

Dalla “dote welfare” al “budget di salute”, cosa dovrebbe cambiare dal punto di vista delle persone con disabilità?

Il nuovo esecutivo da tempo nomina il dispositivo del budget di salute come uno degli strumenti attuativi su cui dovrebbe basarsi la riforma del welfare lombardo (si veda la recentissima dgr 2655 di riparto del sulle gravissime disabilità). Ma cosa significa applicare la logica del budget di salute in una regione come la nostra? Quali aspetti del nostro welfare andrebbero messi radicalmente in discussione? Cosa dovrebbe concretamente cambiare nel sistema dei servizi e nella presa in carico delle persone con disabilità, affinché il passaggio al budget di salute non risulti solo un'operazione nominale e senza sostanza?

a cura di Raffaele Monteleone - lunedì, dicembre 01, 2014

<http://www.lombardiasociale.it/2014/12/01/dalla-dote-welfare-al-budget-di-salute-cosa-dovrebbe-cambiare-dal-punto-di-vista-delle-persone-con-disabilita-2/>

La nuova Giunta Regionale, in questo primo periodo di legislatura, ha aperto un cantiere di riforma istituzionale del proprio sistema di welfare. In questo contesto sono entrate anche parole nuove che non sono più necessariamente quelle della voucherizzazione e della “mercattizzazione” delle prestazioni socio-sanitarie. Si è iniziato a parlare di progetti personalizzati fondati sulla integrazione tra sociale e sanitario e, in questo contesto, di “budget di cura”. Parole nuove, almeno per la Giunta regionale, che stanno iniziando a penetrare nel quadro di policy: **parole utilizzate, dal mio punto di vista, con un discreto grado di leggerezza. Lavorare su questa prospettiva, non può ridursi semplicemente ad inserire in un documento istituzionale la parola “budget di cura” (o budget di salute), ma significa intervenire in modo consistente sull'intera strutturazione della rete dei servizi socio-sanitari, non sottovalutando la posta in gioco che aveva portato alla creazione di questo strumento.**

Le caratteristiche del welfare lombardo

L'attivazione del Budget di cura – Budget di Salute come leva di cambiamento delle politiche sociali regionali non può prescindere da una analisi della situazione in Lombardia. Un territorio dove sono forti gli elementi di separazione tra sanitario e sociale o, quanto meno, di difficoltà di interlocuzione tra il mondo delle politiche sociali e il mondo della presa in carico di tipo sanitario. Se il nostro sistema di welfare nazionale, sul piano del diritto alla salute, corrisponde a tutti i cittadini diritti esigibili, sembra incapace di intervenire su casi di persone in condizioni di estrema fragilità che avrebbero bisogno di raccordo tra interventi sanitari e interventi di altra natura. La Lombardia in questo scenario è una Regione che, pur dentro un quadro di welfare ricco e molto articolato, resta un contesto in cui c'è una sostanziale divaricazione tra sociale e sanitario. Una divaricazione costruita a partire dagli anni '80, attraverso atti legislativi di indirizzo che hanno separato il mondo del “sociale” dal mondo del “sanitario”, producendo una distribuzione diseguale e sbilanciata delle risorse. **Regione Lombardia ha perseguito negli ultimi venti anni politiche che hanno ulteriormente alimentato questo grado di separazione, scommettendo sulla coppia voucher/accreditamento e sostenendo la logica di un quasi-mercato di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate da fornitori sia pubblici che privati in concorrenza**

tra loro. E' stata perseguita la capacità di fornire prestazioni in tempi rapidi e in modo adeguato, finanziando il sistema privato e tutta la politica delle esternalizzazioni per cercare di agire sul fronte del rafforzamento del sistema dell'offerta. Le contraddizioni, non di poco conto, di questo sistema vengono ora stigmatizzate anche dalla stessa Regione Lombardia nel “Libro bianco del welfare lombardo”.

Gli assunti del Budget di Salute

Pur in una dichiarazione di sostanziale continuità nell'affermazione dei principi di libera scelta e pluralità dell'offerta, emerge ora una discreta consapevolezza autoriflessiva rispetto al fatto che il modello di welfare lombardo rischia di non essere sufficientemente attrezzato per rispondere alla presa in carico di persone in situazione di fragilità sociale significativa. C'è un cantiere istituzionale aperto su questo tema e la Regione, in questi mesi, si è impegnata nel tentativo di costruire delibere di giunta che iniziassero a introdurre una prospettiva di intervento maggiormente integrata; iniziative (una fra tutte la modalità di utilizzo delle risorse per il [Fondo per la Non Autosufficienza](#)) che sapessero ricucire anche la mancata integrazione, per non dire la dis-integrazione, tra mondo delle Asl, dei Comuni e del Terzo settore.

Ma per assumere questa sfida è necessario conoscere cosa è stato il Budget di Salute in Italia. Rimandando ad un [precedente articolo](#) sul tema, richiamo brevemente i tratti salienti della sua storia, al fine di mettere in luce il cambiamento di paradigma che pone la sua introduzione. Il dispositivo budget di cura (in seguito ribattezzato a Trieste “Budget di Salute”) nasce nell'area delle politiche di salute mentale, precisamente nel 1996 all'interno di un progetto pilota di chiusura del manicomio di Sottoselva, una piccola frazione di Palmanova, nella bassa friulana

[1]. Un progetto di chiusura e smantellamento di un manicomio, basato sull'idea di riconvertire le risorse destinate alle rette per la residenzialità psichiatrica per realizzare progetti personalizzati – “progetti terapeutici riabilitativi individualizzati o budget di cura” finalizzati alla re-inclusione sociale delle persone che arrivavano dall'istituzionalizzazione manicomiali.

Un obiettivo raggiungibile **non solo riconvertendo le rette sanitarie per la residenzialità psichiatrica, ma cercando di trovare una interlocuzione con la rete dei servizi sociali dei Comuni, nei contesti in cui le persone poi sarebbero ritornate a vivere ed abitare, alimentando un sistema di opportunità sociali che potesse, in qualche modo, costruire una rete che lavorasse sulla restituzione di diritti di cittadinanza** a persone che avevano vissuto per anni dentro un luogo di separazione manicomiali e che, quindi, erano fuori dal campo delle relazioni sociali e degli scambi sociali. A questo fine viene sviluppata l'idea di valorizzare quell'insieme di soggetti già attivi e presenti nel mondo del terzo settore, e precisamente della cooperazione sociale e delle imprese sociali.

Gli obiettivi politici erano chiari:

1. restituire poteri e diritti di cittadinanza a cittadini che erano stati esclusi da questi diritti dentro al manicomio;
2. valorizzare il mondo del terzo settore come un soggetto che fosse a pieno titolo co-gestore dei progetti personalizzati e non un soggetto che riceveva risorse per altre rette residenziali sotto mentite spoglie.

Un ribaltamento di prospettiva dunque rispetto a quello che di solito avviene in modo automatico e

irriflesso nel modo di rapportarsi tra soggetti pubblici e privati quando si procede alla sola esternalizzazione della gestione diretta dei servizi del pubblico al mondo del privato, profit o non profit che sia. Un progetto che è andato nella sostanza ad inventare modalità nuove ed alternative di scrittura delle gare di appalto, basate fino ad allora sul principio del massimo ribasso o dell’offerta economicamente più conveniente. Vengono costituiti degli elenchi di soggetti considerati idonei a gestire progetti personalizzati, non solo grazie al rispetto di specifici requisiti tecnici strutturali e organizzativi, ma in base alle loro capacità effettive di ideare e realizzare progetti per queste specifiche persone che uscivano dal manicomio identificate con il loro nome e cognome. Esemplicando: la signora “tal dei tali” che progetto personalizzato ha sugli assi: casa, lavoro e socialità? Quante risorse disponibili nel sistema sanitario, nel sistema dei servizi sociali e nel mondo della cooperazione sociale possono essere investite per ottenere l’obiettivo della riabilitazione di questa persona? Il rispetto di pre-requisiti formali stabiliti dagli standard (tecnici, strutturali, organizzativi) da parte delle organizzazioni passa in secondo piano, al centro è posta piuttosto la capacità di raggiungere l’obiettivo del “funzionamento sociale” delle persone escluse fino ad allora da questa possibilità concreta.

A partire da questa esperienza i budget di cura escono dal Friuli-Venezia Giulia e vengono utilizzati in altre regioni italiane e per target anche diversi[2].

Questo sistema, infine, pone un obiettivo molto esigente: **ovvero l’idea che i progetti personalizzati debbano ridurre l’intensità dell’intervento nel corso del tempo**. Se effettivamente queste risorse integrate sono investimenti e sono investimenti produttivi di salute, si assume che il compito di intervenire sui determinanti sociali e sul contesto di vita (casa, lavoro e socialità) incida in modo significativo anche sulla prognosi sanitaria di queste persone, prevedendo un percorso di potenziale riduzione della spesa sanitaria e sociale. Un dispositivo, dunque, costruito in modo incrementale a partire da saperi pratici, ancorando gli interventi al nuovo quadro di riferimento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono difatti questi gli anni in cui l’OMS approva la nuova Classificazione ICF, connettendo la valutazione delle condizioni di salute e di disabilità non solo a fattori di ordine biologico e fisiologico, ma anche a come questi interagiscano con il sistema di politiche e con il contesto di vita in cui le persone sono inserite. A partire da questo assunto, si pretende che gli interventi sociali abbiano una rilevanza sanitaria e, d’altro canto, che non si possa offrire solo una presa in carico di tipo esclusivamente sanitario che rischierebbe così di essere inappropriata, perché basata su tecniche specialistiche, per definizione rigide e riparative.

Cosa dovrebbe cambiare dunque nel sistema lombardo?

La Regione Lombardia inizia ora a parlare di budget di salute o di cura, in una prospettiva di medio periodo in cui, effettivamente, sembra voler riformare il sistema di welfare prestazionistico costruito fin qui, in favore di progetti davvero personalizzati finalizzati al funzionamento sociale.

Siamo di fronte ad un possibile cambiamento di strategia istituzionale, ad una prospettiva che andrebbe sostenuta e promossa anche dagli operatori dei servizi e dal mondo della cooperazione sociale. Un cambiamento che può potenzialmente mettere in luce anche il tema della sostenibilità economica dei sistemi, che oggi dovrebbero cercare di essere più parsimoniosi e non alimentare in modo automatico e irriflesso servizi finalizzati soprattutto a riprodurre sé stessi e reiterare l’esistente.

Il primo passo in questa direzione potrebbe essere proprio quello di **riequilibrare le risorse sanitarie e quelle sociali, ricostruendo nel frattempo “tavoli” operativi capaci di costruire la concreta integrazione nei territori degli interventi di ASL, Comuni e soggetti del terzo settore**.

Un altro terreno di lavoro è quello finalizzato al **coinvolgimento nei sistemi di welfare locale delle cooperative di tipo B come contesto e ambito molto più esteso, di quanto non sia oggi, per mettere a**

punto percorsi personalizzati di inserimento lavorativo per persone in condizione di fragilità sociale. Un ambito che richiede però un contesto di “prevedibilità” di risorse finalizzate a questo tipo di missione per sviluppare posizioni lavorative e sistemi di economia sociale capaci di lavorare davvero sulla protezione e la promozione sociale dei più deboli.

In altre parole, **bisogna scongiurare il pericolo che la possibile riforma in atto si limiti ad un elemento puramente formale**, in cui grazie alla comoda funzione dei programmi di videoscrittura “trova e sostituisci”, si vada semplicemente a sostituire la parola “voucher” con “budget di cura” per lasciare tutto come prima.

Qualche speranza c’è dato che un cantiere istituzionale esiste, qualche risorsa in più destinata in modo diverso è stata attribuita, e si inizia a parlare del potenziamento dei Distretti nei territori e della possibilità di rivedere il sistema delle ASL. Un cambio di rotta, dunque, inizia a esserci almeno nel regno dei pensieri dei “decision-maker” lombardi.

Non sottovalutiamo poi il ruolo ed il peso delle persone che lavorano nella rete dei servizi, nel portare avanti questo tipo di sfida, da considerare come una sfida culturale e di valorizzazione di persone che si trovano in situazione di forte debolezza. L’idea è che l’obiettivo della riduzione delle disuguaglianze passi da un investimento di questo tipo. Se questo tipo di sensibilità e cultura venisse portata avanti anche nell’operatività dal basso dei servizi, potrebbe esserci la ragionevole speranza che, di volta in volta, ci sia sorveglianza pubblica e democratica rispetto al fatto che i cambiamenti possano essere richiesti e possano essere costruiti nei prossimi anni.

Se, invece, fosse solo un’operazione di “maquillage”, ci troveremo qui tra 5 anni a raccontare la solita storia: che il sistema lombardo è sbilanciato sulle prestazioni e che non si può parlare di libertà di scelta se non si attribuisce potere contrattuale agli individui per sostenerli nell’esercizio di questa libertà di scelta ... ecc.

[1] La legge Basaglia avrebbe imposto la chiusura dei manicomi molti anni prima, ma di fatto è stata la legge finanziaria di quell’anno che l’ha definitivamente imposta entro il 31 dicembre, prevedendo anche degli elementi sanzionatori per le Regioni inadempienti. Dentro questo tipo di imposizione in quel territorio si era costruito un progetto pilota che voleva de-istituzionalizzare le persone “lungodegenti”, con alle spalle storie di istituzionalizzazione psichiatrica ventennali ed anche di più lunga data.

[2] Diventano uno strumento che cerca di raggiungere gli obiettivi dell’aumento di capacità e del funzionamento sociale di destinatari molto eterogenei. Vengono costruiti altri terreni di sperimentazione in Campania, Veneto, Emilia Romagna, Sardegna, Sicilia definendo progetti personalizzati anche per persone in altre situazioni di “fragilità sociale”, come – ad esempio- persone con disabilità motorie, intellettive o relazionali ma anche persone che arrivano da storie di carcerazione, o provenienti dall’area materno infantile o delle dipendenze. Persone accomunate dalla stessa necessità di dovere “ripartire” con progetti personalizzati su casa, lavoro e socialità.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station