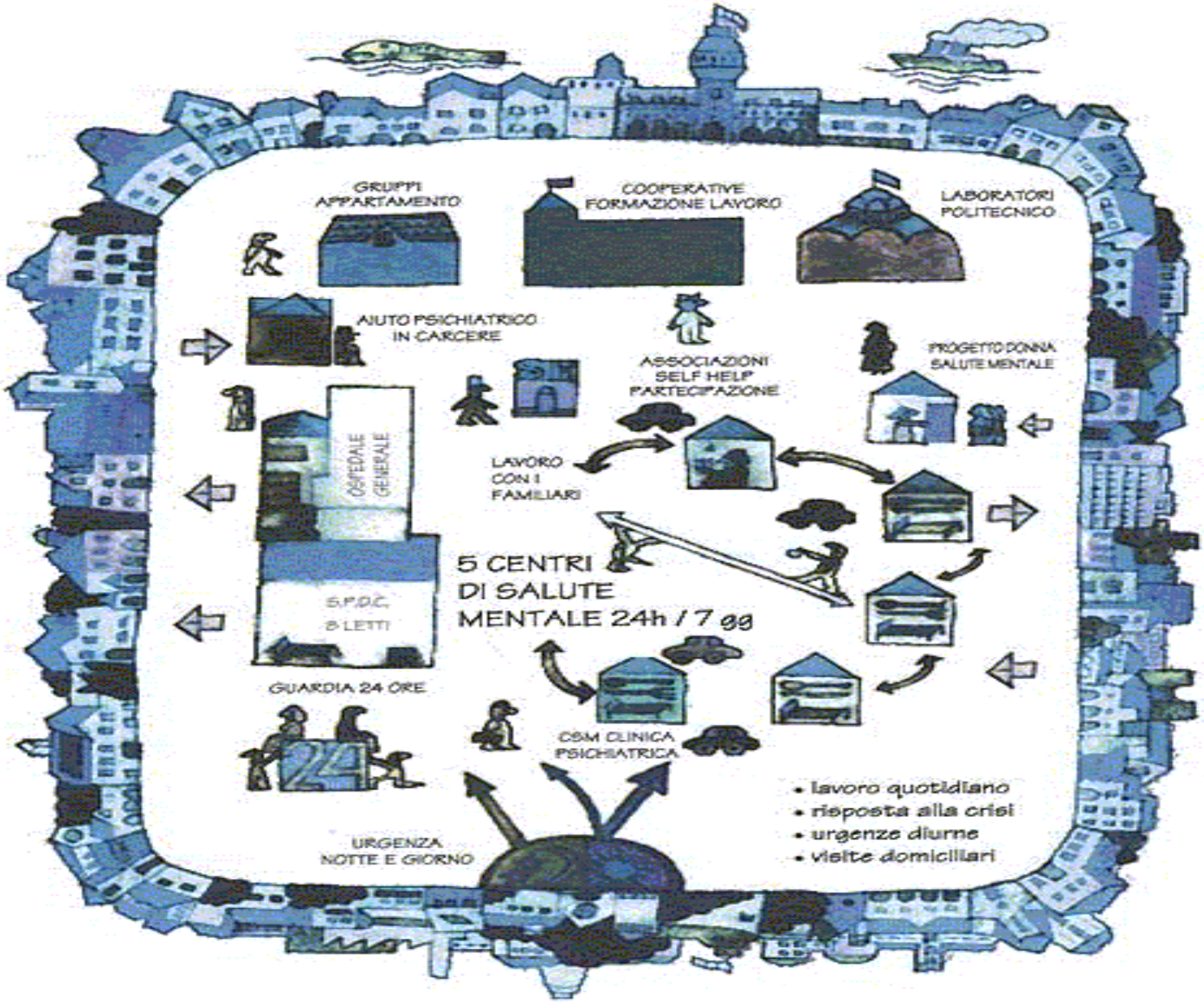
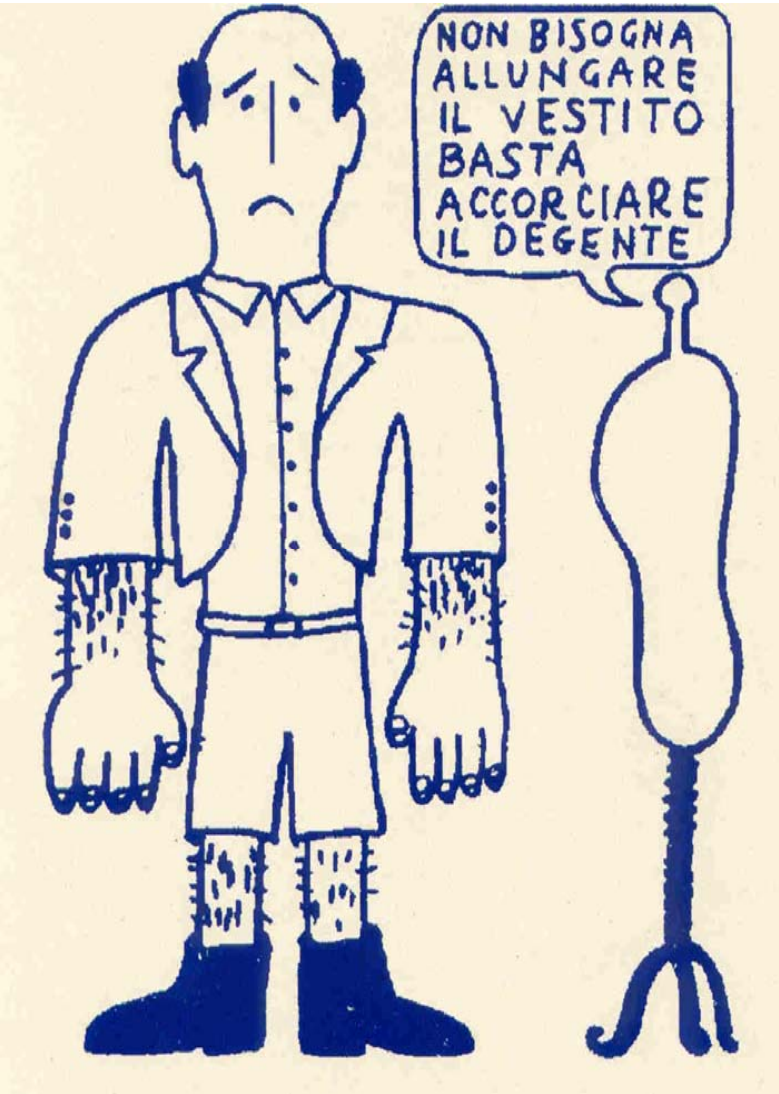
Il budget di salute/progetto personalizzato come strumento di deistituzionalizzazione

Dipartimento di salute mentale

Trieste 2013

Pina Ridente


GRUPPI APPARTAMENTO
COOPERATIVE FORMAZIONE LAVORO
LABORATORI POLITECNICO
AIUTO PSICHIATRICO IN CARCERE
ASSOCIAZIONI SELF HELP PARTECIPAZIONE
PROGETTO DONNA SALUTE MENTALE
OSPEDALE GENERALE
LAVORO CON I FAMILIARI
5 CENTRI DI SALUTE MENTALE 24h / 7 gg
S.P.D.C. 8 LETTI
GUARDIA 24 ORE
24
CSM CLINICA PSICHIATRICA
URGENZA NOTTE E GIORNO
• lavoro quotidiano
• risposta alla crisi
• urgenze diurne
• visite domiciliari


NON BISOGNA ALLUNGARE IL VESTITO BASTA ACCORCIARE IL DEGENTE

“Il lavoro terapeutico è un percorso dinamico in continua trasformazione, fatto di tentativi, errori e apprendimenti, nel quale gli obiettivi cambiano lungo il percorso perchè sono modificati dal soggetto in gioco” (F.Rotelli, O.De Leonardis, D.Mauri)

Budget di salute e progettazione scala locale

Ruolo centrale degli stakeholders

L.FVG 6/2006

Outsourcing strategico

(privato sociale)

Domiciliarità degli interventi

Processi

Piano sociosanitario FVG 2010-2012

Presa in carico integrata delle persone con disabilità

Progetto personalizzato basato sul profilo di funzionamento
(livello essenziale di assistenza sociosanitaria)

Contratto a favore delle persone con disabilità tra sistema pubblico e cittadino rinnovabile e aggiornabile che definisce: interventi da attivare, durata, regia e corresponsabilità, modalità e tempi per il monitoraggio, risorse pubbliche a disposizione + possibili ed eventuali risorse delle persone interessate e della collettività solidale

L.R. 6/2006, “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza”

Art. 41

(Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine - FAP)

1. La Regione istituisce il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto a persone residenti in regione che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

2. Tramite il Fondo si provvede al finanziamento di prestazioni e servizi destinati ai soggetti di cui al comma 1, con priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarità.

3. Il Fondo è formato con risorse regionali e nazionali, nonché con risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati. Alla ripartizione tra gli enti gestori del Servizio sociale dei Comuni si provvede secondo criteri stabiliti con provvedimento della Giunta regionale.

4. Le modalità di gestione del Fondo, nonché la tipologia dei servizi e degli interventi di cui al comma 2 sono disciplinate con atto della Giunta regionale, da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e della competente Commissione consiliare, che si esprimono entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta. Decorso inutilmente tale termine, si prescinde dal parere.

IL FAP

- **è disciplinato da un**

Regolamento emanato con decreto del Presidente della Regione n. 35/2007 e successive modifiche

- che prevede

QUATTRO TIPOLOGIE D'INTERVENTO

1. assegno per l'autonomia
2. contributo per l'aiuto familiare
3. sostegno alla vita indipendente
4. **sostegno a progetti sperimentali a favore di persone affette da problemi di salute mentale (FAP Salute Mentale - art. 8, 8bis, 8ter)**

Art. 8 ter

Modalità di finanziamento

1. **Per il sostegno economico dei progetti di cui all'articolo 8 si sperimenta il budget individuale di salute, finanziato congiuntamente secondo quanto previsto dall'articolo 8,comma 1, lettera c.**

2. **Il budget individuale di salute si aggiunge e non sostituisce gli interventi già previsti nello svolgimento dei compiti istituzionali di prevenzione, cura e riabilitazione.**

Abitanti: circa 1.250.000
4 Provincie
6 Aziende per i Servizi Sanitari con 6 Dipartimenti di Salute Mentale

Serve a

Realizzare progetti personalizzati a favore di persone con gravi problematiche di salute mentale

Assi d'intervento

Abitare

Socialità e affettività

Lavoro e formazione professionale

Criteri di individuazione dei beneficiari

- **difficoltà nel proprio accudimento;**
- **insufficiente o inadeguata rete familiare e problematicità nelle relazioni familiari;**
- **isolamento sociale**
- **impossibilità di fruire di un'abitazione propria o di terzi o presenza di condizioni abitative degradate;**
- **difficoltà d'inserimento lavorativo, anche protetto o ad alta protezione, derivante anche da mancanza di titoli formativi o qualifiche professionali;**
- **risorse economiche proprie o della famiglia ritenute insufficienti;**
- **uso di sostanze psicotrope;**
- **presenza di ripetuti trattamenti sanitari obbligatori o periodi di permanenza prolungata in strutture residenziali;**
- **situazioni complesse di dimissione da istituzioni totali, quali ospedale psichiatrico giudiziario e carcere;**
- **rischio immanente di grave rottura sociale o reato.**

Fondi stanziati

Dati Regionali

Anno	2008	2009	2010	2011	2012
euro	1.277.029	1.473.995	1.773.106	2.081.136	2.241.573

Beneficiari del FAP
Dati Regionali

ASS	2009	/10.000 ab	2010	/10.000 ab	2011 1/sem	/10.000 ab	Var % 2009-2010
ASS 1	22	0,9	40	1,7	40	1,7	+82%
ASS 2	53	3,7	52	3,6	49	3,4	- 2%
ASS 3	31	4,2	37	5,0	26	3,5	+19 %
ASS 4	45	1,3	87	2,5	98	2,8	+ 93%
ASS 5	12	1,1	15	1,3	15	1,3	+ 25%
ASS 6	121	3,9	175	5,6	175	4,5	+ 45%
TOT	**284**	**2,3**	**406**	**3,3**	**403**	**3,3**	**+ 43%**

Budget individuale di Salute – Progetto Personalizzato

Modalità di finanziamento innovativa nel mix pubblico/privato che lo scenario complesso della crisi del welfare e dell'integrazione socio-sanitaria ha generato e che sposta risorse economiche intorno alla persona. Compone miscele di risorse varie che funzionano come moltiplicatori di interscambi.

Nell'esternalizzazione non si affidano più "pacchetti" di intervento (strutture residenziali, blocchi indifferenziati che riguardano più interventi e più persone) ma singoli budget che si riferiscono a singole persone che quindi meglio definiscono gli obiettivi risultati e processi e garantiscono una miglior qualità del progetto e suo monitoraggio e verifica

Progetto personalizzato

il progetto personalizzato, dove sostenuto da risorse economiche dedicate (budget di salute) è lo strumento fondamentale per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni e per garantire la continuità delle cure.

I progetti personalizzati indicano:

la natura del bisogno/obiettivi

i risultati attesi

l'articolazione degli interventi

le risorse necessarie

le responsabilità professionali e di servizio

i tempi e le modalità di verifica

Dalla gara di appalto alla procedura negoziata

Nuove forme di **relazione tra privato sociale e pubbliche amministarzioni** in una logica di condivisione delle funzioni pubbliche

Finanziare in modo innovativo e accompagnare i progetti di vita individualizzati

Coprogettare/cogestire: visione orizzontale nella gestione dei programmi

Diverso ruolo dell'ente pubblico.

Dalla gestione diretta dei servizi a quella di garante e promotore

Caratteristiche che regolano il rapporto di partnership

• Carattere privatistico del rapporto	Carattere pubblicistico del rapporto
• Pagamento di una retta	Budget individuali di salute
• Focus sulla struttura	Focus sulla persona
• Acquisto di servizi	Cogestione
• Delega	Condivisione
• Competizione	Collaborazione

L'utilizzo del BIS/PP migliora le pratiche in termini di:

Strumento forte per la presa in carico integrata (FAP)

Riorganizzazione delle risorse spostando il focus dalla struttura alla persona. Voce alle persone. Consenso. Valorizzazione dei soggetti intorno alla persona. Corresponsabilità. Mobilizzazione delle risorse. Riconversione

Strumento di miglioramento degli interventi. Tre assi di intervento: casa, lavoro, socialità. Continuità delle cure. Più chiarezza su dove vengono investite le risorse. Maggior attenzione al PP scritto a più mani. Case management. Verifica e valutazione in termini di obiettivi e risultati.

Servizio alla persona come agente di sviluppo del territorio. Vengono messe in campo tutte le risorse di un territorio.

L'utilizzo del BIS/PP migliora le pratiche in termini di:

Maggior **flessibilità** nell'utilizzo delle risorse economiche che si estende alla cultura degli interventi, attraverso prestazioni più flessibili basate su progetti personalizzati e diversificati.

Mobilità della risorsa economica e maggior **dinamicità** nel suo utilizzo non più vincolata a rette e strutture.

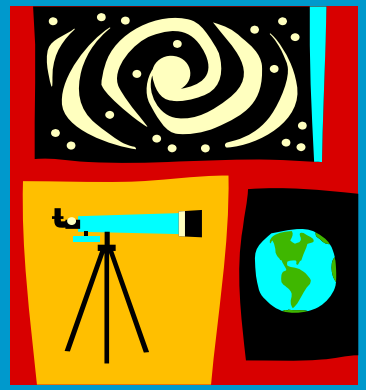
Maggior **condivisione di progettazione e responsabilità** con i partners: culture partecipative di partnership

Criticità

Assenza di un contesto (tecnico) unificante

Coinvolgimento degli Stakeholders

Integrazione sociosanitaria



Partenariato Pubblico Privato

Abitare/Abilitare

Abitare supportato: alcuni principi nel DSM di Trieste

- Contrasto all’istituzionalizzazione
- Esercizio dei diritti come processo ri-abilitativo
- Personalizzazione del progetto/personalizzazione del budget
- Qualità dell'habitat
- Sostegno alla domiciliarità

Punti di criticità

- C'è uno scarto tra l'aspettativa ottimistica che il percorso residenziale debba considerarsi un **segmento del progetto terapeutico complessivo con un inizio ed una fine** e la constatazione della problematicità di chiudere tale segmento.

- Quanto il prolungamento del trattamento residenziale costituisce un danno e quanto invece, può rappresentare una risposta adeguata a **bisogni di assistenza a lungo termine**? (G.Gallio)

Tipologie di SR

Innanzitutto è importante distinguere tra:

- **Residenzialità terapeutica** sul tipo della C.T. in cui lo stile di lavoro viene esplicitato e la temporalità è elemento importante.
- La necessità di un **luogo per abitare** e vivere, con il dovuto supporto, per le persone con disturbo mentale severo.

Questi due obiettivi, di per se non facilmente coniugabili, possono condurre a differenti tipologie di SR e a caratteristiche anche molto differenti delle modalità di funzionamento di tali strutture, nonostante che la letteratura faccia di solito riferimento alle SR come ad un concetto unitario

Strutture residenziali e progetti di abitare supportato nel DSM di Trieste

Residenze terapeutico-riabilitative:

Ospitano utenti con presenza di problemi rilevanti di salute mentale, assenza o nocività della rete familiare o sociale di supporto.

Residenze transizionali

Case di proprietà dell'ATER affidate al DSM grazie all'articolo 15 della LR 15/2004. Attualmente ospitano 18 persone, distribuite in 7 gruppi di convivenza. Vengono utilizzate come soluzione abitativa temporanea.

Progetti di abitare supportato

Progetti rivolti a persone singole o piccoli nuclei di convivenza, con ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana di varia intensità e che hanno tra le proprie risorse una casa di cui disporre.

1-Analisi quantitativa

Tab 1 Numero strutture residenziali ad alta intensità dal 2002 al 2012

	N. Strutture Terapeutico Riabilitative	Collocate in città Ater/Privato soc	Parco di San Giovanni-Strutture ASS	Numero ospiti medio/struttura
2002	12	5	7	8
2005	12	5	7	7
2012	8	5	3	5

2-Analisi quantitativa

Tab.2 Percorsi delle 145 persone ospiti nelle strutture residenziali ad alta intensità dal 2002 al 2012

145 PERSONE TRANSITATE IN 10 ANNI

	Posti letto	Deceduti	Casa riposo	Spostamenti interni	Abitare supportato
2002	93				
2002-05	88	8	9	27	21
2006-12	42	6	10	44	49
In 10 Anni	-51	14	19	71	70
	Riduzione 55%	9,60%	13,00%	49,00%	48,00%

3 - Analisi quantitativa

***Tab. 3** Tipologia di supporto attivata a favore delle 70 persone che dal 2002 al 2012 sono state dimesse dalle strutture residenziali*

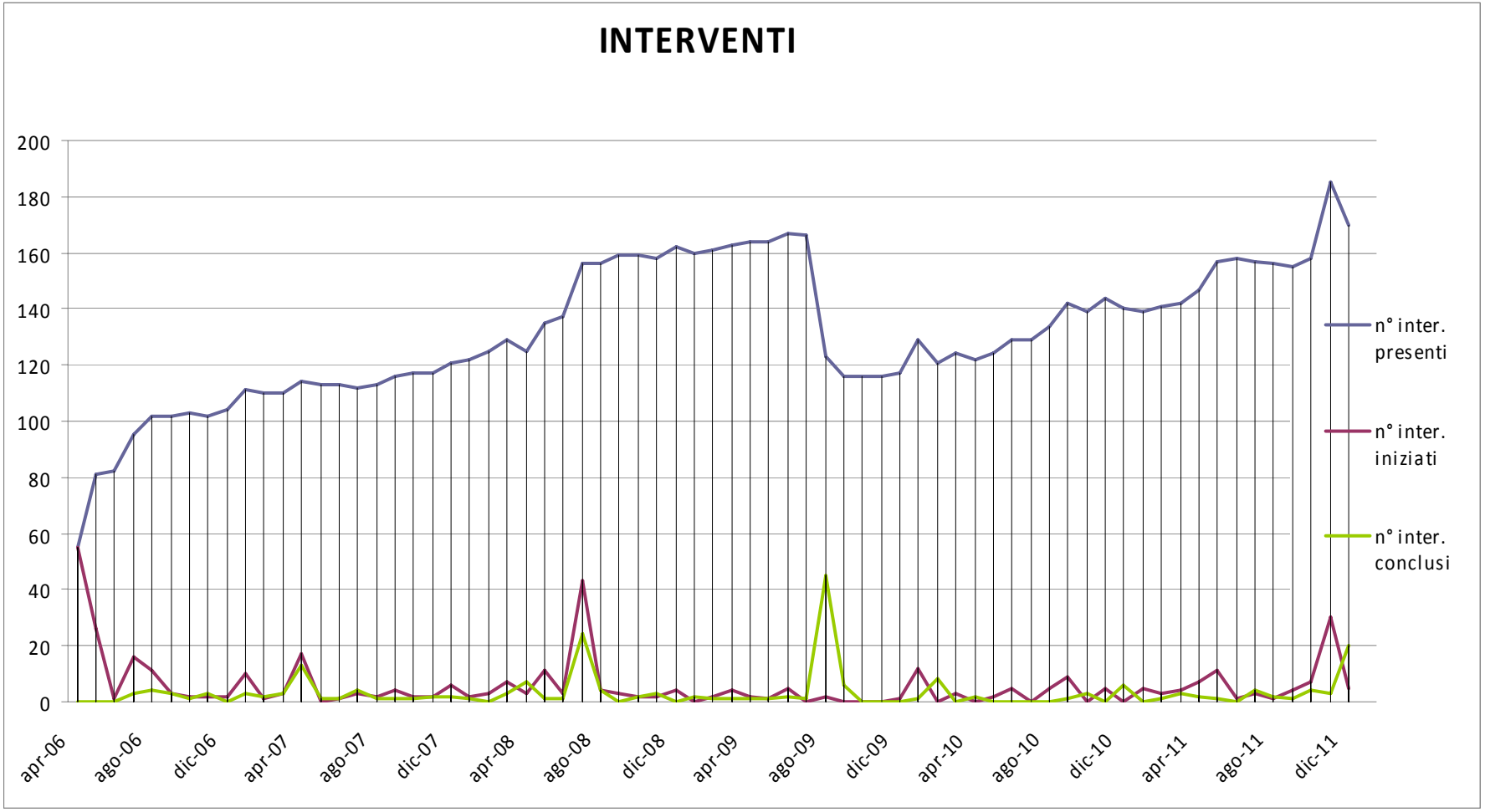
ALTA INTENSITA' (fino a 24 ore/die)- con Budget di salute	**Persone**
Nuclei di convivenza (criterio max 3 persone)	**3**
Abitare personalizzato (Domicilio)	**2**
Villa Carsia (Domicilio)	**9**
MEDIA INTENSITA' (Fino a 14 ore /die)- con Budget di salute	**5**
BASSA INTENSITA' (max 32 ore settimanali)-con Budget di salute	
Sostegno personalizzato a domicilio	**25**
Famiglia affidataria	**2**
SUPPORTO CSM-senza Budget di Salute	
Esclusivo intervento operatori CSM	**24**

4-Analisi quantitativa

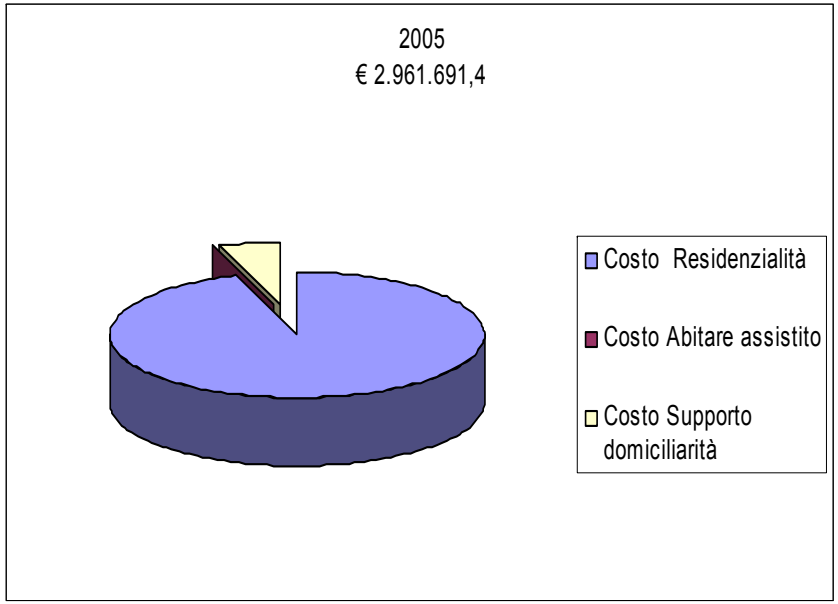
Tab. 4 Comparazione costi 2005-2012

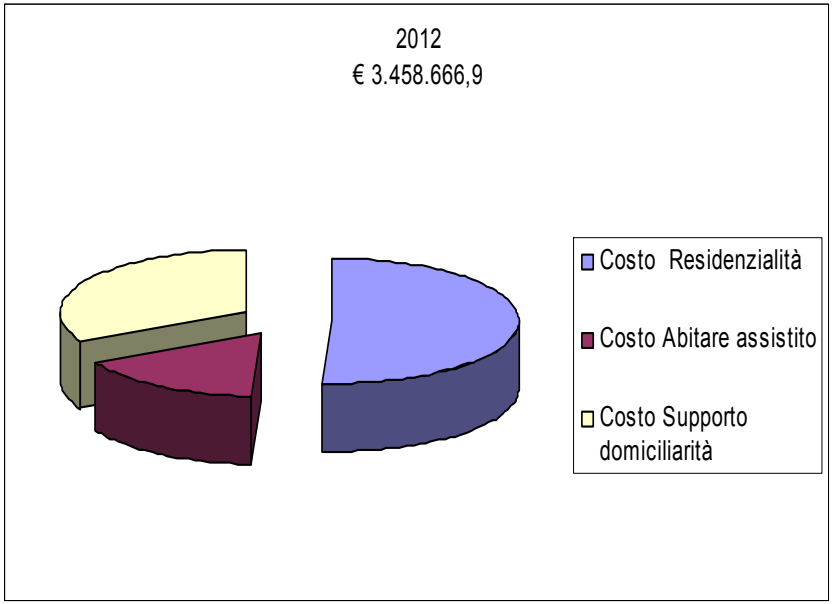
	RISORSE BUDGET DSM	Costo Residenzialità	Costo Abitare assistito	Costo Supporto domiciliarità
2005	€2.961.691,4	€2.806.969,4	€0	€154.722
2012	€3.458.666,9	€1.755.646,9	€575.500	€1.127.520
	+ 17%	-37%	+100%	
	Aumento €496.975,5	Quota riconvertita €1.051.322,5		

Andamento delle diverse tipologie di intervento dal 01/04/2006 al 31/12/2011-Turn over 36%

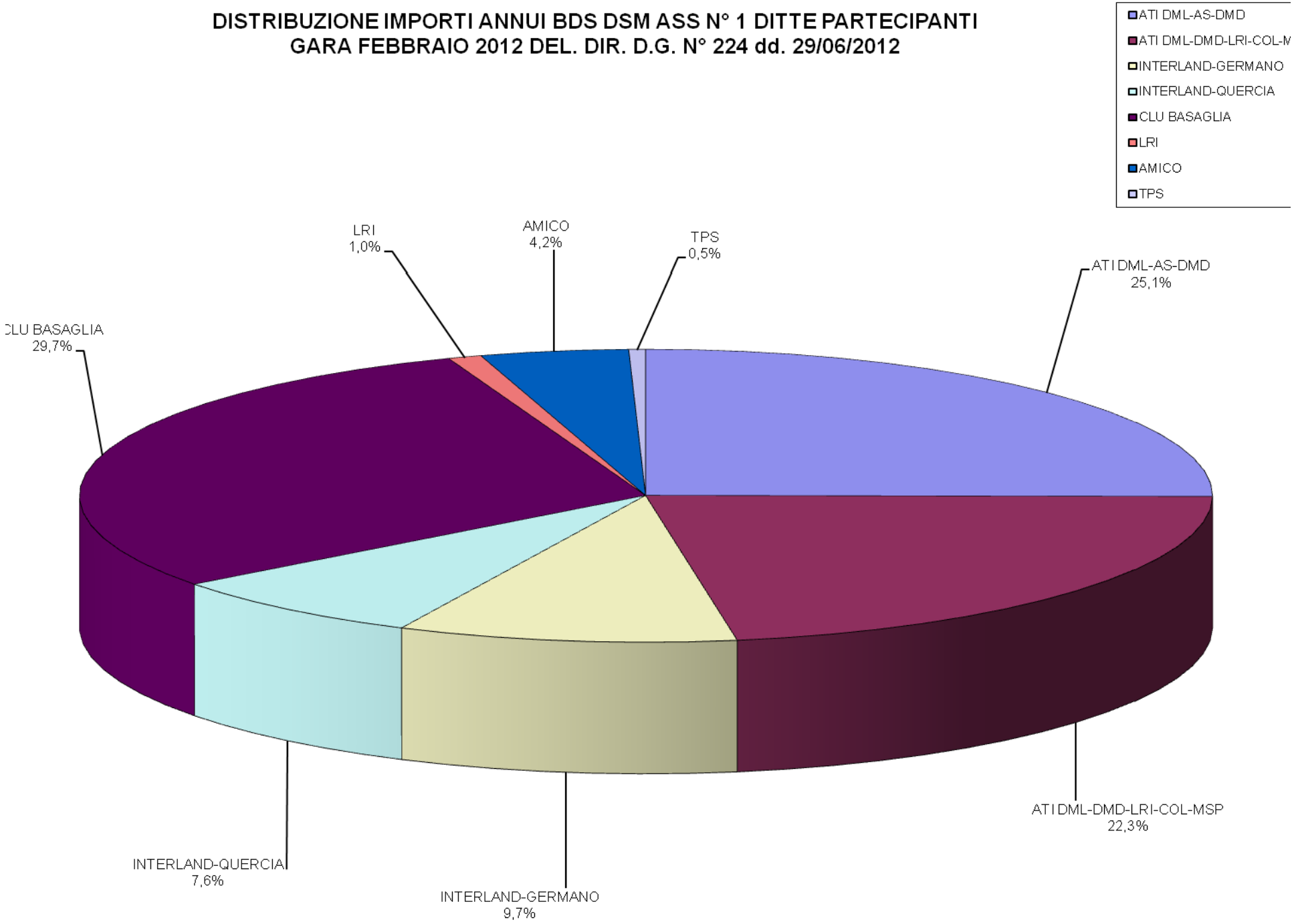


Ripartizione costi in relazione alla tipologia dell'intervento 2005-2012





DISTRIBUZIONE IMPORTI ANNUI BDS DSM ASS N° 1 DITTE PARTECIPANTI
GARA FEBBRAIO 2012 DEL. DIR. D.G. N° 224 dd. 29/06/2012



Analisi quantitativa
I processi

In sei anni di utilizzo dello strumento del budget di salute:

- **sono state chiuse 4 strutture e trasformate 2, individuando soluzioni alternative improntate alla domiciliarità/abitare supportato**
- **sono state riaccolte le ultime 4 persone provenienti da Trieste e internate presso Ospedali Psichiatrici Giudiziari**
- **non vi sono persone inserite in strutture comunitarie/residenziali fuori Provincia**
- **pluralità di rapporti con il privato sociale**

Ridefinire i servizi da strutture a processi

- Le strutture residenziali tendono a confermare i contenitori piuttosto che i processi.
- Ancora troppo si risponde al “dove lo metto” piuttosto che porre l’attenzione sui progetti terapeutico abilitativi individuali.
- Riorientamento delle risorse su progetti più che su strutture.

E' necessario porsi le seguenti domande!

Quale funzione assume la residenzialità nel sistema dei servizi per la salute mentale e nel processo più complessivo e continuo di trasformazione delle istituzioni?

E' strumento che favorisce e sostiene il processo di deistituzionalizzazione costituendone fase di transizione verso un abitare supportato a più pieno diritto per le persone?

O piuttosto, quando perde la spinta verso il “fuori” blocca il processo stesso fermandolo ad una tappa che di fatto finisce con l'immobilizzare i soggetti ad un ruolo di perenni ospiti e mai “padroni di casa”?

Cambiano i modi di amministrare le risorse pubbliche per la salute mentale

“Deistituzionalizzazione un'altra via” (F.Rotelli, O.De Leonardis D.Mauri - 1986)

- Lo smontaggio del manicomio ha proceduto attraverso la diversa utilizzazione e la **riconversione delle risorse esistenti**
- Le risorse di cui l'amministrazione locale dispone non vengono più utilizzate per alimentare una struttura istituzionale, l'aspedale, che misura i suoi costi essenzialmente sulla retta del posto letto. Al contrario queste **risorse vengono utilizzate per fornire servizi diretti alle persone.**

“Improving health systems and services for mental health”
(World Health Organization 2009)

“SUGGESTED STEPS FOR THE FINANCING OF MENTAL HEALTH CARE”

Utilizzare i meccanismi di finanziamento per facilitare il cambiamento e introdurre innovazioni nei sistemi.

L'implementazione del servizio si svolge attraverso la gestione del budget, il monitoraggio e la valutazione.

WHO Regional Office for Europe sept 26, 2012
The European Menthal Health Action Plan

I flussi di finanziamento non sempre sono di supporto alla interazione dinamica, al di là dei confini, richiesta dai moderni servizi per la salute mentale.

Occorrono accordi sulle modalità di finanziamento di nuovi stili di lavoro o la messa in comune di budget per migliorare efficienza ed equità.

In alcune circostanze gli utenti e i loro familiari sono nella posizione migliore per determinare dove allocare le risorse in maniera efficace ed efficiente, avendo così l'opportunità di assumersi la responsabilità per la loro stessa salute e la qualità della propria vita.

07/10/2008

Direzione DSM ASS1/rb

COME PRIMA
64
65

17
JUST
DO
IT

Necessità di strategie collaborative e negoziali

La collaborazione è uno dei processi più difficili dal punto di vista psicosociale.

Richiede due forti istanze:

- Fiducia reciproca
- Individuazione di obiettivi comuni

- **Terzo settore che si zittisce in un processo conformistico, spesso conflittuale**
- **Occorrono nuove abilità di agire negoziazione per gli operatori**

Sfida culturale

- Sviluppare le nuove forme di relazione presenti non solo tra pubblico e privato ma anche tra terzo settore e territorio in cui questo opera
- C'è poco dibattito pubblico, spesso i professionali rimangono nel loro stretto ambito
- Vanno costruite "oasi di sperimentazione" che influenzino l'opinione pubblica