegno assistenziale** e tutelare;

2) disabili che richiedono **moderato impegno assistenziale** e tutelare.

2.I trattamenti di cui al comma 1 lettera c) , punto 1) **sono a carico del Servizio sanitario** per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c) , punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

La riconversione nella legge delega

Legge 227/21 Art 2 c 2 lettera c punto 13)

- **prevedere** eventuali forme di finanziamento aggiuntivo per le finalità di cui al numero 12) e **meccanismi di riconversione** delle risorse attualmente destinate all'assistenza nell'ambito di istituti a favore dei servizi di supporto alla domiciliarità e alla vita indipendente

Il dispositivo del BdS come meccanismo di riconversione

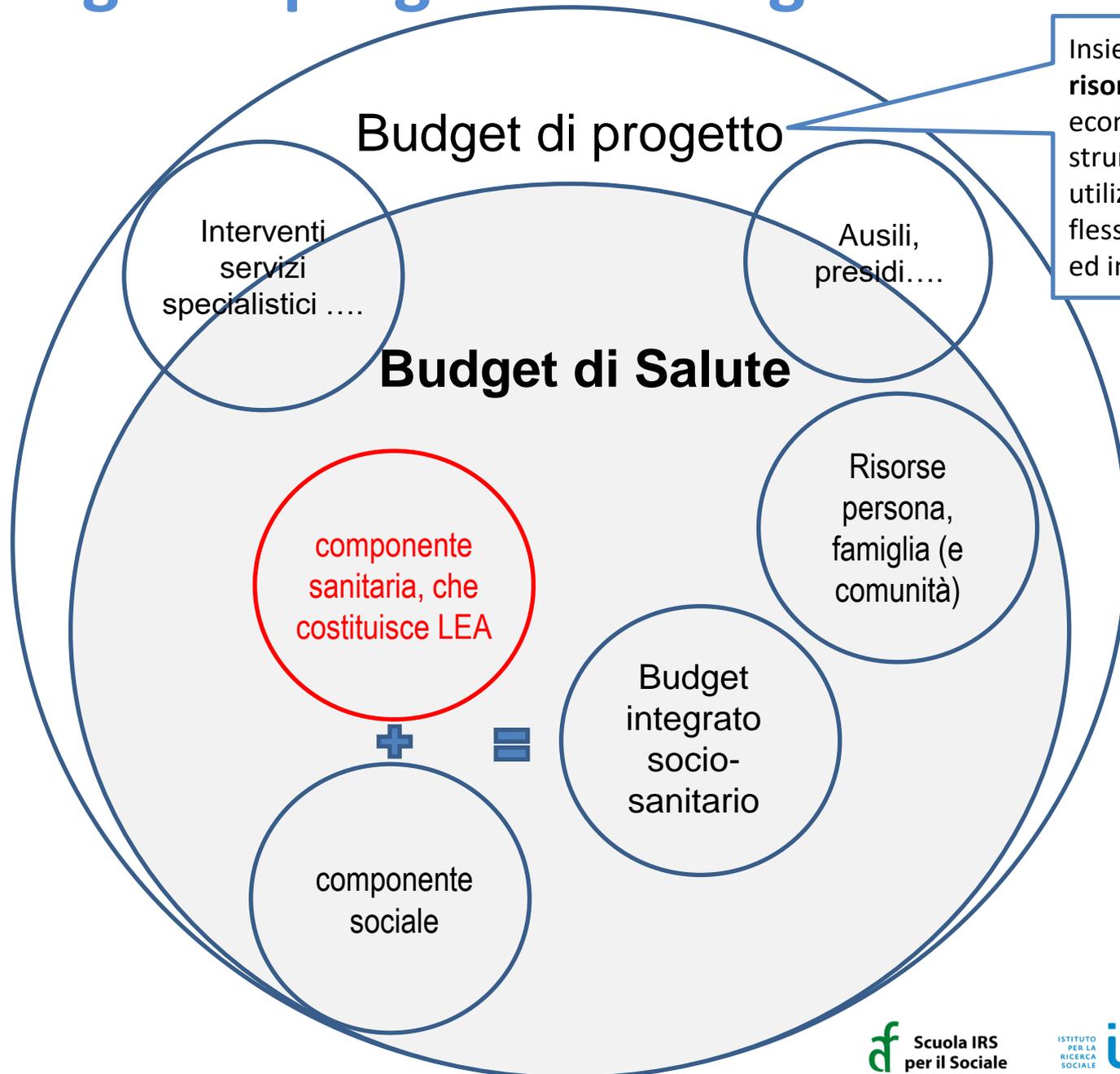
un **sistema di presa in carico integrato** mirato a garantire le opportunità di scelta, realizzato secondo un **approccio capacitante** e orientato, sulla base di percorsi di *assessment*, all'elaborazione di un progetto personalizzato di comunità

un **rapporto collaborativo** tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale che, ferma restando la **titolarità pubblica della presa in carico**, è finalizzato alla realizzazione dei **singoli progetti personalizzati** nonché di **interventi di comunità** volti a espandere il sistema di opportunità sociali di casa, lavoro, affettività e socialità

un **rapporto di cogestione**, tra i servizi pubblici e gli enti del privato sociale, per la realizzazione del progetto personalizzato attuato secondo una logica di co-produzione con la persona

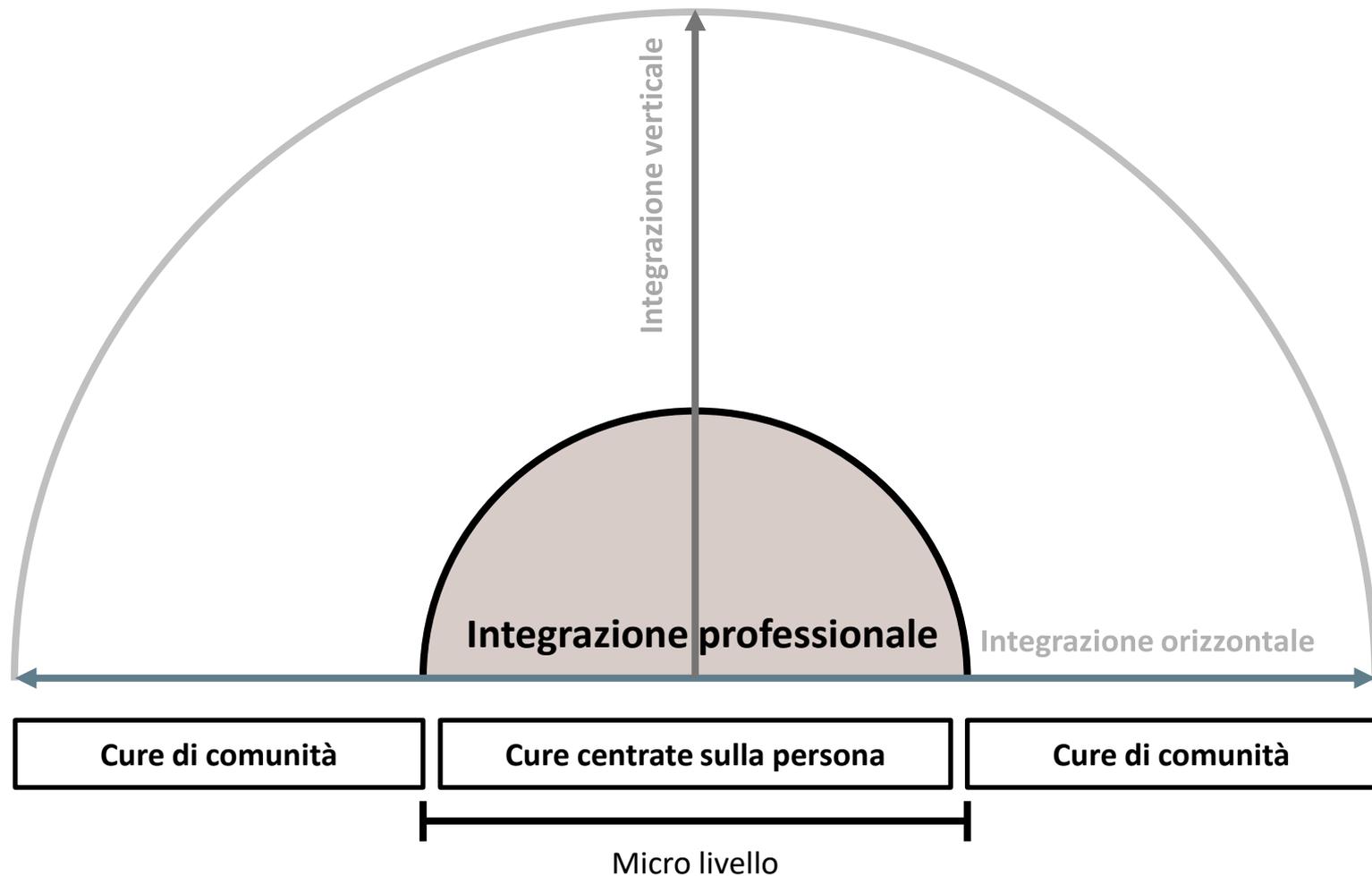
una **dotazione finanziaria**, modulabile in base all'entità dell'investimento valutato necessario al raggiungimento (e al mantenimento) del suo miglior funzionamento sociale possibile

Budget di progetto e Budget di salute

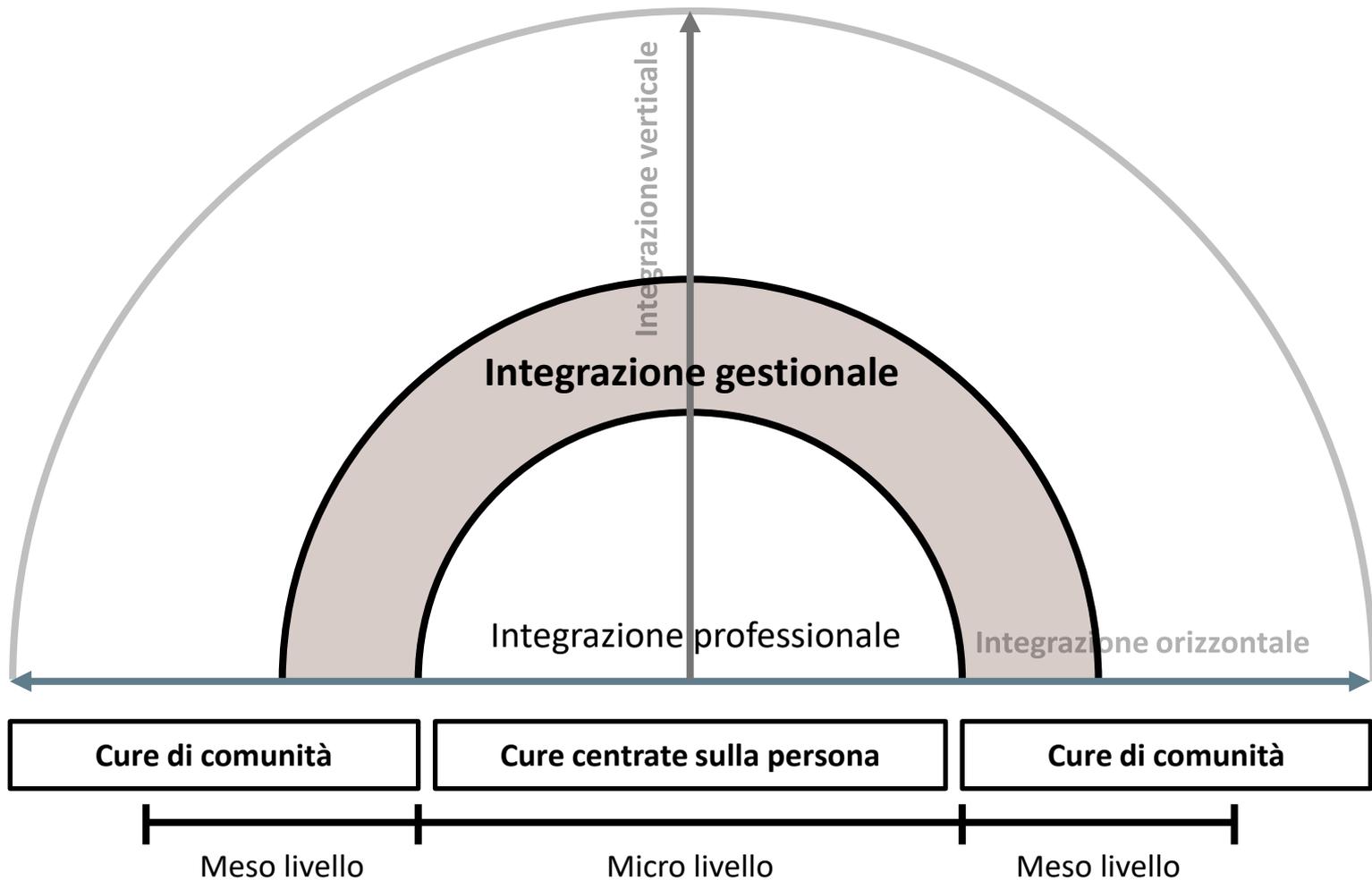


Il BdS come «meccanismo di
riconversione» delle risorse:
le condizionalità

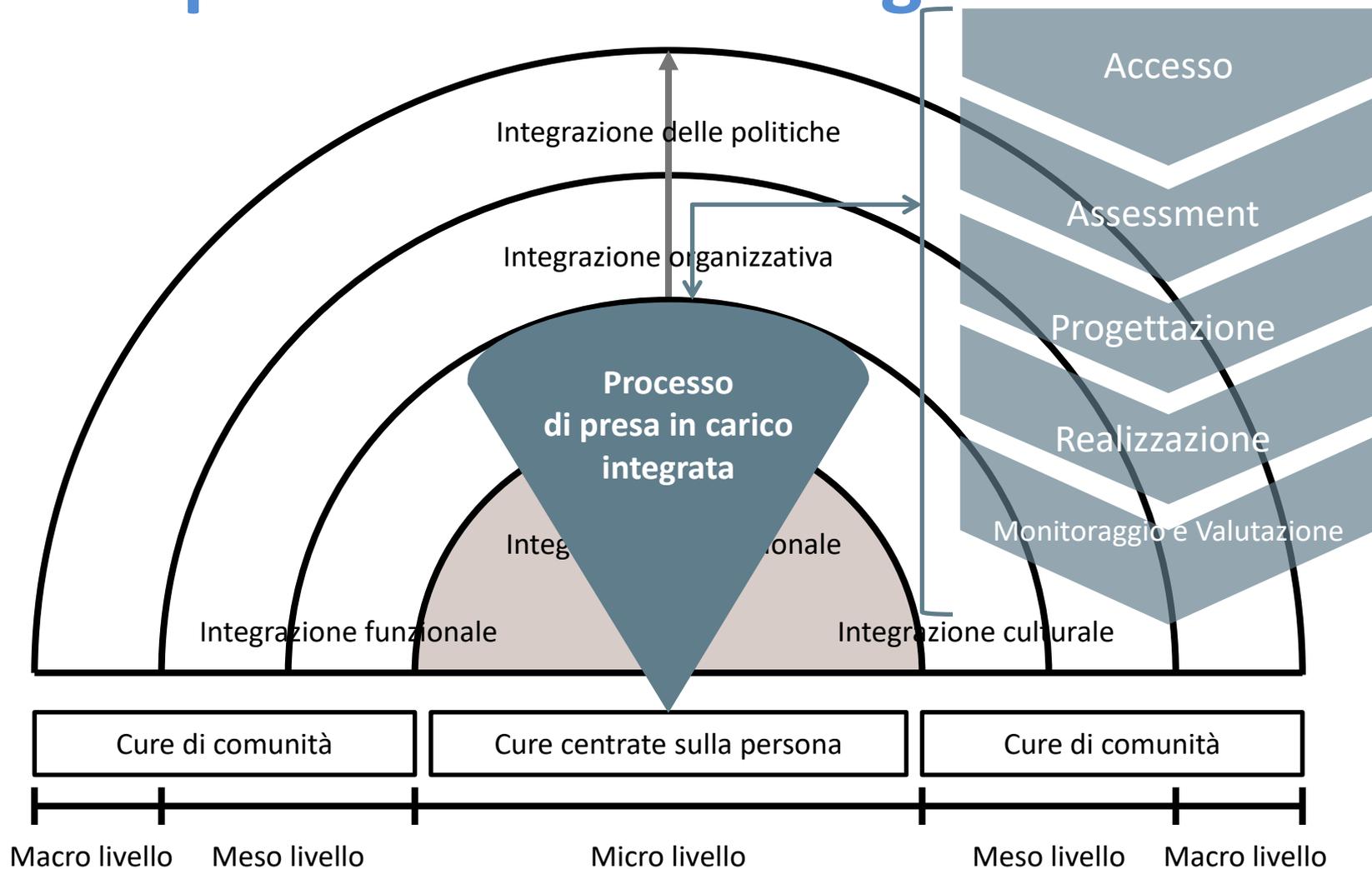
Le condizionalità: a livello di integrazione professionale



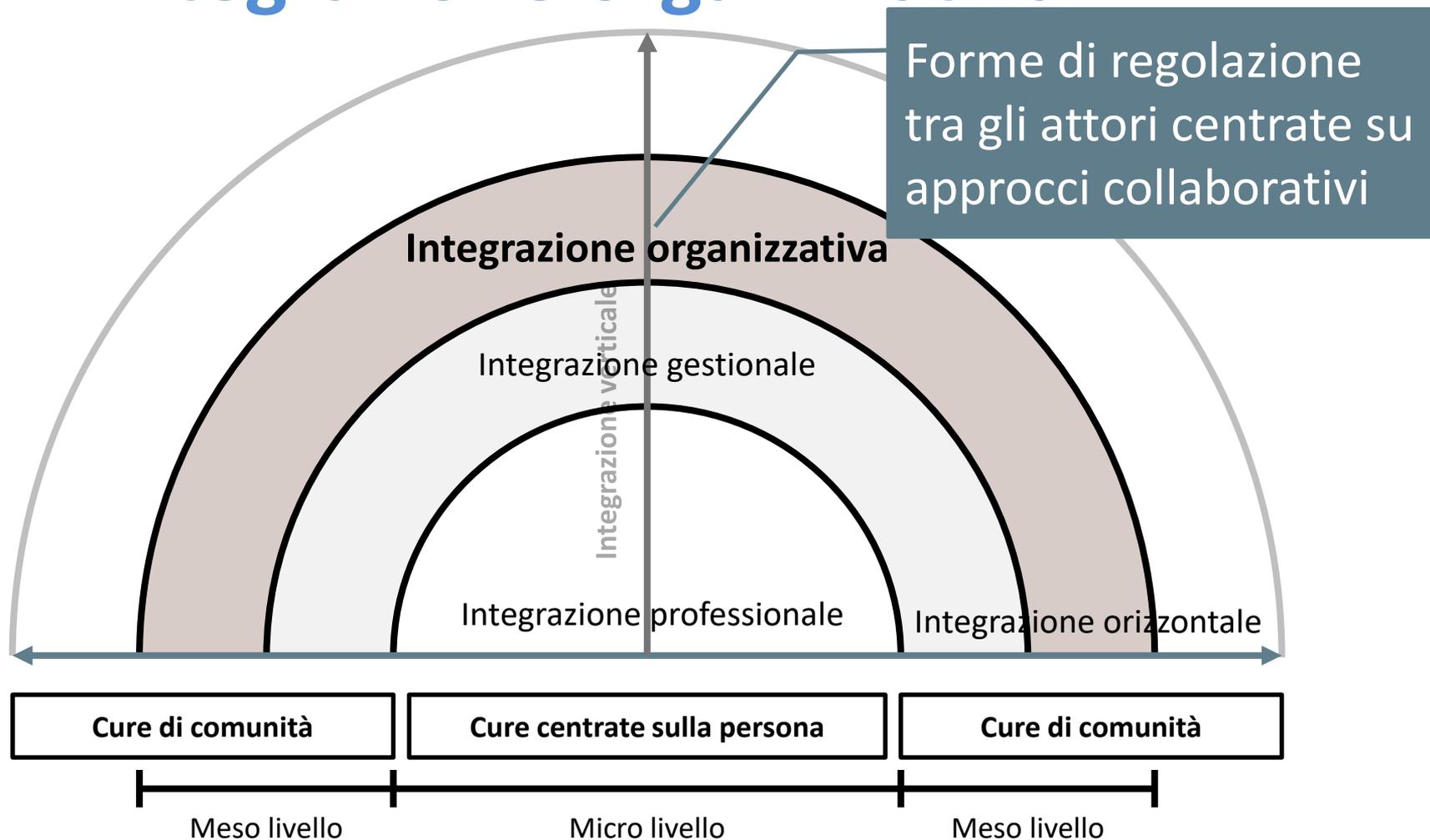
Le condizionalità: a livello di integrazione gestionale



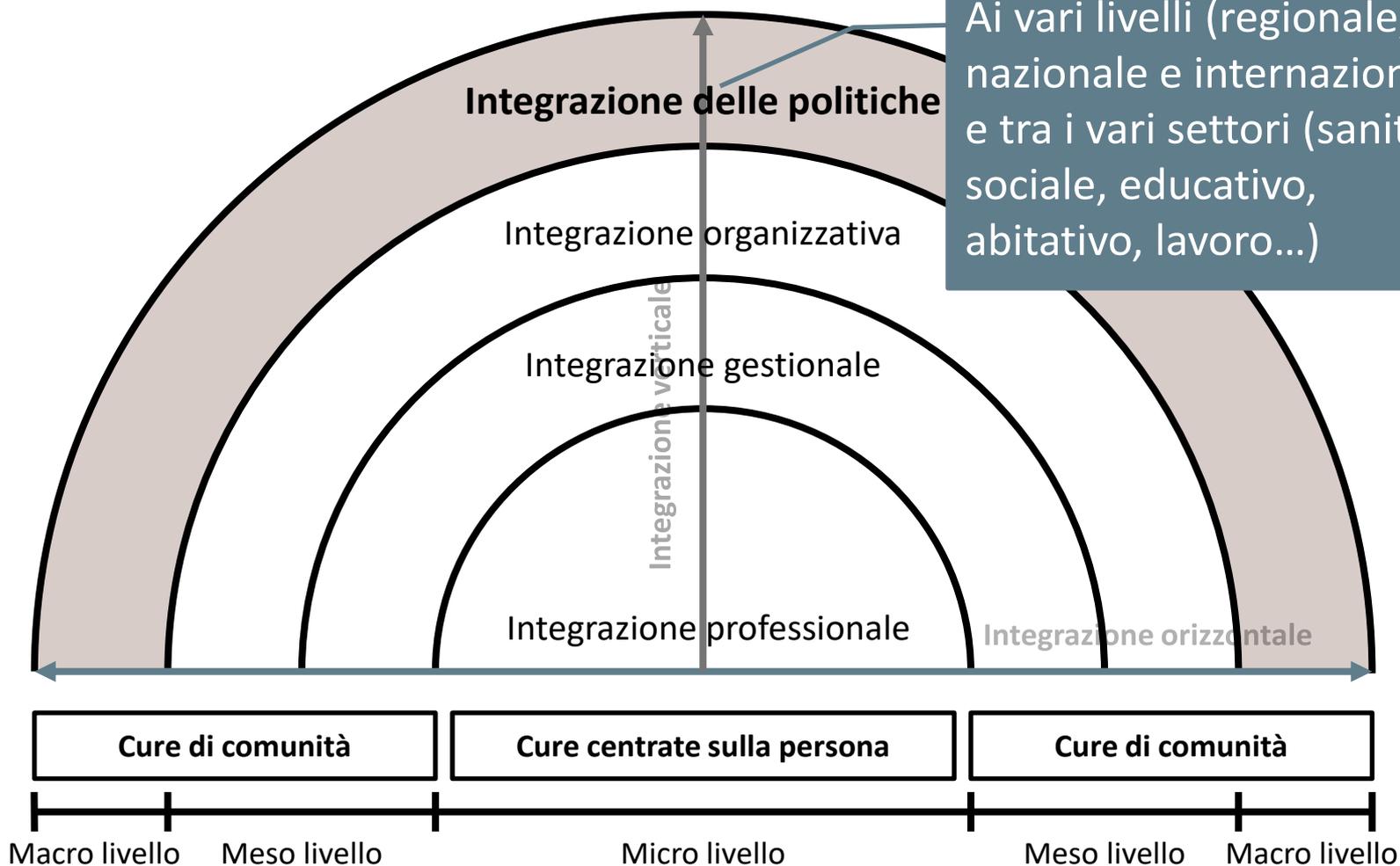
Le condizionalità: l'approccio alla presa in carico integrata



Le condizionalità: a livello di integrazione organizzativa



Le condizionalità: a livello di integrazione delle politiche



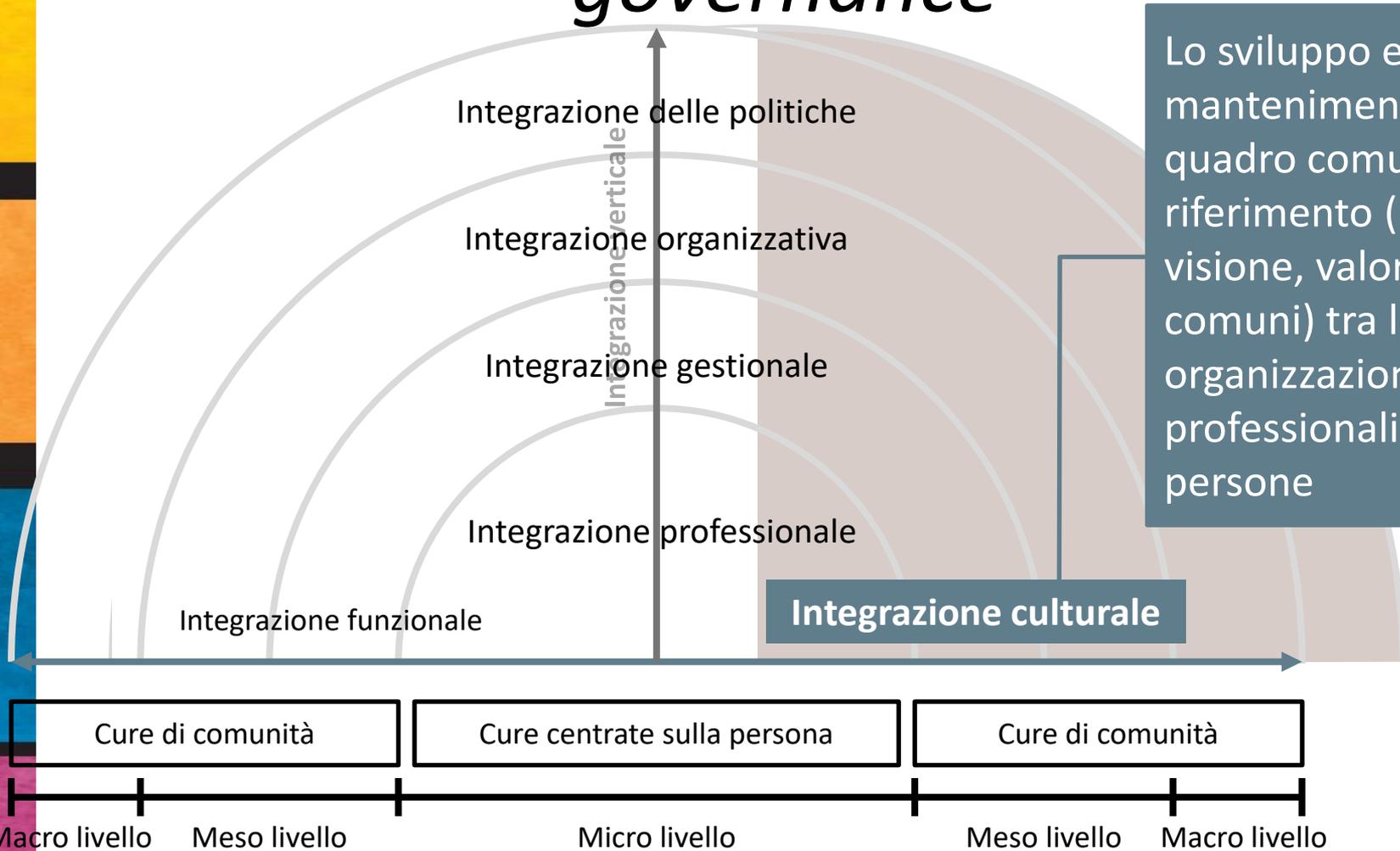
Ai vari livelli (regionale, nazionale e internazionale) e tra i vari settori (sanità, sociale, educativo, abitativo, lavoro...)

Rafforzamento e riorientamento della *governance*

I Sistemi di:
Pianificazione,
finanziamento, regolazione,
informativi, di
valutazione....



Rafforzamento e riorientamento della *governance*



Lo sviluppo e il mantenimento di un quadro comune di riferimento (di missione, visione, valori e cultura comuni) tra le organizzazioni, gruppi professionali e le singole persone

Integrazione culturale

Cure di comunità

Cure centrate sulla persona

Cure di comunità

Macro livello

Meso livello

Micro livello

Meso livello

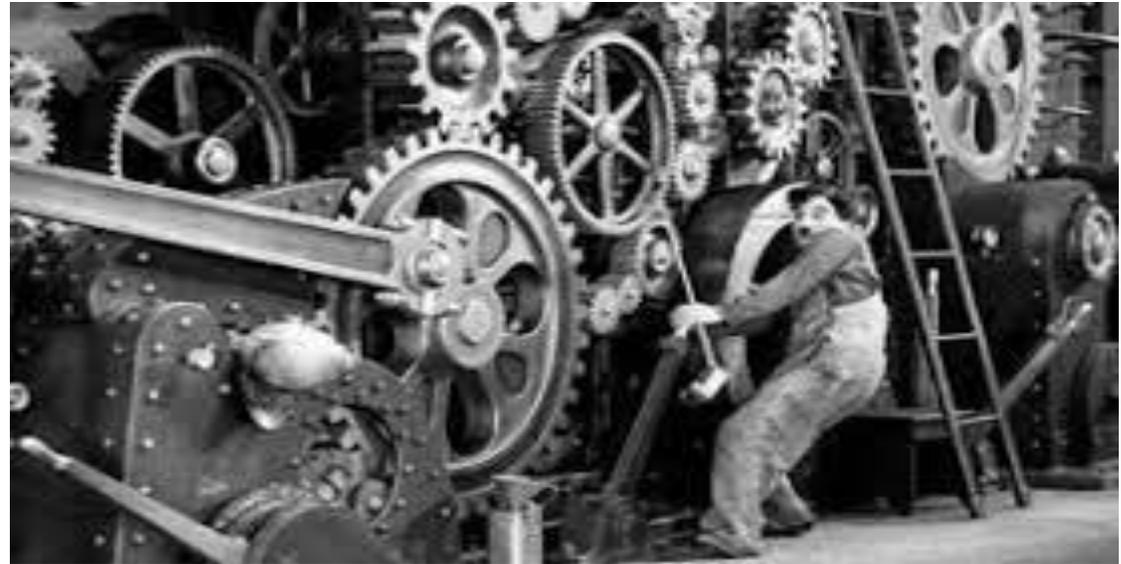
Macro livello

Sullo sfondo il cambio di paradigma

Paradigma tecnico
(funzionale)

VS

Paradigma relazionale
(esistenziale)



- **Grazie per l'attenzione**
- Per maggiori informazioni:
- ranieri.zuttion@welfare.fvg.it