

# Budget di Salute e integrazione sociosanitaria

Resoconto dei Focus Group nei 7 Distretti della Città metropolitana di Bologna  
Istituzione G.F. Minguzzi



A cura di

Antonella Guarino, Bruna Zani, Antonella Lazzari

<u>Introduzione</u> .....	<u>2</u>
<u>1. Gli attori dell'integrazione sociosanitaria</u> .....	<u>3</u>
<u>2. Situazione attuale dei progetti con BdS</u> .....	<u>4</u>
<u>3. Punti critici del modello BdS</u> .....	<u>7</u>
<u>3.1 Utenti e familiari</u> .....	<u>8</u>
<u>3.2 Servizi Sanitari ed Enti Locali</u> .....	<u>9</u>
<u>3.3 Cooperazione sociale</u> .....	11
<u>3.4 Comunità locale</u> .....	11
<u>4. Proposte di miglioramento del modello BdS</u> .....	12
<u>4.1 Utenti e familiari</u> .....	12
<u>4.2 Servizi Sanitari ed Enti Locali</u> .....	13
<u>4.3 Cooperazione sociale</u> .....	14
<u>5. Conclusioni</u> .....	<u>15</u>
<u>6. Legenda acronimi</u> .....	15
<u>Bibliografia</u> .....	16

# Budget di Salute e integrazione sociosanitaria

## Resoconto dei Focus Group nei 7 Distretti della Città Metropolitana di Bologna

Il Budget di Salute (BdS) costituisce uno strumento integrato sociosanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie 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 (Nota congiunta Regione- ANCI "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute", maggio 2018).

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un *processo di empowerment* volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui realizzazione contribuiscono il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Per raggiungere questi obiettivi, vengono definiti tre assi terapeutico riabilitativi che corrispondono ai determinanti di salute: sostegno all'abitare/domiciliarità, supporto alla socialità/affettività, ricerca del lavoro e formazione.

L'Istituzione Minguzzi ha ricevuto l'incarico dall'Ufficio di supporto della CTSSM di accompagnare il percorso di elaborazione delle "Linee di indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia del BdS in UVM" (confluite in un documento approvato nella CTSSM Bo del 21 maggio 2019), allo scopo di approfondire le opinioni e le conoscenze sulla metodologia e sullo strumento del BdS e raccogliere le voci dei diversi attori coinvolti nel processo. Sono stati organizzati e realizzati 7 Focus Group, uno per ciascun Distretto della città metropolitana, della durata di 2 ore ciascuno, tra febbraio e aprile 2019, interamente registrati e trascritti, con l'obiettivo di esplorare e valutare l'implementazione dei progetti con BdS nel territorio metropolitano.

La metodologia del focus group (FG) ha consentito la discussione su alcuni punti importanti dello strumento del BdS, coinvolgendo **113** tra operatori dei servizi sanitari e sociali, di cooperative e di associazioni di familiari, in specifico: 40 operatori dell'AUSL di Bologna (CSM, SERDP) e di 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: per molti era la prima volta in cui si sedevano intorno allo stesso tavolo, quindi si è trattato di una occasione 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 group si è articolato su tre punti principali, oltre ad una breve presentazione dei partecipanti e del loro ruolo: 1. breve descrizione della situazione attuale dei progetti con Budget di Salute (BdS) realizzati o in corso nel proprio distretto; 2. individuazione delle criticità; 3. proposte di miglioramento.

## 1. Gli attori dell' integrazione sociosanitaria

La partecipazione dei referenti delle aree sanitaria e sociale ai focus group ha permesso di ottenere una descrizione dei servizi che hanno implementato i progetti con la metodologia del BdS.

All'interno dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (Bologna e Imola), i Centri di Salute Mentale (CSM) sono i primi attuatori del BdS in tutti i distretti, con delle differenze rispetto al target di riferimento. In tutti i distretti, infatti, i progetti con BdS sono rivolti agli adulti afferenti all'area Psichiatrica con una differenza di target a seconda della gestione di ogni singolo CSM. La natura "complessa" di alcuni casi ha spinto per l'adozione del BdS per persone con una sofferenza cronica, in doppia diagnosi o non assistiti da alcun servizio sanitario.

Nel distretto di Imola, sono considerati anche i minori afferenti all'area della Neuropsichiatria Infantile. Nel macro distretto di Bologna, nei primi 4 anni di attività, a partire dal 2014, è stata realizzata una media di circa 700 progetti personalizzati con BdS, di cui a Bologna circa 350 fino a 415, con un'oscillazione di circa 40-50 unità.

I Servizi per Dipendenze Patologiche (Ser. DP.) hanno, invece, attuato una sperimentazione specifica per ogni distretto che ha registrato un totale di circa 20 progetti con BdS nei 6 distretti dell'AUSL bolognese e 2 nel distretto di Imola.

La differenza di implementazione risiede non solo nel numero di persone raggiunte con i progetti in BdS, ma anche nelle modalità organizzative e amministrative scelte. I CSM hanno collaborato sin dall'inizio con un Raggruppamento Temporaneo d'Impresa (RTI) di alcune cooperative sociali del territorio le quali, attraverso una gara d'appalto, hanno condiviso servizi, attività e pratiche riabilitative e educative col fine di costituire un ampio ventaglio di proposte per i progetti in BdS. All'interno del RTI sono stati individuati dei referenti per ogni asse del BdS, ovvero un referente per l'asse abitare, uno per l'asse socialità e uno per l'asse lavoro. I Ser.DP. dell'Ausl bolognese hanno costituito un tavolo tecnico di lavoro a livello aziendale, che ha gestito autonomamente le sperimentazioni dei BdS, coinvolgendo anche soggetti del terzo settore non membri del RTI.

L'implementazione del BdS e l'eventuale attuazione dell'integrazione sociosanitaria sono legate alle modalità di condivisione e collaborazione delle storie delle persone prese in carico dai servizi. Le Equipe Territoriali Integrate (ETI) presenti nel distretto di Bologna (città) costituiscono uno spazio di confronto tra i diversi attori dell'integrazione sociosanitaria (Ente Locale e Ausl), ma non ancora luogo di elaborazione dei progetti personalizzati con BdS. Il nuovo Accordo di programma in fase di stesura tra Comune e Ausl sul coordinamento delle funzioni nell'ambito della salute mentale intende fare passi in avanti rispetto alle linee regionali. Negli altri distretti la presenza e la funzione delle ETI è scarsa o inesistente. Inoltre, un ulteriore strumento organizzativo-gestionale è costituito dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), che sono tuttavia diversamente articolate nei distretti e diversificate a seconda dei target -minori, adulti, disabili, anziani- con delle specificità in alcuni distretti (ad esempio nel distretto Reno Lavino Samoggia sono presenti anche UVM minori disabili gravissimi e disabili gravissimi) convocate da DASS o UASS (si veda Allegato al presente Report le schede sull'Assetto organizzativo). Nei distretti non è stata ancora stabilita una modalità operativa univoca e un protocollo che definisca le funzioni specifiche di ETI e UVM, ma sono state fatte delle proposte di integrazione inserite nelle già citate "Linee di Indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM".

## 2. Situazione attuale dei progetti con BdS

L'implementazione dei progetti con BdS a Bologna e a Imola ha seguito diverse fasi di sperimentazione e di strutturazione, a seconda dei servizi sociali e sanitari in cui il BdS è stato incluso. In particolare, i contesti macro (Bologna, Imola, Pianura Est) e micro (Appennino Bolognese, Pianura Ovest, Unione Reno Lavino Samoggia, Unione Savena-Idice) e le rispettive pratiche dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche in cui è stato sviluppato, hanno fortemente influenzato le modalità e gli attori coinvolti nell'organizzazione di progetti con BdS.

### 2.1 Le rappresentazioni del Budget di salute

Le rappresentazioni del BdS emerse dalle parole dei partecipanti nei focus dei diversi distretti hanno messo in risalto alcuni aspetti considerati importanti dai servizi.

a. La dimensione territoriale considerata come un ambito su cui lavorare per promuovere una qualità della vita e benessere migliori per le persone prese in carico dai servizi, come riportato in questo FG:

*noi lo abbiamo usato per casi gravi e complessi con l'obiettivo di mantenere le persone a domicilio, con una buona qualità di vita nel loro territorio di appartenenza quindi con la rete di conoscenze, con la rete di negozi, cinema, con la loro vita vera (...)" (CSM\_Imola)*

Questa dimensione costituisce anche un punto strategico per lo sviluppo della metodologia del BdS in quanto riguarda l'integrazione della *dimensione comunitaria* rappresentata dalle associazioni di volontariato, le reti informali e di vicinato presenti nei territori di ciascun distretto tuttora pressoché assente dalla coprogettazione dei progetti con BdS.

b. La dimensione economica (a cui l'uso del termine *budget* rimanda) mette in risalto la condivisione di risorse economiche per procedere all'attuazione di un progetto con BdS che, come riportato da questo frammento, non viene considerata come una discriminante per attuare dei progetti personalizzati:

*Il progetto personalizzato se c'è bisogno di fondi economici si fa con un BdS. Perché spesso si usano indifferentemente un termine per l'altro, quindi noi nel nostro lessico quando diciamo BdS intendiamo progetto personalizzato con anche BdS (CSM\_PianuraOvest)*

c. La dimensione culturale è stato evidenziato che il termine budget dovrebbe far riferimento ad un modello culturale organico e condiviso che considera la definizione di BdS come bilancio, includendo non solo le risorse economiche, ma anche quelle umane, personali, sociali e comunitarie.

*È soprattutto un modello culturale che molti operatori, anche per abitudine professionale non è facile che entri nella testa, perché hanno una visione culturalmente diversa anche per formazione professionale .... Il BdS è nato dopo due anni di confronto, di discussione, di passione anche da parte di tutte le associazioni presenti alla consulta regionale che vedevano nel BdS un'effettiva rivoluzione dal punto di vista culturale, come modello perché non si partiva più dall'organizzazione dei servizi, ma si partiva dall'utente e dalla persona e da chi intorno a quella persona, anche dal punto di vista privato, si organizzava per poter dare una risposta integrata. (FAM - Vergato)*

d. La dimensione di centralità della persona che richiede un lavoro continuo e integrato con le persone che utilizzano i servizi e la rete familiare, come riportato dalla Presidente delle associazioni dei familiari e da operatori delle cooperative:

*per noi il BdS dovrebbe diventare la modalità ordinaria di intervenire un po' per tutti se si può, perciò non si tratta di fare alcuni BdS "fiore all'occhiello", ma si tratterebbe di fare delle cose che riescono ad avere un impatto quantitativo il più possibile allargato, perché è un approccio e una metodologia che condividiamo e che, secondo noi, è l'unica che può avere un senso operativo. Questo vuol dire mettere l'utente e le sue esigenze al centro di questo strumento, al centro vuol dire anche all'inizio. (...) è inutile perdere del tempo a lavorare su ipotesi di inserimento e robe del genere se uno non ha verificato prima con la persona non solo di che cosa ha bisogno, ma anche che cosa è pronta a intraprendere perché, magari, la cosa può essere la migliore del mondo sulla carta e poi, al momento di parlare con lei, non c'è motivazione, non c'è interesse, è troppo complicato, etc. Il coinvolgimento dell'utenza sin dall'inizio ci sembra una cosa da ricordare assolutamente, sempre, perché altrimenti si lavora non per la finalità giusta. (FAM\_Casalecchio)*

*il BdS deve essere, semplicemente, uno strumento che consente di realizzare il progetto personalizzato, perché è il progetto personalizzato che è in grado di tenere al centro il paziente. Allora, o noi teniamo al centro il paziente e, quindi, è il paziente che arriva non solamente come portatore di bisogno, ma anche persona capace di leggere la propria esperienza, di organizzare il proprio bisogno e di chiedere aiuto rispetto alla realizzazione del bisogno. Per cui il progetto personalizzato permette, esattamente, questo: di tenere al centro il paziente e il suo sapere (COOP\_PianuraEst)*

In questa direzione, si crea quindi una co-progettazione e una responsabilizzazione degli utenti e dei familiari nel processo di conoscenza e di implementazione dei progetti con BdS.

È emersa una valutazione globale positiva dello strumento del BdS nelle sue prime fasi di implementazione, anche se all'inizio si sono riscontrate delle difficoltà nel comprendere la complessità dello stesso. In particolare, è stata enfatizzata l'opportunità di sistematizzazione (fornita dall'adozione del modello del BdS) delle pratiche dei servizi sanitari dei DSM e socioassistenziali esistenti:

*il BdS ha coagulato in una forma molto semplice ma nello stesso tempo onnicomprensiva il lavoro che io come psichiatra e con i colleghi infermieri, educatori, psicologi nel servizio pubblico facevo ma non articolandolo in questo modo. Ritornando alle considerazioni che facevano i familiari, nel mio lavoro io guardo la persona, guardo con chi vive durante la giornata, come vive il mondo delle relazioni, dove abita la famiglia se è presente e faccio il clinico: dentro la clinica c'è la valutazione implicita più o meno di questi tre assi, cioè dove abiti, se riesci ad amare, se hai una relazione, se studi o lavori. Allora l'aspetto interessante secondo me nel BdS è che ha coagulato, formalizzato, quantificato quello che prima si faceva nel lavoro clinico ma che adesso ha dato sostanza (CSM\_Bologna)*

## **2.2 Le conoscenze**

I diversi servizi coinvolti (CSM e Ser.DP.) e le cooperative sociali hanno rafforzato delle relazioni lavorative preesistenti, anche se con modelli di sperimentazione del BdS differenti.

Nel dettaglio, dai focus group emerge una grande diversificazione della conoscenza dello strumento e della metodologia del BdS in ciascun distretto. In alcuni territori, è emersa una scarsa conoscenza da parte di alcuni attori, in particolare i referenti dell'Ufficio di Piano, le associazioni dei familiari, i servizi sociali locali.

*Dal punto di vista della conoscenza dello strumento del BdS, è evidente che c'è una convergenza per l'applicazione delle linee di indirizzo, siamo particolarmente tutti affezionati al nostro modo di lavorare, quindi c'è un sentire che va assolutamente in armonia con le finalità dello strumento. Sul lato pratico, e qui prendo il disturbo di parlare da ufficio di piano, c'è meno conoscenza, anzi c'è proprio un'esigenza di approfondimento, di capire effettivamente come lo si sta mettendo in pratica nel nostro territorio (...) (UP\_Vergato)*

*Essendo io molto giovane del mestiere, purtroppo non ho avuto modo di fare questa formazione e quindi mi manca un po' il pezzo di conoscenza dello strumento del BdS. Mi sono ritrovata lo scorso anno comunque insieme al CSM in una collaborazione a partecipare al BdS, per cui ho avuto modo di capire che è davvero un'importante risorsa da mettere in campo, ognuno per il proprio pezzetto (ASS\_SOC\_PianuraOvest)*

*Io farei un passettino indietro, secondo me, nei servizi territoriali, gli assistenti sociali dei Comuni, secondo me, abbiamo bisogno di conoscere meglio questo tipo di strumento di lavoro del BdS, secondo me abbiamo dato per scontato troppo, invece, che conosciamo questa cosa, in realtà, io mi sono reso conto che, sia negli incontri ai quali ho partecipato, sia sulla restituzione dei BdS, della sperimentazione dei Ser.DP., ma anche negli incontri, adesso, che è uno strumento che noi conosciamo pochissimo (...) (ASS\_SOC\_PianuraEst)*

*Al tavolo si parla di una realtà che sembra non esistere nella percezione dei familiari il più delle volte, almeno io riporto quello che è il sentire all'interno della mia associazione, all'interno del gruppo di familiari che io conosco. Non c'è la conoscenza di questo strumento, non arriva l'informazione e molti familiari vivono una situazione di disorientamento perché non sanno a chi si devono rivolgere, non sanno qual è lo strumento e a chi si devono rivolgere creando una situazione di disagio. (FAM\_Imola)*

Considerando invece la prospettiva delle cooperative sociali, nell'adozione del modello e dello strumento del BdS è emersa una conoscenza approfondita dello strumento, poiché il terzo settore ha appreso modalità e strumenti nuovi e flessibili nel corso degli anni per implementare progetti con BdS, ha rafforzato i rapporti tra cooperative e ha potenziato la progettazione personalizzata creando percorsi di cura qualificati, risposte più eque e a più ampio raggio.

Inoltre, è emersa la necessità di elaborare nuove modalità di lavoro e rendere più flessibili quelle esistenti ma anche la possibilità di potenziare la progettazione personalizzata, attraverso la creazione di percorsi di cura qualificati, risposte più eque e a più ampio raggio e la promozione di una rete di servizi delle cooperative:

*Il tipo di lavoro con l'utente è cambiato, perché è cambiata l'utenza, quindi sono cambiati i bisogni, il BdS forse ha aiutato anche a raggiungere quegli utenti che necessitavano di un tipo di lavoro che prima non era possibile: sto parlando principalmente degli interventi individuali. Cosa significa: (...) è raddoppiato il tipo di lavoro individuale, quindi con interventi uno a uno con un operatore dedicato alla singola persona con un percorso riabilitativo, e questo permette nel limite del possibile comunque di lavorare strettamente proprio sui bisogni della persona anche sul territorio, con spostamenti un po' fuori zona, un po' impegnativi ma che credo che abbiano dato il risultato. (COOP\_Vergato)*

*l'inizio è stato molto laborioso, però, abbiamo dato un senso di miglioramento costante, nel senso che il portale di Televita che gestisce tutta la parte della modulistica, delle prestazioni, eccetera, ha reso molto più veloce le pratiche amministrative ed economiche, e abbiamo potuto concentrarci sui casi. I vantaggi che si possono trarre sono, sicuramente, il miglioramento nella selezione dei casi, in quanto possono risolvere anche necessità ed esigenze della persona e ci permette di lavorare, in collaborazione, costruire un vestito alla persona (COOP\_S.Lazzaro)*

Il coinvolgimento dell'Ente Locale nelle sperimentazioni svolte finora ha interessato l'area economica, ovvero la predisposizione di risorse economiche in alcune aree del BdS (es: abitare)

*Qui abbiamo un BdS che è condiviso con l'Ente locale, su un paziente che ha dei problemi di disabilità per cui l'ente locale partecipa con noi al BdS occupandosi dell'abitare. (CSM\_Casalecchio)*

### 2.3 Il processo di valutazione

Il processo di valutazione dei progetti in BdS non è del tutto effettuato dalle UVM, ovvero non tutti i progetti in BdS vengono valutati dalle UVM.

Alcune specificità dell'assetto organizzativo completano la descrizione dello stato dell'arte attuale per l'implementazione futura dei progetti in BdS. In primo luogo, l'esistenza di un accordo di programma che definisce funzioni e compiti di ETi E UVM nell'ambito della salute mentale. Le Equipe Territoriali Integrate (ETI) presenti nel distretto di Bologna (città) sono suddivise in 6 ambiti territoriali, oltre ad una 7° equipe per il target senza dimora e non residenti che accedono al servizio sociale bassa soglia; le ETI hanno funzioni di valutazione e progettazione. Esiste una UVM cittadina, che ha funzioni definite nell'Accordo di programma in essere. In secondo luogo, il processo di ritiro delle deleghe per l'espletamento delle funzioni sociali a servizi esterni a quelli sanitari sta ridefinendo ruoli e funzioni. In tre distretti sono state ritirate tutte le deleghe, in altri tre è in fase di completamento il ritiro delle deleghe, in alcuni tutte le funzioni sociali sono delegate ad un ASP in altre solo alcune sono delegate ad una ASP e non da parte di tutti i Comuni (si rimanda all'Allegato sull'assetto organizzativo).

### 3. Punti critici del modello BdS

In questa sezione sono riportate le criticità globali emerse dai focus group in maniera sintetica e una descrizione più dettagliata dei punti critici evidenziati dai diversi attori dell'integrazione sociosanitaria.

Le criticità maggiori riguardano:

- a) La definizione dei criteri di accesso ai progetti personalizzati BdS.

In particolare, è emersa la necessità di chiarire o ridefinire quali sono o potrebbero essere gli attori che attivano i progetti in BdS, per quale tipo di popolazione e secondo quali modalità e condizioni di vita della persona.

*Semplifico per chiarire un punto critico nell'accesso, rispetto alla pari opportunità: nel momento in cui io cinquantenne in carico alla psichiatria sono la persona oggetto dell'attenzione della comunità dei professionisti, ecco il fatto che rispetto a me quindi sono un paziente con requisiti di attenzione alti, quindi una situazione che può essere dichiarata eleggibile più importante e magari le aree di bisogno sono al confine tra l'abitare, il lavoro perso, tutte le difficoltà di reinserimento sociale. Ecco, perché attribuirne sì o no? (UP\_Vergato)*

- b) La condivisione della definizione del concetto di complessità o casi complessi.

Nello specifico, emerge il tema della condivisione di un linguaggio comune riguardo alla definizione di complessità tra servizi, sociali (Enti Locali) e sanitari (DSM), che utilizzano criteri differenti per definire la complessità dei casi.

*per noi casi complessi richiama uno spartiacque, cioè nel nostro accordo di programma (perché c'è un accordo di programma che definisce un po' questa relazione fra soprattutto CSM e servizio sociale territoriale) il caso complesso è la situazione che viene mantenuta, viene gestita proprio in ragione della complessità e anche della delicatezza poi della cura che bisogna attivare, viene gestito in toto all'interno del CSM. Noi entriamo nella relazione che vediamo poi nell'ETI per le situazioni meno complesse, che hanno una complessità per noi come servizio sociale territoriale anche elevata, perché in molti momenti ci siamo dovuti attrezzare, ci stiamo attrezzando a gestire al meglio queste situazioni. Sono situazioni di grande sofferenza non solo della persona*

*anche della rete familiare, della rete amicale. Quindi già per noi è complesso il non complesso, quindi vorrei capire il complesso che poi è stato già rappresentato, se è qui che si gioca il BdS in particolare (EL\_Bologna)*

c) La personalizzazione delle condizioni di accesso ai Servizi Sociali per le persone- utenti dei DSM

È emerso che è necessario rimodulare l'accesso ai servizi sociali per gli utenti dei DSM in funzione delle loro specificità, evitando di creare dei servizi omologati che non tengano conto delle differenze della popolazione che accede.

*Abbiamo capito che sul territorio adesso che sono stati portati sul territorio la sensibilità da parte dei Servizi Sociali del territorio è un po' più latente, nel senso che gli utenti si mettono in fila ma siccome ci sono 7/8 persone, ci sono quelli che hanno bisogni più reali, magari capace di comunicarli, i nostri si mettono in fila poi molte volte abbandonano, poi dicono "tornerò". (FAM\_Bologna)*

d) La riduzione del livello di burocratizzazione degli aspetti amministrativi

È stato evidenziato in diversi focus group, la necessità di rendere gli strumenti tecnici per la registrazione e l'assegnazione del progetto in BdS più snelli e fruibili sia per gli operatori dei servizi che per gli utenti e i familiari.

*La questione di fondo è che abbiamo visto che il completamento della scheda, la complicità della scheda ha creato qualche resistenza fra gli stessi operatori, anche perché non era di facile interpretazione. Ultimamente, c'è un po' più di snellimento, un po' più di comprensione, chiaramente, la scheda è stata assorbita e, sicuramente, si lavora meglio, si interagisce meglio. (FAM\_S.Lazzaro)*

### 3.1. Utenti e familiari

Le associazioni di utenti e familiari di Bologna e Imola hanno riportato diversi punti critici che, nel corso dello svolgimento dei focus group, sono diventate delle proposte costruttive per uno sviluppo ulteriore del modello del BdS.

Alcune criticità riguardano la dimensione della centralità della persona, in particolare viene messo in risalto come il progetto personalizzato con BdS sembra essere predisposto dagli operatori dei servizi e poi proposto alla persona senza coinvolgere quest'ultima direttamente in tutto il progetto di scelta e decisione delle attività da svolgere.

*Rispetto al tema dei Bds che ci sono sul territorio, le famiglie lo vivono spesso come una cosa degli operatori e poi quando c'è, viene interpellato l'utente, con o senza la sua famiglia e gli viene proposto spesso una pappa già pronta in qualche modo (...) L'altra cosa che viene vissuta spesso è che comunque le risorse sono poche e quando tu chiedi una cosa, ti viene anche data, però ti viene tolto un'altra cosa che avevi attiva, cioè è vissuto un po' questo: è quello che abbiamo raccolto nel nostro gruppo di familiari, un po' come una coperta molto corta, per cui se si fa qualcosa, per forza bisogna togliere da un'altra parte. E' richiesto a gran voce comunque che l'utente, e la sua famiglia quando c'è, sia preso in considerazione, se c'è una cosa che ad un utente non interessa, viene chiesto che l'Ente Locale venga associato sin dall'inizio e non soltanto interpellato strada facendo (FAM\_Vergato)*

*La cosa che abbiamo notato è che spesso si fa un progetto per lui, ma non con lui. Molte volte ti si presenta un percorso, magari di aiuto, magari di comprensione, ma anche di lavoro, però, non sempre lui è al centro e la cosa che ci preoccupa è che spesso diventa l'opposto, lui esprime i bisogni, dai bisogni qualcuno raccoglie una scheda, la compila e, poi, riesce a fare un percorso. A volte dà dei buoni risultati, a volte no, perché, magari,*

*è anche un percorso di vita che lo aiuta a stare meglio; a volte bisogna cambiarlo, perché non interessa.*  
(FAM\_S.Lazzaro)

È stata enfatizzata una scarsa attenzione allo stato di salute globale della persona, in particolar modo alla condizione di salute fisica che viene considerata come una condizione rilevante per lo stato di benessere globale.

*la cosa che noi chiediamo è che il BdS sia un po' più una presa in carico a 360 gradi su tutte le esigenze di vita della persona. Noi aggiungiamo, ivi comprese le esigenze di salute fisica che vengono sempre completamente trascurate; se una persona è obesa e se ha il diabete, se non riesce a camminare, se ha dei problemi di cardiopatia, eccetera, è quasi sempre considerato come ormai necessario "prende gli psicofarmaci, è ovvio che sia obesa e abbia dei problemi" (FAM\_PianuraEst)*

Le problematiche riguardano anche la necessità di cura e di sostegno alle famiglie e l'opportunità per le persone di sentirsi parte di una rete sociale e comunitaria

*anche prendere in carico la famiglia, perché noi abbiamo visto anche in alcune ricerche, utenti gravi che vivono in famiglia, il 40% dei familiari vanno anche loro in depressione senza saperlo, perché sono situazioni estremamente complesse e anche emotivamente difficili da gestire. Io pongo anche questo problema che di solito non si fa, però molti familiari non ce la fanno, hanno bisogno di momenti per respirare, per distaccarsi. È un problema che hanno in casa giorno e notte, sabato e domenica, eccetera e questo è un tema che secondo me non va sottovalutato (FAM\_Vergato)*

*le esigenze di inserimento sociale che vuol dire lotta contro la solitudine. Se uno non ha un lavoro, come usare il tempo è uno dei problemi grossi che ci viene sempre posto, del tempo vuoto: io mi alzo, che faccio, dove vado. Noi come familiari è una domanda che sentiamo tutti i giorni, 365 giorni dell'anno (FAM\_Casalecchio)*

*Tutto il resto che è sociale, che è risocializzante, che è la casa, che può essere anche il lavoro, può passare attraverso il Csm, ma può essere anche attraverso il territorio, sono cose che devono andare di pari passo. L'elemento nuovo è quello di inserire all'interno del territorio tutto quello che è l'aspetto sociale, la socialità, ma anche sentirsi cittadino attivo, trovarsi di fronte a una realtà che, comunque, sa che esisti, sa che non sei perso, che non sei dislocato (FAM\_S.Lazzaro)*

### 3.2. Servizi sanitari ed Enti locali

Le criticità espresse dai servizi sanitari e sociali riguardano sia l'implementazione dei progetti in Bds sia le modalità organizzative e strutturali.

In particolare, è stato riportato che c'è una scarsa collaborazione per utenti con problemi di salute mentale con servizi sociali dell'Ente Locale e tra gli altri servizi dell'AUSL. Questa criticità riflette alcuni elementi caratteristici dei servizi di salute mentale, dalla nascita del BdS all'interno del DSM e per casi specifici alla differenza di progettazione tra i servizi del DSM (CSM e Ser.DP). Nel primo caso, emerge che

*Noi lo abbiamo usato per i casi gravi e complessi, con l'obiettivo di mantenere le persone al domicilio: anche nella nostra procedura che abbiamo condiviso col privato sociale, l'obiettivo è mantenere le persone con una buona qualità di vita nel loro territorio di appartenenza (CSM\_Imola)*

Per la specificità della progettazione dei Ser. DP., è emerso nel dettaglio la specificità della procedura per la progettazione, implementazione e verifica dei progetti con BdS nei diversi Ser.DP.

*All'interno di ogni Ser.DP. si predispongono una proposta di BdS. Noi abbiamo durante l'anno un calendario di incontri dove vengono presentati i casi da referenti del Ser.DP., alle cooperative sociali, che sono sempre presenti con un rappresentante per ogni cooperativa e sono 8. In quella prima fase si discute del caso e quindi il referente del Ser.DP. espone il caso e si discute proprio anche modificando la progettazione che è stata fatta a priori all'interno del Ser.DP.; le cooperative si ritrovano in un secondo momento solo loro per definire quali sono quelle che hanno le competenze più adeguate per far fronte a quel tipo di progetto che è stato, diciamo, costruito insieme. Successivamente il Sert e la cooperativa o le cooperative - perché possono essere anche due, proprio perché i bisogni ai quali si cerca di rispondere col progetto del BdS possono essere diversi - si trovano con l'utente (che ha già partecipato alla costruzione del suo progetto insieme, però, solo all'operatore del Ser.DP.) per procedere alla stesura formale, diciamo ufficiale, del progetto e la firma (SERDP\_Casalecchio)*

*Noi abbiamo scelto per questa sperimentazione di individuare come target le persone che potessero avere un cambiamento attraverso questo strumento e che non avessero altri servizi che potevano dare già questo supporto, per cui abbiamo pensato di favorire chi aveva meno di tutti, quindi chi non aveva altri servizi, per esempio quindi chi non aveva una doppia diagnosi, no? perché abbiamo visto che c'è proprio un target, queste persone sono molto spesso quelle più fragili, quelle che hanno meno risorse e nel nostro caso magari anche meno risposte di rete familiare. Le persone che abbiamo individuato hanno una media di 50 anni, sono persone che in qualche modo hanno un passato di tossicodipendenza o di alcolismo importante e che si trovano in una situazione di criticità altrettanto grave, perché magari esclusi dal percorso lavorativo e a volte anche con delle difficoltà abitative, perché magari non hanno più le risorse parentali perché i genitori non ci sono proprio più fisicamente, sono deceduti e quindi si trovano in una situazione di impasse (SERDP\_Vergato)*

Un'ulteriore criticità rispetto al funzionamento dei servizi e un aspetto di auto critica rilevante rispetto alle modalità e alle prassi utilizzate per l'implementazione dei progetti riguarda il rischio di autoreferenzialità. Nel dettaglio, emerge che

*il rischio, per noi, è quello di chiuderci sempre nelle stesse strade, cioè di vedere sempre le stesse strade per dare soluzione a dei problemi dei nostri tempi. È un po' un rischio mio, che sono al Ser.DP. da vent'anni, ma in linea generale della mia area dove operano colleghi che sono lì da molti anni (SERDP\_Casalecchio)*

*va anche recuperato un momento, come dire, di approfondimento culturale e formativo perché i motori devono essere sempre riscaldati. La tendenza alla autoreferenzialità difensiva in un momento di crisi di servizi strutturale come lo attraversiamo da un po' di tempo, è molto forte: quando io sono in difficoltà io mi ritiro nel mio linguaggio, nella mia specialità e faccio fatica a pensare in maniera organica e allargata alla dimensione di salute più generale del bambino che seguo o dell'adolescente, quindi va sempre oliato il meccanismo del discorso dell'integrazione socio-sanitaria attraverso strumenti culturali, formativi (NEUROPSI\_Imola)*

Le criticità rilevate dai servizi riguardano anche questioni di tipo burocratico-amministrativo espresse sia dai referenti del DSM che dagli operatori degli Enti Locali.

*dobbiamo trovare anche degli strumenti amministrativi che ci permettono di andare incontro alle esigenze che cambiano. Quindi, sicuramente la gara d'appalto forse è stata scelta in quest'ottica però non lo so, è una domanda e quindi mi piacerebbe capire la motivazione del perché la gara (EL\_Vergato)*

*l'interfaccia informatica, essendo in molti a lavorare e avendo la postazione impegnata, diventa anche poco snello. Poi, tante volte dobbiamo telefonare a Trieste perché non riusciamo ad avere le password, scadono le*

*password e le gestiscono all'esterno, quindi è tutto un lavoro di ricostruzione. La ditta è disponibilissima però ci sono anche dei tempi morti col paziente davanti, quindi anche la parte proprio di costruzione viene inficiata alcune volte (CSM\_Bologna)*

La criticità maggiormente espressa dagli Enti Locali, come già rilevato al punto 2.2, riguarda la scarsa conoscenza dello strumento del BdS dalla quale dipende la mancanza di collaborazione finora nella stesura dei progetti.

### 3.3. Cooperazione sociale

I punti critici riscontrati dai referenti delle cooperative che hanno partecipato ai focus group, in parte partner del RTI in parte esterni riguardano la necessità di trasformare i servizi in relazione ai bisogni dell'utenza:

*la velocità con cui il terzo settore, noi, dobbiamo adattarci ai bisogni dell'utenza, che comporta anche dei cambiamenti organizzativi e a volte anche a incompatibilità. Il BdS scandisce degli orari, delle giornate che non sempre si riescono a rispettare, quindi occorrerebbe un po' di margine di movimento all'interno; ad ogni modo, anche senza questo margine, abbiamo continuato a lavorare e penso che lo stiamo facendo nel modo migliore possibile. Durante un BdS emergono nuovi bisogni, nuove esigenze che devono essere affrontati e questo implica dover cambiare la tipologia di lavoro quindi si cambia in questo senso (COOP\_Casalecchio)*

Inoltre, è emerso il rischio di diventare prestatori di servizio e non più co-progettatori degli stessi:

*Siamo partiti secondo me molto bene, rischiamo di arrivare con delle forti fragilità, quindi io non ho capito se il problema sta nella co-progettazione oppure nella cogestione, però c'è qualcosa che si è incrinato e bisogna andare assolutamente a guardarci nel merito (COOP\_PianuraOvest)*

È emersa anche l'importanza di definire in termini territoriali il ruolo delle cooperative per offrire dei servizi che tengano conto del contesto in cui le persone vivono. In particolare,

*È importante che anche nella visione della gara d'appalto, ci sia una logica territoriale perché qui comunque si è creata o si sta sviluppando faticosamente una rete di collaborazione tra i servizi sociali, i comuni, l'azienda ASL, gli stessi altri enti che ci sono nel territorio cioè il lavoro che non è solo rete perché io ho una fornitura, ma rete perché facciamo parte di questa comunità per cui sappiamo che se Libertas è facilitata a dare un servizio a Vidiciatico, è un valore aggiunto per la comunità di Vidiciatico. (COMM\_Vergato)*

Infine, viene riconfermata la necessità di rivedere le modalità di lavoro delle cooperative rendendole sempre più flessibili sia per le persone che per le attività.

*La criticità è che avere tanti percorsi personalizzati mirati richiede un'enorme flessibilità e fatica a seguire tutti questi percorsi, quindi è importante coinvolgere tutti, richiede una maggiore certezza economica, una flessibilità economica oltre che una flessibilità e competenze a gestire un lavoro, quindi, dobbiamo trovare delle attività nuove da proporre. (COOP\_S.Lazzaro)*

### 3.4. Comunità locale

Il coinvolgimento della comunità territoriale, ovvero delle associazioni e organizzazioni che operano nei diversi territori è stata scarsa sia nei focus group che nel lungo processo finora attuato di implementazione dei progetti con BdS. In alcuni contesti, sono state messe in evidenza queste criticità.

*Nel nostro territorio effettivamente c'è un problema di solitudine e poi la solitudine per la famiglia che ha la persona con disabilità, per la persona che ha avuto nella sua vita delle problematiche di tossicodipendenza, nella persona anziana. Ecco che il lavoro con la comunità potrebbe essere una risorsa, perché ancora e lo dico con molta fatica, la nostra comunità ancora ha degli elementi importanti di disponibilità, di voglia di fare cioè noi diciamo sempre che ormai per molte persone nei nostri paesi hanno tanti cappelli, nel senso che è volontario della Croce Rossa però fa parte della Bocciofila, però è del dopolavoro ferroviario, fa parte della parrocchia. Per cui questa è una risorsa che ormai nei grandi centri, forse non c'è più, ecco perché è una risorsa che andrebbe inserita nel progetto BdS proprio nell'ottica di sostenere il progetto tenendo conto che ci sono delle difficoltà di distanze territoriali. (COMM\_Vergato)*

*A San Giovanni ci sono 200 associazioni di volontariato, di cui 40 sportive, ma non c'è nessuno che si occupi esclusivamente di sociale, ci sono molte associazioni molto sensibili che coinvolgono tempo libero per i disabili. Le associazioni destinate al sociale sono un po' meno, ad esempio c'è l'associazione Il Focolare che si occupa di disabili poi, magari, non c'è l'equivalente per i disturbi psichiatrici. Insomma sono le cose un pochino sporadiche ma perché c'è una tradizione forte di servizio pubblico. Cioè il sociale viene gestito dal pubblico. Il cittadino di San Giovanni sa che per certe cose deve affidarsi al pubblico, quindi sicuramente il progetto fa un po' fatica a venire fuori. (EL\_PianuraOvest)*

*Lavorando in sanità ho cominciato a fare qualche considerazione anche sulla comunità, cioè non voglio dare dei giudizi o dei pareri sull'istituzione ma sulla comunità. Io credo invece che sulla pianura Ovest - anche perché ho la possibilità di confrontarmi con le colleghe di altri distretti - abbiamo una grande ricchezza perché è una comunità che è estremamente attenta a tutte le fragilità, compresa anche quella del minore disabile e comprese quelle delle persone con problemi di salute mentale e degli anziani (...). Cioè se l'utente che non vuole uscire di casa e non abbiamo le risorse per investirci tre mesi, sei mesi di lavoro di operatore per convincerla a uscire di casa, però abbiamo il vicino di casa che dice "Ma guarda, è un po' che non lo vedo e ho paura che stia succedendo qualcosa" e quindi abbiamo un tessuto sociale molto fitto, molto ricco e possiamo intervenire col medico di base, possiamo sempre cercare informazioni rispetto a quella determinata persona che è già un paziente. Quando noi abbiamo, io li chiamo i sepolti in casa, che ci spuntano fuori al pronto soccorso persone mai viste, con situazioni disastrose e di tutte le età, noi ci stupiamo perché, comunque, qui da noi nel nostro territorio, c'è un contesto in cui questo tipo di patologia è sconosciuta perché qui c'è controllo sociale (CSM\_PianuraOvest)*

*sul tema delle risorse comunitarie. Anche su questo non sappiamo utilizzarle, noi stiamo cercando molto in questo piano di zona di ripartire, appunto, dalle risorse comunitarie (UP\_PianuraEst)*

## 4. Proposte di miglioramento

Le proposte di miglioramento sono presentate di seguito, tenendo conto delle principali criticità evidenziate dai partecipanti ai focus group e in relazione ai diversi attori.

### 4.1 Utenti e familiari

Le associazioni dei familiari propongono la creazione di un'équipe minima costituita da case manager, assistente sociale e utente/familiare che permetta, quindi di semplificare le procedure di progettazione per l'utente e di sottoscrizione del BdS.

*Allora, noi come Cufò insistiamo sul fatto che il BdS possa partire, sin dall'inizio, con la triade fondamentale che sono: la famiglia, il dipartimento o il Csm e l'ente locale. Questa è la cosa che vediamo come più*

*adeguata e come più utile come evoluzione: adesso non è così, però, a noi è sembrato molto importante questo lavoro congiunto sin dall'inizio, e non con l'équipe di tutti i professionisti che esistono sul territorio, ma con una équipe molto piccola, cioè con il case manager che è nominato dal Csm e con l'assistente sociale del luogo: questa ci sembra la cosa più opportuna per non spaventare la famiglia che non ama ritrovarsi in una riunione ampia come questa, quello che succede dietro alle quinte è importante che ci sia, però, per l'utente forse questo vuole dire "abbiamo un interlocutore che ha la libertà di decidere e di muoversi", e non soltanto di persone che riferiscono e non possono decidere nulla da sola (FAM\_PianuraEst)*

*interlocutore dell'utente e della famiglia un gruppo piccolo per discutere BdS: case manager che rappresenta i servizi sanitari e l'assistente sociale degli enti locali. In una seconda fase anche rappresentante delle cooperative» (FAM\_Bologna)*

In questa proposta di miglioramento, emerge anche l'importanza del coinvolgimento dell'Ente Locale fin dall'inizio del progetto per favorire la conoscenza e la partecipazione adeguata nelle diverse fasi del BdS e affinché l'utente e i familiari siano consapevoli del ruolo e della funzione del servizio coinvolto.

*sappiamo che i BdS sono stati avviati dal dipartimento di salute mentale soprattutto per migliorare il rapporto con le cooperative cioè quello che ha mosso in partenza questo movimento è stata un'esigenza di vederci più chiaro e anche di avere dei servizi da parte delle cooperative più finalizzate, più mirate, etc. Noi auspichiamo anche nella prospettiva dei servizi sociali del territorio che il dipartimento di salute mentale e gli enti locali possano lavorare insieme sin dall'inizio, non con una partenza da parte del dipartimento e il coinvolgimento successivo dell'ente locale laddove si pensa che possa servire, etc ma invece sia sin dall'inizio una coprogettazione, poi si vede dopo quali sono le cose da fare (FAM\_PianuraOvest)*

## 4.2 Servizi sanitari e enti locali

La prima proposta di miglioramento riguarda la criticità relativa alla poca conoscenza dello strumento, che può essere affrontata attraverso la definizione di un percorso formativo sia di carattere generale culturale sia sui protocolli operativi per promuovere e gestire i progetti con BdS da parte di tutti gli attori coinvolti. È stata proposta la condivisione di un modello culturale in cui tutti possano sentirsi protagonisti. Di seguito si riportano solo alcune delle proposte che sono portatrici delle esigenze dei diversi contesti. Le proposte di formazione sono fatte con l'obiettivo di potenziare il dialogo e la partecipazione dell'Ente Locale e con i diversi servizi.

*Allora l'integrazione sociosanitaria io credo sia un valore molto complesso, molto difficile da perseguire, però un valore dal punto di vista degli obiettivi che sia i servizi sanitari che quelli sociali devono perseguire. Questo deve diventare elemento culturale di appropriazione da parte di tutti gli operatori dei servizi, perché in fondo questo valore si coniuga con i concetti più attuali del modo di definire la salute e la salute mentale oggi, così come la definisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità (NEUROPSI\_Imola)*

*una formazione intesa come metodologia dell'approccio comune al problema (...) Occorre fare in modo che questa conoscenza, questo patrimonio non solo sia patrimonio degli esperti, la comunità esperta, lo so che è difficile, lo so che le cose pratiche e l'esigenza di affrontare il servizio sono, qualcuno di voi ha parlato di cambio culturale. È il solito tema: come coinvolgiamo i medici di base? L'unica cosa è una formazione solo distrettuale, tutti insieme, ecco. A livello distrettuale ha senso che ci sia la continuazione in quella metodologia ma poi ogni territorio ha la sua specificità e una formazione specifica (UP\_S.Lazzaro)*

*è un po' di formazione: ne abbiamo bisogno su questo territorio, con l'azienda ci ragioniamo, capiamo come fare, se ce lo facciamo in casa, se ci sono anche altri territori, magari, che riguardano anche il Minguzzi, che*

*ci possono dare una mano. Secondo me è utile fare la formazione nel momento in cui alcune cose si assestano un pochino, perché così non la facciamo evolvere, cioè magari, la facciamo di tipo più teorico, sull'approccio culturale, metodologico, ma, poi, ci aggiungiamo anche l'attività, la teniamo insieme. (UP\_PianuraEst)*

*Potremmo anche ripensare a un momento formativo e informativo, oggi che sono uscite le linee guida, oggi che abbiamo bisogno di ampliare un po' il respiro per il BdS. Pensavo anche proprio ad una partecipazione un pochino più allargata e quindi questo potrebbe essere un'altra ipotesi perché c'è anche un'esperienza. (UP\_PianuraOvest)*

*andare a capire bene che cosa ha funzionato e cosa non ha funzionato, il tipo di valutazione che andiamo a fare possono essere oggetto dei momenti formativi, nel senso che mi aspetto che la formazione non sia una formazione verticale, ma un momento in cui tutte queste esperienze possano essere portate alla luce. (UASS\_Vergato)*

È emersa, infine, l'importanza di rivedere i criteri di attivazione dei BdS, considerando anche la possibilità che Enti Locali e servizi sociali possano decidere di attivare un progetto con BdS qualora ce ne fosse la necessità.

### 4.3 Cooperazione sociale

Anche le proposte di miglioramento avanzate dal settore delle cooperative sociali riguardano la formazione e l'aggiornamento professionale continuo e condiviso sul modello del BdS. Come viene riportato in diversi distretti

*Sicuramente delle formazioni dove si possa lavorare per vedere nella pratica lo strumento, come è stato portato avanti, penso che possano agevolare il lavoro dei soggetti coinvolti nel BdS: utente, familiari, CSM, cooperative, ente locale, associazioni (COOP\_Casalecchio)*

Emerge anche la richiesta di consolidare la co-progettazione con la cooperazione sociale, per evitare di ridurre tutto il processo ad uno scambio di risorse economiche

*Quindi anche la co-progettazione può risentire esattamente di questo. Se l'operatore - che sia del privato sociale che del pubblico - ha bisogno di tempi, ha bisogno di ritornare a un lavoro umanizzato (COOP\_PianuraOvest)*

Un'ulteriore prospettiva futura riguarda la conoscenza nel dettaglio delle risorse del territorio per l'integrazione delle risorse formali e informali del territorio. Le cooperative sono considerate come un osservatorio privilegiato per accedere a questo genere di risorse.

*Il fatto di poter intervenire in una verifica, cambia il percorso, ci sono delle realtà che devono inevitabilmente intervenire, per cui quando parliamo di integrazione secondo me dobbiamo ragionare in un'ottica un po' più ampia di coinvolgimento di territorio, che non è legato solo ai servizi: ma proprio cosa vuol dire salute mentale in un territorio perché lo stigma passa da un coinvolgimento più ampio. (COOP\_Imola)*

Infine, emerge la richiesta di fornire un accompagnamento e supporto agli operatori delle cooperative per mantenere elevata la motivazione, tenuto conto della complessità del metodo BdS, che richiede grande flessibilità dell'operatore

*Noi abbiamo sempre avuto un'ottima collaborazione con San Lazzaro, quindi, sicuramente, abbiamo mantenuto questa collaborazione, ma è più complicata per noi in quanto prima avevamo uno o due referenti fissi e avevamo anche delle riunioni ogni settimana. Ora, la collaborazione con tutti i centri di salute mentale è più difficile, io sono al San Camillo, ma non vedo più i miei colleghi perché sono sempre fuori, fortuna che abbiamo un linguaggio comune da sempre che ci permette di lavorare (COOP\_S.Lazzaro)*

## 5. Conclusioni

I focus group hanno consentito a tutti i partecipanti di conoscersi, in alcuni casi per la prima volta, di condividere perplessità e successi e proporre miglioramenti. La valutazione dei progetti con BdS da parte degli attori sanitari, sociali e degli Enti Locali lascia ancora diverse questioni aperte che richiedono un ulteriore sviluppo. È auspicabile infatti, ridefinire il significato di Budget di Salute come modello culturale per l'integrazione sociosanitaria e sanitaria, ovvero tra i diversi servizi delle AUSL e degli Enti locali Territoriali, che si declini in strumenti e protocolli operativi condivisi e attenti alle specificità di ogni contesto. I processi che portano verso questo obiettivo richiedono una formazione continua degli operatori e una condivisione di gruppo delle diverse esperienze che vengono implementate. Risulta altrettanto fondamentale continuare a monitorare l'evoluzione del percorso di sviluppo del BdS nei diversi contesti sia dal punto di vista operativo che dal punto di vista organizzativo considerati i cambiamenti di ruolo e funzionali in atto. Diventa indispensabile consolidare una rete di servizi pubblici e privati e organizzazioni della comunità locale che possano interagire e collaborare al fine di rendere effettiva un'integrazione a favore del benessere psico-fisico delle persone. È necessario aumentare la capacità di presa in carico comunitaria, formale e informale dei bisogni delle persone e realizzare soluzioni in cui la persona sia sostenuta, capacitata negli atti e nelle aspettative di vita quotidiana da una organizzazione mutuale, che la veda partecipare insieme alle famiglie, ai volontari, agli operatori pubblici e privati. L'obiettivo è quello di sostenere e rafforzare lo sviluppo di un welfare comunitario (si veda tra gli altri, Righetti, 2014), in cui Enti Locali, Servizi Sanitari, Utenti e familiari possano co-progettare attività e servizi in risposta ai bisogni di un'intera comunità di persone.

## 6. Legenda acronimi

ASS\_SOC= assistente sociale

COMM= referente comunità locale

CSM= referente CSM

EL= referente Ente Locale

FAM= referente associazione utenti e familiari

NEURO= referente Neuropsichiatria Infantile

SERDP= referente Ser.DP.

UASS= referente UASS

UP= referente Ufficio di Piano

## Bibliografia

Pellegrini P., Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C. (a cura di) (2019). Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute: esperienze in Emilia Romagna. Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana di Bologna, (2019), *Linee di Indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM*. maggio 2019

Righetti, A. (2014). *I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche*. Gius. Laterza & Figli Spa.

Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, (2018), *Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute, maggio 2018*