

Budget di salute ed integrazione tra politiche sociali e sanitarie

Il welfare regionale indica il budget di salute quale direzione da intraprendere per governare la presa in carico della persona con disabilità. Cosa significa assumere questa prospettiva? L'articolo propone riflessioni in tema di integrazione tra politiche e spunti per una possibile traduzione operativa.

a cura di Raffaele Monteleone - mercoledì, aprile 01, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/04/01/budget-di-salute-ed-integrazione-tra-politiche-sociali-e-sanitarie/>



Il [budget di cura](#) si differenzia dalle forme di intervento standard nel campo della riabilitazione di utenti colpiti da disabilità o in condizione di fragilità rispetto al diverso peso che assumono obiettivi e metodologie di capacitazione degli utenti e per la marcata prospettiva di integrazione fra politiche sociali e sanitarie. **La piena integrazione dei servizi sociali e sanitari è difatti assunta come condizione fondamentale per l'integrazione dei soggetti deboli nei contesti sociali.**

Come viene intesa e costruita l'integrazione?

Nel [precedente contributo](#) abbiamo visto come i progetti di cura personalizzati siano messi a punto da un apposito organismo, l'unità di valutazione integrata (U.V.I.), che si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto terapeutico-riabilitativo individuale. La valutazione multidimensionale e multidisciplinare fa riferimento, sia all'avvio del progetto che durante l'attività di *follow-up*, alla conoscenza della storia individuale, del contesto di vita e dalle aspettative delle persone cui si rivolge.

Ma come vengono costruite, in concreto, le condizioni di integrazione tra politiche e servizi sociali e sanitari e tra soggetti pubblici e privati? Va innanzitutto detto che **i budget di cura/salute sono lo strumento finanziario che sta alla base dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati e**

rappresentano l'unità di misura delle risorse economiche e professionali necessarie per ridare ad una persona un migliore funzionamento sociale. Ogni contratto di cura ha, difatti, un valore economico e in questo senso è un *budget* di cura in cui convergono risorse sia sanitarie (provenienti dal SSN) che sociali (provenienti dagli enti locali), oltre alle dotazioni e opportunità di inclusione sociale che i soggetti appartenenti al terzo settore (cooperative, imprese sociali, associazioni) con i propri contesti operativi decidono di mettere a disposizione e valorizzare all'interno della progettazione. Alcune tra le risorse che alimentano un budget di cura sono prevedibili e già allocate come voci di spesa, mentre altre sono variabili in funzione, da un lato, della possibilità e capacità di ripensare composizioni e criteri di distribuzione delle risorse a bilancio e, dall'altro, dell'efficacia, della tenuta e dell'apertura dei progetti riabilitativi, in cui possono confluire risorse aggiuntive (non solo economiche, ma che abbiano un valore economico) inizialmente non preventivabili.

L'assunto di base nel dispositivo budget di cura/salute è che si possa lavorare alla riconversione e ricombinazione delle diverse componenti economiche e professionali che alimentano e sono parte del sistema dell'offerta (formale e informale) nei territori, in particolare **scommettendo sul passaggio dal finanziamento di strutture (pubbliche, accreditate, private) attraverso il sistema delle rette, a quello di progetti di presa in carico personalizzati e integrati cogestiti da servizi sanitari, sociali e organizzazioni appartenenti al terzo settore.** Sui progetti personalizzati vengono fatte convergere risorse delle aziende sanitarie, dei Comuni e del privato sociale: più i progetti riescono ad essere compartecipati economicamente, maggiore è la capacità di attivare nuovi progetti crescendo anche il livello di integrazione tra politiche e soggetti a livello di *welfare* locale.

A questo fine nei territori in cui è stato sperimentato lo strumento dei budget di cura/salute le aziende sanitarie hanno portato avanti azioni di sistema allo scopo di **rinsaldare i legami coi Comuni e con i soggetti del terzo settore perché compartecipassero ai progetti personalizzati non solo economicamente, ma anche mettendo a disposizione contesti per l'inclusione sociale e risorse professionali.** I Comuni sono stati incentivati ad investire parte delle risorse sociali sui progetti personalizzati, nonché sullo sviluppo di sistemi di *welfare* comunitario nei loro territori valorizzando presenza e radicamento del terzo settore e, allo stesso tempo, le aziende sanitarie si sono impegnate, attraverso i Distretti, a trasformare progressivamente i propri costi prestazionali ed esternalizzati in investimenti produttivi sulle aree ad alta integrazione socio-sanitaria, rafforzando la capacità di garantire risposte per tutti i cittadini in condizione (temporanea o cronica) di fragilità.

Cofinanziamento e cogestione come strumenti di integrazione

I meccanismi di cofinanziamento e cogestione dei progetti personalizzati valorizzano logiche di sistema ed aumentano i livelli di appropriatezza delle risposte, liberando risorse che possono essere destinate a nuovi progetti. La rete territoriale lavora e si confronta sui singoli progetti di presa in carico che costituiscono il terreno pratico dell'integrazione, messa costantemente alla prova. Il lavoro continuo sui singoli percorsi personalizzati dimostra come i compiti di cura, assistenza ed integrazione sociale non possano prodursi in modo settoriale, separato e disgiunto, ma siano - al contrario - strettamente correlati e reciprocamente dipendenti. I progetti di cura diventano luoghi concreti di questa integrazione, in cui è

possibile ricucire e riconnettere azioni, soggetti e politiche. **In questa prospettiva di intervento prestazioni sociali e sanitarie non sono scindibili:** le istituzioni socio-sanitarie non possono limitarsi alla produzione di prestazioni rigide, tipiche del modello clinico che fa riferimento esclusivo a tecniche diagnostiche, terapeutiche e organizzative sanitarie perché le condizioni di sofferenza più complesse o acute richiedono, piuttosto, la costruzione di un prodotto con caratteristiche flessibili, in cui le procedure sono riferite all'area dei diritti della persona e chiamano in causa interventi sui determinanti sociali delle condizioni di salute.

La partecipazione all'unità di valutazione integrata dei servizi pubblici (sanitari e sociali), del privato sociale e dell'utente, di cui abbiamo parlato nel precedente contributo, se non fosse sostenuta dall'esistenza di contesti di supporto e promozione sociale reali all'interno dei sistemi di *welfare* locale sarebbe, di per sé, priva di un significato concreto. In altre parole, per contrastare e prevenire gli esiti invalidanti delle malattie (e degli stessi interventi di cura, se inappropriati) è necessario implementare azioni e strumenti, non solo inerenti alla malattia e alle tecniche di cura specifiche, ma fondati su interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali. D'altra parte nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria è ormai generalmente riconosciuto come un intervento esclusivamente sanitario non sia in grado di garantire prognosi positive e possa addirittura costituire un fattore di cronicizzazione e incapacitazione per le persone in condizioni di fragilità.

Alcune conclusioni: l'integrazione come necessità

L'integrazione socio-sanitaria diventa, quindi, una necessità ineludibile favorendo una ricaduta positiva relativamente ad appropriatezza ed economicità delle risposte, perché è in grado di promuovere risposte unitarie ai bisogni complessi, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposta sanitaria e sociale che operano in modo separato. Nei progetti personalizzati vengono incluse le variabili che sostengono la persona nella vita sociale. Si ragiona sulle risorse che possono mettere i soggetti in condizione di avere una crescita di funzionamento, producendo in modo aperto le possibilità e le occasioni in grado di restituire contrattualità e possibilità di autodeterminazione. La rilevanza delle variabili sociali viene riconosciuta, perché uno sguardo orientato esclusivamente alle tecniche sanitarie, e non alle relazioni e ai rapporti delle persone nel loro contesto di vita, deprime e impoverisce utenti e servizi, creando da un lato invalidazione e dall'altro "stupidità istituzionale". Come si legge nelle linee guida per la programmazione socio-sanitaria dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 *«un'organizzazione sanitaria/sociale deve investire nella costruzione di entrambi i prodotti contemporaneamente, sapendo bene che una buona cura o prende in carico e rivalorizza i determinanti sociali personali, familiari ed economici della persona-utente o semplicemente è una cattiva cura che procurerà danni economici, personali, familiari e istituzionali nel medio-lungo periodo; così come la presa in carico solo sociale delle situazioni ad alta integrazione socio-sanitaria, separatamente dai determinanti sanitari è una pessima attività sociale»*.^[1]

^[1] ASS n. 5 Bassa Friulana "Linee guida per l'orientamento strategico degli strumenti di programmazione socio-sanitaria".

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station