“Budget di Salute”

P. Pellegrini, P.Falchi, P.Padovani, R.Cocconi
DAISM-DP di Parma

Bologna 18/04/2013

Da dove siamo partiti…….

E' noto che il processo di chiusura del Manicomio di Colorno si è realizzato attraverso il reinserimento delle persone nei luoghi normali di vita: nei casi in cui è stato possibile, presso le case dei loro familiari, oppure nelle Comunità-alloggio, o ancora, in appartamenti che la Provincia di Parma aveva appositamente messo a disposizione a titolo gratuito per chi possedeva maggiori autonomie.

La riabilitazione si componeva di aspetti sanitari e sociali fortemente integrati ed azioni mirate a contrastare lo stigma che trovavano terreno fertile nel particolare clima sociale che caratterizzava quegli anni. Psichiatri, infermieri, assistenti sociali, persone comuni, enti pubblici e privati mettevano insieme risorse, ma soprattutto tolleranza e capacità di accoglienza in un sistema che si caratterizzava per la forte integrazione socio sanitaria.

La riabilitazione altro non era che la messa in atto, in modo spesso spontaneo, sperimentale e privo di chiare teorie di riferimento, di buone pratiche basate sulla convinzione che rieducare le persone agli atti della vita quotidiana (igiene personale, tenuta della casa, lavoro..), sostenendole ed incoraggiandole con atteggiamento di fiducia e speranza, potesse di per sé modificare i comportamenti e la qualità della vita delle persone malate di mente.

A più di 30 anni di distanza, in un clima sociale, culturale ed economico molto differente, si ripropone la necessità di utilizzare un nuovo modello che però richiami quelle ormai lontane esperienze di integrazione socio sanitaria, basate su concetti ancora attuali e validati dalla ricerca scientifica nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, quali la capacità di ascolto ed accoglienza, il rispetto della persona e dei suoi desideri/obiettivi, l'importanza del mantenimento/riacquisizione del ruolo sociale, superando l'ottica degli interventi spontaneistici e autodeterminati dei sevizi.

Nel corso del tempo, il DAISM-DP di Parma ha operato affinché tutti coloro che avevano raggiunto buoni livelli di autonomia, potessero accedere, se poveri, ai bandi per l'assegnazione degli alloggi dei Comuni. L'attitudine dei servizi a mantenere il più possibile le persone nelle loro abitazioni ha caratterizzato le politiche del Dipartimento di Parma, tant'è che ancora oggi dispone di 34 appartamenti che vengono assegnati alle persone in cura presso i CSM per realizzare percorsi riabilitativi al di fuori delle strutture.

I percorsi riabilitativi rivolti ad utenti con gravi problematicità e/o disabilità vengono realizzati preferibilmente presso le case degli utenti o negli appartamenti del DAISM-DP.

I progetti terapeutico riabilitativi individualizzati sono elaborati e realizzati dai CSM, in accordo con le persone in cura, con l'obiettivo di offrire l'intervento più appropriato ad ognuno, evitare l'istituzionalizzazione e migliorare la loro qualità di vita.

Agli interventi effettuati dagli operatori dei CSM si affiancano, quando possibile, le collaborazioni di volontari, attori sensibili del territorio, risorse interne ed esterne al Dipartimento di tipo risocializzante, programmi di auto mutuo aiuto ed interventi del Servizio Sociale.

Nei casi in cui si associno importanti compromissioni del funzionamento personale, carenza di supporto familiare o multiproblematicità del contesto, agli interventi del DAISM-DP si affianca il lavoro delle Cooperative Sociali.

Per la realizzazione di questo ultimo tipo di interventi, dal 2001 nel DAISM-DP di Parma, viene utilizzata la formula dei c.d.

"Progetti integrati ad alta complessità".

Tali Progetti sono elaborati in modo formale dal CSM insieme agli utenti e vedono la collaborazione con le Cooperative Sociali, le quali possono mettere a disposizione personale, risorse abitative, lavorative e socializzanti.

Gli interventi sono di tipo clinico-riabilitativo e socio-educativo ed interessano le aree della domiciliarità, della formazione-lavoro e della socialità.

I Progetti prevedono la definizione di obiettivi, tempi di attuazione, modalità di verifica, operatori e utenti coinvolti e identificazione delle responsabilità.

Il personale delle Cooperative offre interventi a diversi livelli di assistenza (a bassa e media intensità, mediamente da 2 a 6 h al giorno), realizzati in modo flessibile, sulla base di quanto previsto nei singoli progetti.

L’attivazione di questi Progetti è autorizzata dalla Direzione del Dipartimento attraverso l’U.O.C. di Riabilitazione.
Le verifiche sono effettuate in modo congiunto dal personale dei CSM e delle Cooperative.
La responsabilità del monitoraggio e verifica dei singoli progetti è in capo al responsabile del CSM; l’attivazione ed il monitoraggio della corretta effettuazione dei Progetti è in capo all’U.O.C. di Riabilitazione.

I primi progetti con queste caratteristiche che si sono realizzati nel DAISM-DP di Parma erano orientati prevalentemente al sostegno della ripresa delle capacità lavorative.
Dal 2001 al 2005 si sono attivati circa 10 progetti all'anno, prevalentemente a bassa intensità.

Dal 2006 al 2007 si è iniziato ad intervenire in modo sperimentale, con il sostegno della Fondazione Cariparma, anche sulla domiciliarità (presso gli appartamenti degli utenti o presso gli appartamenti in uso al DAISM-DP) e si è incrementato complessivamente il numero dei progetti.

E' stata effettuata una indagine sulla qualità percepita dagli ospiti delle strutture psichiatriche e dei gruppi appartamento, i cui esiti hanno rinforzato l'obiettivo di orientare i servizi alla domiciliarità supportata.

I progetti sono stati circa 20 all'anno, prevalentemente a bassa intensità.

Dal 2008 al 2010 si è perfezionato il modello di intervento e, a seguito del nuovo finanziamento concesso dalla Fondazione Cariparma per il progetto “Riabilitazione psichiatrica: dal desiderio all’abitare”, sono aumentati i progetti sull’abitare supportato.
In quel periodo, si sono attivati 48 progetti all’anno (28 domiciliarità supportata, 20 sull’asse lavoro).

Nel 2011 si è stabilizzata la spesa nel budget aziendale per circa 28 progetti sulla domiciliarità e 26 sull'asse lavoro.

Nella seconda parte dell'anno si è avviato il progetto "Collettivamente", una nuova progettualità sostenuta dalla Fondazione Cariparma.

Nel 2012 si è sperimentato il progetto regionale "Budget di Salute".

I due progetti ("Collettivamente" e "Budget di Salute") sono stati inseriti nei Piani di Zona.

Anni	Domicil./Social.	Lavoro	Tot progetti all'anno	Bassa intensità	Media intensità
dal 2001 al 2005	2	8	10	8	2
dal 2006 al 2007	4	16	20	18	2
Dal 2008 al 2010	28	20	48	44	4
2011	28	26	54	50	4

Anno 2012

	Domic./ Soc./ Lavoro	Domic./ Social.	Lavoro	Affido/ Ospit. Famil.	Tot progetti all'anno	Bassa int.	Media int.	Costo annuo	Fonte di finanz.
Budget di Salute		2		1	3	2	1	50.000,00 50.000,00 co- finanz.	-Regione E-R -AUSL -Famiglie
Collettiva mente		1	9		10	9	1	150.000,000 27.500,00 co- finanz. 22.500,00 co- finanz.	-Fond. Cariparma -AUSL -Consorzio S.S.
AUSL	26	23	10	3	62	49	10 + 3 prog. Speciali per adolescenti	Bassa i. 686.300,00 Media i. 233.400,00 Prog.Spec. 138.000,00 Tot. 1.060.000,00	-AUSL
Tot	26	26	19	4	75	60	15		-AUSL -Regione E-R -Fond. Cariparma -Famiglie

Aspetti innovativi del “Budget di Salute”

Il “Budget di Salute” prevede la co-progettazione degli interventi nelle UVM e quindi la partecipazione attiva di enti locali, utente/famiglia, terzo settore. Si prevede che anche l’utente o la sua famiglia metta a disposizione risorse proprie, al di fuori dei LEA.

Strumenti operativi del “Budget di Salute”

- Scheda programma operativo “Budget di Salute”
- Convenzione con Cooperative per realizzazione “Budget di Salute”
- Scheda raccolta dati degli indicatori di Progetto

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

Progetto Regionale “Budget di Salute”

DGR 2155/2011

- codice del Programma *(da riportare nella fattura)*……..

- codice commessa *(da riportare nella fattura)*……..…

- Data……..

- Valutazione UVM*

……

- Progetto terapeutico individualizzato condiviso in UVM*

……..

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

verifiche previste dall’UVM

……..

- Prima

……

- osservazioni e modifiche alla prima verifica

……

- Seconda

……..

- osservazioni e modifiche alla seconda verifica

……..

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

BUDGET DI SALUTE INDIVIDUALE

Budget di salute aziendale *(Azienda USL)*

……

Budget dell'ente locale *(può anche consistere nella messa a disposizione di beni e/o servizi)*

……

Budget dell'Assistito *(ciò che il cittadino intende garantire, tramite propria gestione o del proprio nucleo famigliare, per la buona riuscita del progetto, al di fuori dei LEA.)*

* La valutazione e il Progetto terapeutico individualizzato vengono effettuati con la partecipazione attiva della persona interessata e dei familiari (o Amministratore di Sostegno, del Tutore).

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

PROGRAMMA OPERATIVO

(a cura dell’équipe di lavoro multidisciplinare, formulato sulla base del progetto UVM)

Nome e Cognome

……

obiettivo generale del progetto terapeutico individualizzato condiviso in UVM

……

abilità identificate come necessarie alla persona per il raggiungimento dell’obiettivo

……

risorse umane, ambientali e materiali necessarie per il raggiungimento dell’obiettivo

……

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

- le abilità richieste sono presenti: □ sì □ no

- qualora non siano presenti:
  le abilità richieste erano presenti □ sì □ no

- le risorse necessarie sono presenti □ sì □ no

- obiettivo concordato con l'utente □ sì □ no

- obiettivo concordato con i familiari □ sì □ no

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

descrizione dettagliata del progetto terapeutico individualizzato condiviso in UVM

L’Intervento terapeutico individualizzato prevede:

- **tipo di intervento**
- **realizzato presso il domicilio**
- **realizzato presso il luogo di lavoro**
- **realizzato presso il CSM**
- **realizzato altrove** (specificare)
- **da chi è realizzato**

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

Programma interventi riabilitativi (individuali e di gruppo)

Programmi di auto mutuo aiuto e risocializzanti

interventi familiari

colloqui di sostegno /psicoterapia

farmacoterapia

altro

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

intensità

□ alta □ media □ bassa

ambito d'intervento

□ abitare *(prioritario)* e partecipazione alla comunità □ formazione lavoro □ socialità

- **Composizione dell’équipe**
- **Responsabile del Progetto**
- **altri operatori coinvolti e loro compiti nel progetto**
- **altre figure coinvolte**
- **tempi previsti per raggiungere l’obiettivo**
- **eventuali ostacoli nell’attuazione del progetto e contromisure adottate**

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

Verifiche previste dall’équipe di lavoro

- prima

osservazioni e modifiche alla prima verifica

- seconda

osservazioni e modifiche alla seconda verifica

Scheda programma operativo“Budget di Salute”

per l'Azienda USL di Parma

il Direttore del Distretto …….

per l'Assistito

il medesimo/l'Amministratore di Sostegno/il

Tutore ……..

il familiare……

per l'Ente Locale

il Dirigente……

per la Cooperativa…….

si autorizza

il Direttore del CSM

il Direttore del DAI-SMDP

Tipologie dei progetti

- Progetti a forte valenza riabilitativa
- Progetti finalizzati al mantenimento delle abilità

Risorse/Interventi necessari per la riuscita dei progetti:

- interventi riabilitativi (di supporto all'abitare, inserimenti lavorativi)
- interventi psichiatrici/ psicologici
- funzione di supporto alle capacità del soggetto nel recupero delle competenze (svolto dalle assistenti sociali del DAISM-DP);
- interventi infermieristici/ assistenziali
- interventi educativi
- risorse abitative
- risorse sociali (assistenza domiciliare, sussidi, pasti…)
- occasioni di socialità (attività sportive, artistiche, inserimento in luoghi di ritrovo ecc..)
- auto mutuo aiuto

Progetti a forte valenza riabilitativa

Riguardano:

• persone, soprattutto giovani, per le quali, nonostante la gravità o la complessità della situazione, è indicato un intervento riabilitativo a domicilio;

• persone, anche non più giovani, alle quali è venuto a mancare il supporto familiare e non possiedono le abilità necessarie per vivere in modo autonomo;

• persone che, a seguito di percorsi riabilitativi effettuati in strutture sanitarie o socio – sanitarie, possono sperimentare un maggiore livello di autonomia in modo graduale.

Progetti finalizzati al mantenimento delle abilità

Riguardano:

• persone che, dopo avere effettuato adeguati percorsi riabilitativi, non riescono a vivere in modo completamente autonomo, ma che, con supporti leggeri e continuativi nel tempo, riescono a vivere nella loro casa, soli o con altri utenti.

Esiti

Le persone a favore delle quali si sono realizzati questi progetti sono circa 100:
circa il 30% dei progetti ha caratteristiche riabilitative importanti, il rimanente 70% ha caratteristiche di mantenimento;

- la maggior parte di queste persone ha mantenuto le proprie autonomie con supporti continuativi;
- circa il 20% ha raggiunto la completa autonomia, almeno per un lungo periodo successivo alla conclusione del progetto;

Esiti

- la maggior parte delle persone con “Progetto integrato ad alta complessità” sull’asse lavoro ha mantenuto l’occupazione; alcune di loro, seppure in bassa percentuale, è stata assunta (prevalentemente da Cooperative);
- nella maggior parte dei casi si sono ridotti i ricoveri;
- nella maggior parte dei casi le persone sono soddisfatte delle loro condizioni di vita.

Sostenibilità economica

Pensiamo che almeno 50 di queste persone, se non avessero avuto un supporto di questo tipo, non sarebbero riuscite a rimanere nella propria casa.

Possiamo quindi sostenere che un supporto “leggero” (2-6, solo in alcuni casi anche 8-10 ore al giorno) può evitare in molti casi l’istitituzionalizzazione, con evidenti vantaggi rispetto alla qualità della vita.

Sul piano economico, il costo sostenuto per queste persone è di circa 700.000,00 Euro mentre, ipotizzando un loro inserimento in strutture socio – sanitarie, il costo annuo sarebbe stato di circa 1.750.000,00 Euro.

Sostenibilità economica

Rispetto ai c.d “Progetti integrati ad alta complessità”, così come sono stati realizzati nel Dipartimento di Parma, lo strumento “Budget di Salute” offre una ulteriore grande possibilità di sviluppo in quanto consente di aggregare tutte le risorse personali, familiari, sanitarie e sociali, in un’ottica di sistema.

Sostenibilità economica e appropriatezza

La scelta di potenziare queste nuove modalità di cura a domicilio può determinare un miglioramento complessivo dell'offerta assistenziale rispetto a:

- l'utilizzo più appropriato delle strutture residenziali;
- la graduale riduzione dei posti letto a favore della riconversione delle risorse per il miglioramento e l'implementazione delle cure a domicilio.

Azioni di miglioramento

- Migliorare le capacità dei CSM di effettuare valutazioni globali degli utenti (che tengano conto non solo della diagnosi, ma anche della valutazione della motivazione al cambiamento, del funzionamento, del contesto familiare e sociale dell'individuo, delle sue modalità relazionali……;
- migliorare i programmi e le pratiche riabilitative realizzate dai CSM;
- migliorare la collaborazione con il personale delle Cooperative al fine di effettuare interventi precoci nei momenti di crisi degli utenti per prevenire ricadute;

Azioni di miglioramento

- adottare un atteggiamento di fiducia nei confronti degli utenti ed essere orientati alla guarigione ed alla dimissione dai servizi;
- lavorare con gli enti locali per creare reti di supporto accessibili agli utenti per superare l'isolamento sociale;
- favorire la partecipazione del volontariato ai programmi di cura.