
Budget di Salute: il dibattito promosso dal Forum Salute Mentale

Abbiamo seguito il dibattito ospitato in due puntate (2 e 16 luglio) sulla pagina del Forum Salute Mentale per raccogliere, rispettando la polifonicità dell'evento, spunti di riflessione e indicazioni operative utili agli operatori e agli amministratori dei servizi, agli utenti e ai familiari.

I. Introduzione

1. Un momento storico per riflettere sul Budget di Salute e sulla Coprogettazione

Nelle prime settimane di Luglio il Forum Salute Mentale ha realizzato due seminari di approfondimento sul Budget di Salute¹. Sullo sfondo di questa scelta ci sono due importanti avvenimenti che avranno conseguenze molto rilevanti per l'innovazione dell'assistenza sociosanitaria. Il primo è l'approvazione in Senato della legge di conversione del **Decreto Rilancio**², il 16 luglio, che fa esplicito riferimento al Budget di Salute come strumento per realizzare e rafforzare “le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare (...) per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità”. Dopo aver fatto esplicito riferimento al fatto che tali prestazioni rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, al comma 4-bis la legge dedica un passaggio specifico alle modalità con cui realizzare queste azioni: «I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità».

Il secondo importante avvenimento di questi giorni è la **Sentenza n. 131 della Corte Costituzionale**³ che, chiamata a decidere su un contenzioso tra Stato e Regione Umbria sulla Legge Regionale che disciplina «le modalità di attuazione della co-programmazione, della co-progettazione e dell'accreditamento previste dall'articolo 55 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106) (...)», ha chiarito i fondamenti costituzionali dell'attività di Coprogettazione tra Pubbliche Amministrazioni

e Terzo Settore. In particolare, la Sentenza 131 ha decretato il fondamento costituzionale di un «canale di amministrazione condivisa» tra Enti di Terzo Settore e Pubbliche Amministrazioni, non assimilabile al rapporto economicistico definito dal metodo dell'appalto e della delega. Gli Enti di Terzo Settore, secondo la Sentenza 131, «in quanto rappresentativi della “società solidale”, (...) spesso costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, e sono quindi in grado di mettere a disposizione dell’ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un’importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della “società del bisogno”». Di conseguenza, nel rapporto con le Pubbliche Amministrazioni, gli Enti di Terzo Settore vanno considerati come portatori di «una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale».

Sullo sfondo degli avvenimenti di questi giorni sussiste un altro elemento di fondamentale importanza: dal 9 aprile 2019 è depositata presso la Camera dei Deputati della Repubblica la **Proposta di Legge “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”**⁴, con l'On. D'Arrando (Movimento 5 Stelle) come prima firmataria, in attesa di dibattito. Nel frattempo negli ultimi mesi si sono moltiplicate le prese di posizione e le reti che hanno individuato nella metodologia del Budget di Salute non solo uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria individualizzata ma un avamposto culturale e pratico per riportare le comunità al centro dell'elaborazione dei sistemi di welfare, di salute pubblica, di economia. Il momento di maggiore forza di questo processo è espresso dall'**Appello della Società Civile per la ricostruzione di un welfare a misura di tutte le persone e dei territori**⁵. Come scrive Silvia Jop, l'appello “ha il pregio di aver messo assieme realtà istituzionali e associative, culturali e sociali, laiche e religiose. Ad accompagnare l’appello è una nota contenente una proposta di legge sui Budget di Salute”⁶. Non è un caso se, rispetto alla formulazione di “Budget di Salute individuale” nel Decreto Rilancio figura l'aggiunta “e di comunità”: se il Budget di Salute può diventare metodologia sistemica è anche per la forza delle reti che lo sostengono e per il valore generalizzabile della proposta in esso contenuta.

2. Il problema definitorio e la varietà delle esperienze disponibili

In primo luogo, il Budget di Salute è protagonista di una storia lunga 20 anni. Una storia

che si mantiene in tensione tra progetti sperimentali e tentativi di sistematizzazione compiuti con grande varietà di declinazioni e di esiti. Come afferma **Fabrizio Starace**: «ci sarebbe un lavoro titanico da realizzare per mettere in linea tutti i diversi meccanismi che sono stati realizzati a livello regionale per superare l'ostacolo costituito dalle inerzie istituzionali e amministrative». La storia del Budget di Salute, infatti, è anche **la storia delle resistenze alle quali si è opposto per affermarsi, nonostante da tempo le sue sperimentazioni fossero convergenti con i principi normativi esistenti e producessero evidenze inequivocabili di efficacia**⁷. Sempre secondo Starace, il Budget di Salute ha già i suoi fondamenti in un quadro normativo chiaro: «l'Italia ha sottoscritto nel 2009 la Convenzione delle Nazioni unite sui Diritti delle persone con disabilità che prevede esplicitamente all'articolo 21 il diritto all'inclusione sociale, al lavoro e ad essere sostenuti nella domiciliarità con progetti individualizzati. La definizione di piani terapeutico-riabilitativi individualizzati con attenzione alla socialità, all'inclusione lavorativa e alla domiciliarità è già un elemento imprescindibile previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria. **È dunque arrivato il momento di una sintesi: le nostre elaborazioni non sono più da considerarsi sperimentazioni. Alla luce delle nostre esperienze possiamo dire che se si continuano a considerare sperimentazioni è per via di un approccio che tende alla loro marginalizzazione**». Si chiarisce così uno dei primi obiettivi di queste giornate seminariali: «Prima di ipotizzare norme alle quali affidiamo un valore salvifico e di cambiamento noi dobbiamo verificare perché le cose che riteniamo utili e giuste non si possono realizzare nei contesti normativi attuali. Lo studio delle diverse applicazioni regionali e delle loro resistenze può essere utile in questo senso».

Su questo converge anche **Angelo Moretti**, che apre la discussione al tema dello **sviluppo di comunità**: «se il racconto resta limitato alle “buone pratiche” si dà l'impressione che il Budget di Salute possa funzionare solo in piccole oasi di pace, dove funziona il capitale sociale, dove funziona la rete; oggi è invece necessario un lavoro affinché questa pratica non sia limitata a un fatto spontaneistico riconducibile a un amministratore, un funzionario o un tessuto di cooperazione sociale volenteroso. Il punto è definire in che modo fare sistema rispetto a qualcosa che sappiamo che può funzionare in termini generali e sistemici. Alla luce della Sentenza 131 diciamo che la coprogettazione non è una buona pratica residuale che può capitare spontaneisticamente in qualche territorio italiano ma deve diventare la regola. L'idea è che lo Stato nella sua funzione pubblica di governo della salute investa sulle leve del capitale sociale. In quella sentenza non è centrale la “difesa di stato” del terzo settore dal sistema privato. La sentenza dice piuttosto allo Stato che può intervenire sulle leve del capitale sociale in modo diverso da come vorrebbe un rapporto privatistico, creando dei sistemi di valorizzazione del capitale sociale, cioè di condivisione della funzione pubblica, la cui cartina da tornasole e strumento di controllo è il miglioramento del

benessere e dello sviluppo sociale, l'efficacia degli investimenti. Sono riflessioni in cui echeggiano le parole di Amartya Sen: il terzo settore libera le energie del territorio se diventa protagonista della coprogettazione e non se deve limitarsi a gestirne il disagio. Il nostro compito è fare in modo che questa consapevolezza diventi sistemica e generale, con il sostegno delle norme».

Come afferma **Vito D'Anza**, portavoce del Forum Salute Mentale, per raggiungere questo obiettivo è necessario incontrarsi su una serie di punti irrinunciabili: «Quando parliamo di Budget di salute non intendiamo tutti la stessa cosa perché ci sono declinazioni differenti nei vari territori. Il reperimento dei fondi per finanziare i Budget di Salute e costruire i percorsi riabilitativi sono diversi da realtà a realtà, per esempio. Ma sono anche diversi i soggetti che sono in campo. In Italia i servizi presentano grandi differenze fra vari territori, alcuni sono incapaci di svolgere le loro funzioni per diversi motivi, a partire da un'assenza formativa, fino al fatto che sono ridotti al lumicino in termini di risorse. Di conseguenza cambia anche il ruolo del Terzo Settore in ciascun territorio. Nel rapporto tra Terzo Settore e Pubbliche Amministrazioni vi sono altrettante differenze quindi **è necessario chiarire i termini “cogestione” e “coprogettazione” definendo in modo inequivocabile in cosa essi si differenzino dalla delega**⁸. A questo proposito va approfondita la filiera decisionale. Va anche approfondito il tema delle risorse: ciascuna realtà ha sperimentato modi propri per attingere alle risorse pubbliche e qualificarne l'utilizzo. Il dibattito promosso dal Forum Salute Mentale ha dunque l'obiettivo di fare ricognizione e sintesi delle specificità esistenti, per permettere a tutti una formazione più completa sulle molte sfaccettature dello strumento. L'obiettivo del confronto è quindi quello di vedere un radicale comune, almeno tre o quattro elementi definitivi su cui ci riconosciamo tutti”. Il dibattito ha anche una funzione di formazione e stimolo culturale: “la stragrande maggioranza dei servizi non conosce il budget di salute. Se ne parlano due persone differenti non si capiscono esattamente le stesse cose. Dobbiamo avviare un discorso che non si concluderà subito ma attraverso il quale sia possibile contribuire a stimolare e uniformare conoscenze condivise».

Il problema urgente è infatti quello di definire un approccio di governo della realtà che permetta di rendere sistematico questo modello. A imporlo è l'attualità: **«Con il MES arriveranno dei fondi consistenti per la sanità e dovremo evitare la distribuzione a pioggia che finirebbe per rinforzare gli stessi centri di potere contro la cui resistenza ci siamo imbattuti negli ultimi 20 anni.** Dobbiamo concorrere all'elaborazione di un piano articolato di salute mentale che entri nella carne viva delle pratiche e fare in modo che le regioni che vogliono attingere a quei fondi debbano soddisfare precise richieste. Bisogna dunque definire gli elementi costitutivi irrinunciabili del Budget di Salute: il progetto individuale, la spinta verso l'autonomia, la dignità della persona in

particolare, con la giusta attenzione allo spazio che va lasciato per declinarlo a seconda delle specificità locali. Su questi temi dobbiamo interloquire con la politica affinché da parte del Ministero e degli organismi preposti alla sanità sia promulgato uno schema di progetto individuale valido come modello unico a livello nazionale».

Secondo **Morena Furlan** «il Budget di Salute **porta con sé una tensione tra la necessità di rigidi aspetti definitori che ne sostanzino la validità universale e un giusto grado di incertezza che significa apertura alle caratteristiche locali.** È necessario quindi ragionare su più livelli, da quelli organizzativi a quelli gestionali, da quelli di governance fino a quelli relativi ai principi e alle finalità ultime dello strumento e del suo ruolo in un processo generale di sviluppo locale.

In primo luogo **lo strumento assume diverse declinazioni nei diversi territori i base alle diverse culture delle amministrazioni pubbliche;** questo è evidente nei servizi di salute mentale dove diversi territori declinano e producono obiettivi e attività assolutamente diversificati. **Se ci fermiamo solo all'aspetto definitorio c'è il rischio che produciamo le condizioni per un cambio di linguaggio che non si accompagna ad un cambio di paradigma e di pratiche.** I diversi contesti locali producono necessariamente approcci diversificati: in alcuni casi, per esempio, il Budget di Salute può essere un motore di innovazione della rete di servizi, se opportunamente orientato. È il caso di Trieste dove la storia del budget di salute si è sviluppata sulla base di una rete di servizi di salute mentale forte. È stata quindi una politica programmatica per il riorientamento delle risorse umane e professionali. La regione Emilia-Romagna sta facendo invece un lavoro interessante di raccolta di tutte le esperienze e le pratiche con l'obiettivo di ricondurle a una metodologia e di valorizzarne il portato formativo per chi lavora sul campo. Il portato esperienziale di ogni singola esperienza è infatti importante per trasmettere il senso dello strumento, al di là di una legge che definisca delle linee guida valide per tutti i territori.

In generale **il Budget di Salute permette di immaginarsi accanto alla persona a cui il servizio è rivolto, con l'obiettivo di restituire prospettive di vita in corresponsabilità con il tessuto sociale ed economico che la persona abita.** La strada è sempre in salita perché attiene a come le organizzazioni riproducono se stesse o comunque utilizzano le possibilità, i finanziamenti e le opportunità a disposizione in maniera autoreferenziale, spesso in una logica di mantenimento di ciò che è. A questa tendenza bisogna contrapporre il detto di Franco Basaglia per cui “L'esistente non è natura immodificabile”.

A proposito dell'impianto normativo esistente bisogna dire, d'accordo con Fabrizio Starace, che già la 328 del 2001 apriva uno spazio normativo nel quale esercitare

innovazione a partire dal coinvolgimento dei soggetti pubblici, del privato sociale, del privato imprenditoriale, dei cittadini singoli o associati. Attraverso il tema della sussidiarietà si definivano modalità di prendersi cura legate a possibilità locali di sviluppo di un territorio; il sistema di welfare veniva visto come strumento per investire nella coesione sociale – i Piani di Zona sono stati l'esito principale di questo approccio. Ma sulla base dei 20 anni trascorsi, tranne alcuni casi che vanno in questa direzione, dobbiamo guardare in maniera critica a quell'impianto perché buona parte delle esperienze realizzate oggi vivono criticità legate a quelle organizzazioni burocratico-amministrative che spesso costituiscono un ostacolo. È necessaria quindi una riflessione forte su questo aspetto: oltre alle risorse e alle competenze in campo, che non credo siano insufficienti, **vanno individuati meccanismi di governo di questi strumenti a che sappiano contemplare la multisettorialità dei problemi sociali e delle loro soluzioni. In definitiva l'aspetto normativo è importante ma anche non sufficiente a garantire effettiva pratica nei territori**».

Come spiega **Franco Rotelli** esistono «**vari livelli di obiettivi del Budget di Salute** e oggi uno dei punti della nostra discussione è, tatticamente, che dobbiamo capire se formulare una struttura rigida del “minimo sindacale” che sia un compromesso accettabile e come declinarla. **Un primo obiettivo del Budget di Salute è personalizzare l'indirizzo delle risorse allineandole ai bisogni delle persone, questo può costituire un minimo comune denominatore delle varie esperienze.** Poi, abbiamo casi particolari che vanno legati alle singole storie locali: può esserci, come in Friuli – Venezia Giulia, l'obiettivo delle “residenze zero”: flessibilizzando le risorse per andare verso una vita indipendente si arriva a rompere il meccanismo diabolico delle rette, si demoliscono le residenze, questo nobilita lo strumento. Il risultato più alto sarebbe la vera emancipazione dal sistema di welfare attraverso l'autonomia reddituale e la piena partecipazione nella vita sociale ed economica. Questo si ottiene principalmente attraverso il lavoro, che è un obiettivo di livello molto più alto. Contestualmente si deve pensare allo sviluppo di comunità: il Budget di Salute come strumento che incida fortemente sulla struttura economica dei territori. Si tratta di una operazione di ingegneria sociale complessa che in alcuni territori, si guardi alle esperienze della Campania e della Sicilia, è riuscita ma in modo molto acrobatico. Si tratta di azioni talmente complesse che rischiano di non essere riproducibili. Sono necessarie ulteriori riflessioni e ulteriori alleanze ben strutturate per configurare una generalizzazione del livello più alto del Budget di Salute come strumento di investimento locale e di sviluppo di comunità.

In ogni caso non dobbiamo disprezzare lo strumento quando non raggiunge il risultato più alto del lavoro e della piena emancipazione economica. L'inclusione lavorativa è un risultato non molto a portata di mano per molte persone di cui ci

occupiamo ma non per questo dobbiamo rinunciare alla fiducia nelle risorse residuali, anche quando non siamo oggettivamente persuasi che esse possano arrivare a configurare un inserimento lavorativo. In alcuni casi, essere accompagnati dall'educatore di una cooperativa nel ruolo di consumatore ben vestito in un bar della città, avere la propria casa con assistenza domiciliare, avere relazioni sociali, vuol dire che il budget è ben gestito. Sarebbe già un buon risultato rendere individualizzato il trattamento, costruire un sistema di assistenza integrato davvero. Consapevoli che sarebbe solo un passo verso l'obiettivo finale».

Il livello delle alleanze e del Budget di Salute come strumento di sviluppo di comunità che travalichi lo specifico della salute mentale sta particolarmente a cuore ad **Angelo Righetti**: Il primo esempio è quello del sistema educativo. **«I nostri sistemi di salute mentale nati con l'approccio comunitario e preventivo non ci sono più dentro le scuole. E la questione della salute mentale nelle scuole è diventata un affare privato di certificazioni di bisogni speciali in cui poi chi ha più risorse economiche può accedere a prestazioni privatistiche per larga parte inutili.** Ci sono 130000 ragazzi sotto soglia di povertà e più del 40% di questi sono persone con disabilità o situazioni di marginalità che nessuno prende in carico. Per questo è necessario virare verso i Budget di Salute Educativi⁹. I nostri dipartimenti di salute mentale devono prendere in carico questo ambito perché la loro assenza è gravissima. Un discorso simile riguarda il lavoro e l'ambiente. Non possiamo occuparci di salute mentale se non ci occupiamo di aspetti determinanti del benessere sociale come l'economia e l'ambiente. Dentro questi bisogni noi, come esperti di salute mentale, dobbiamo fare da matrice di possibilità, inventori di sviluppo locale, portatori di un approccio orientato alla prognosi positiva, promotori di forme di partecipazione e di interpellanza delle comunità e delle famiglie, di redistribuzione dei poteri, come abbiamo imparato dall'esperienza storica della deistituzionalizzazione. **Non possiamo chiuderci nei nostri specialismi perché essi sono i più fragili che esistano dal punto di vista epistemologico. Non ne sappiamo più di trent'anni fa rispetto alla malattia mentale, però abbiamo imparato qualcosa in più sulla partecipazione e lo sviluppo di comunità.** A partire da queste riflessioni dobbiamo promuovere una complessiva identificazione tra il sistema di aiuto e il sistema di produzione di ricchezza di un territorio, che è esso stesso un modo per combattere le condizioni di fragilità delle persone all'interno delle comunità, mettendo loro a disposizione la possibilità di accedere all'esercizio dei diritti. Si tratta di un processo che riguarda le forme economiche e sociali e recupera i valori delle forme storiche di gestione del bene comune nel passato. Pensiamo alle comunità che storicamente si accordavano per la gestione della terra e davano luogo a forme di accordo collettivo come l'enfiteusi, pensiamo alla storia del movimento cooperativo. Sono queste a legittimare le istituzioni. Con questo approccio non possiamo limitarci a promuovere un metodo rigido che sia valido per tutti perché ogni comunità ha i suoi

ostacoli e le sue dinamiche: noi dobbiamo evitare che il Budget di Salute diventi un marchio di fabbrica perché esso è una cultura, un modo di lavorare nella propria comunità. In questa fase storica, ora che questo diventa un dovere con i riferimenti giuridici, abbiamo una straordinaria occasione per riuscire a fare una progressione nella gestione del benessere della comunità, di cui la persona più fragile è il simbolo».

Parallela la riflessione di **Angelo Moretti** che parte dalla gestione per virare verso il tema più ampio dei **determinanti sociali di salute**: «è necessario oggi allargare il campo; **questa della gestione non è una dinamica che riguarda solo la salute ma diversi campi del welfare e dell'economia. Noi oggi viviamo un momento storico anche perché lo Stato italiano ha posto nuove regole al gestore delle autostrade.** Il paradigma è simile: una funzione pubblica, che per comodità e praticità doveva essere affidata a gestori privati, in cui “il regolamentato aveva catturato il regolamentatore” come suggerisce Leonardo Becchetti¹⁰: è una metafora dell'economia industriale, chi doveva subire le regole in realtà aveva catturato chi doveva mettere le regole. Negli anni scorsi ci sono stati 5 milioni di euro di utili sui pedaggi autostradali a fronte di un solo miliardo di investimenti. C'è una patologia del sistema: l'iniziativa pubblica, che viene affidata a esecutori privati per ottenere degli obiettivi di valenza pubblica, nel sistema economico liberista diventa l'occasione di fare utile per il privato. Noi dobbiamo pensare in questo momento che tutta l'esperienza della salute mentale sia porosa e permeabile con altri mondi, che riesca a contaminare l'economia, che riesca a contaminare il welfare del carcere, dei minori, lo sviluppo locale delle aree interne e dei paesi, dei piccoli comuni. Il modello della presa in carico attraverso il budget di salute ha funzionato bene in ambito psichiatrico, ha fatto sì che alcune leve del capitale sociale fossero resistenti alle storture del sistema locale, come è successo a Casal di Principe, a Messina o a Benevento, rispetto a una salute mentale che era abituata a delegare alle cliniche i pazienti psichiatrici, e ora deve diventare modello dominante. Questo può succedere perché abbiamo a nostro vantaggio una sentenza e perché **non è più tempo di segmentare le categorie del disagio: i malati psichiatrici, i detenuti, i minori, i migranti; è il tempo in cui lo sviluppo locale deve avere le stesse leve dell'aiuto come paradigmi complessivi.** Il Budget di Salute e la Sentenza 131 sulla coprogettazione devono diventare modello e strumento principale del dialogo tra un comune il territorio, tra lo Stato e una cooperativa di comunità, la società civile; questo è possibile solo nella misura in cui lo Stato rinuncia al tema del controllo rispetto al privato basato sulla tariffazione, sul minutaggio, sui metri quadrati, su standard oggettivabili che di fatto servono a garantire i sistemi assicurativi e di responsabilità contrattuale e ragiona invece sull'investimento in salute territoriale».

II. Le storie e gli obiettivi:

1. La riconversione delle risorse impropriamente assorbite dalla residenzialità

Per capire gli obiettivi del Budget di Salute bisogna prima di tutto guardare al contesto in cui esso ha primariamente affermato la sua validità, quello dei servizi di salute mentale. E, dalle parole di Vito D'Anza, **«il sistema salute mentale in Italia fa acqua da tutte le parti. L'emergenza Covid ha reso ulteriormente evidenti le criticità: l'internamento di decine di migliaia di persone in strutture-parcheggio, nelle quali ci sono, indistintamente, disabili intellettivi, pazienti psichiatrici, anziani, malati cronici: il Covid ha messo in evidenza come queste strutture sono solo dei contenitori istituzionalizzanti. È apparso evidente il pessimo utilizzo di ingenti quantità di risorse che il sistema delle rette consente in questi contenitori. Si tratta di una vera e propria neoistituzionalizzazione. Mettere a sistema il Budget di Salute oggi significa prima di tutto superare questa fase e riconvertire le risorse ora indirizzate in rette. A fronte di una politica pluriennale di riduzione di risorse, questa metodologia ha anche l'obiettivo di aumentare le risorse disponibili per il welfare, valorizzando meglio le energie esistenti sui territori».**

Il tema della riconversione delle risorse impropriamente assorbite dalle residenze è centrale nella maggior parte delle esperienze svolte negli ultimi 20 anni con il Budget di Salute. Vito D'Anza racconta l'**esperienza di una zona della Toscana: «Tutto il sistema budget di salute si fonda su una pre-condizione essenziale: il progetto individuale terapeutico riabilitativo, unico strumento per contrastare le prassi diagnostiche-farmacologiche-ambulatoriali di tanti servizi in tante parti d'Italia.** Noi abbiamo costruito percorsi individuali fondati su alloggi, su borse lavoro e su aspetti di socialità comunitaria utilizzando come risorse le associazioni presenti sul territorio. I fondi derivano essenzialmente dall'azienda sanitaria. Ora ci sono 30 persone che vivono in appartamenti collocati nel tessuto sociale dei comuni.».

Simmaco Perillo, Presidente del Consorzio Nuova Cucina Organizzata (NCO) gestisce un bene confiscato alla camorra in provincia di Caserta e racconta l'esperienza del consorzio di cooperative sociali cresciuto attorno alla metodologia del budget di salute, dal 2002, su spinta della trasformazione avviata da Franco Rotelli, Angelo Righetti e Fabrizio Starace nella ex ASL Caserta 2. «Insieme a loro si è fatto uno studio orizzontale, spalla a spalla, rielaborando l'esperienza di Trieste: noi eravamo appiattiti su una modalità statica di gestione dei servizi, sul fatto che ci fossero lo stato come finanziatore e il terzo settore che si dava da fare come manovalanza. Abbiamo cominciato a lavorare sulla cogestione come idea di riequilibrio del welfare in cui

Pubblico e privato condividessero le responsabilità. Ci siamo concentrati sul fare impresa in modo che questa impresa potesse migliorare la qualità del territorio in cui lavora. La nostra esperienza è stata questa: recuperare le persone che arrivavano dall'OPG e dai servizi di Salute Mentale e insieme a loro riqualificare i beni confiscati alla camorra. Questo potrebbe essere esteso a tutto il territorio nazionale: anche dove ci sono meno beni confiscati alla camorra esistono beni pubblici inutilizzati da rigenerare. **Se ci vogliamo prendere cura di qualcuno ci dobbiamo occupare del territorio che lo circonda. Per ridare dignità alle persone che uscivano dalle strutture totalizzanti abbiamo deciso di passare dall'idea dell'assistenza all'idea di restituire diritti, essere agenti di promozione umana: immaginarci un'impresa che costruisce lavoro intorno alle persone, un sistema economico che ribalta l'ottica della produttività, costruendo situazioni lavorative adatte alle persone di cui ci occupiamo.** L'economia è centrale nel sistema di Budget di Salute perché coinvolge la comunità. La presenza della persona con disagio nella comunità già riqualifica le relazioni. Sull'asse formazione lavoro si costruisce il presupposto affinché la persona riconquisti in maniera dignitosa la possibilità di riaffermarsi al mondo: "esisto in quanto faccio". All'inizio capivamo che l'abitudine alla terapia occupazionale lasciava increduli utenti e operatori sulla possibilità di cambiare, la verità è che con la terapia occupazione non abbiamo mai riabilitato nessuno. La sfida è il lavoro, essere parte integrante di un sistema che produce economia. Un signore che era stato rinchiuso nei centri per oltre 25 anni, sordomuto e spastico, a cui avevano cancellato la storia, era stato definito autolesionista perché sbatteva la testa contro il muro ma era figlio di un contadino e quando ha ripreso la zappa in mano ha recuperato il senso della sua vita. Quando per la prima volta abbiamo presentato le melanzane prodotte dal nostro lavoro in una sala gremita lui ha parlato in pubblico dicendo che ce l'aveva fatta. Lui sapeva cosa era la produzione perché faceva parte della sua storia di vita e del suo mondo, che invece erano stati cancellati con la malattia: sbattere la testa contro il muro era diventato l'unico modo per dire al mondo "io ci sono". In quella sala invece sapeva che quel prodotto non era l'esito di un laboratorio di intrattenimento, non era il posacenere di creta inutile ma era il frutto di lavoro vero».

Morena Furlan racconta l'esperienza del Friuli – Venezia Giulia: «Riconvertire tutte le risorse destinate alle strutture residenziali era per noi l'espressione di una transizione post internamento manicomiale: per chiudere i manicomi era necessario avere strutture di transizione per le persone che non ce la facevano altrimenti. Ma queste strutture, con gli strumenti di integrazione sociosanitaria che abbiamo a disposizione oggi, devono essere superate verso forme di inclusione reali sui territori; significa rendere concreto il diritto alla casa come spazio dell'abitare, al possedere una scelta sul proprio destino, sul proprio sviluppo umano. Questo in definitiva è il compito dei professionisti che lavorano in salute mentale. L'esperienza regionale si sta avvicinando

dopo anni all'obiettivo delle “residenze 0”. Il Budget di Salute è stato per noi uno strumento di innovazione della rete dei servizi di salute mentale, ci ha permesso di rinunciare in parte o del tutto a questi contenitori-residenziali che abbiamo compreso essere inefficaci, e anche la letteratura scientifica lo conferma che sono inefficaci rispetto ai percorsi delle persone che vi abitano per un periodo più o meno lungo ma spesso molto lungo. Il problema è che tali “contenitori umani” restano efficienti da un punto di vista amministrativo: rendono immobili le persone quindi per i servizi più gestibili. Tuttavia hanno dimostrato di essere inefficaci, oltre che per il percorso individuale di tipo clinico, anche per la spesa pubblica».

Gaspere Motta ha raccontato l'**esperienza di Messina**: «siamo riusciti a superare l'Opg di Barcellona grazie a un progetto basato sul budget di salute, attualizzando quello che avevamo imparato dalla chiusura del manicomio di Messina e dal percorso che è iniziato allora, quando si sono liberate idee e modalità di progettazione nuove. Nella provincia c'era forte il peso dell'assistenza, le cooperative di tipo b non esistevano prima degli anni novanta, (tranne l'esperienza di Don Pippo Inzani). Quando sono nate le coop di tipo b noi abbiamo cercato di indurre una modalità di coprogettazione e cogestione. Nel 2000 abbiamo creato un albo per sfuggire al meccanismo di accreditamento delle strutture. Le persone da assistite diventavano soci delle cooperative, con il possesso mutuale delle casa e del lavoro. L'impegno da parte di chi gestiva i progetti era che le persone diventassero socie e possedessero i beni della cooperativa, si trattava di una casa e di un lavoro vero. Questo ci ha permesso di realizzare anche case particolari, ville, che sono un'esperienza unica in Italia, fondate sull'idea della “bellezza terapeutica”. Questo processo è stato difeso faticosamente negli ultimi anni ma quasi 100 persone sono ancora oggi in case con le caratteristiche del lusso. Ma complessivamente la forza di questo metodo in Sicilia è arretrata e si è tornati spesso alle modalità assistenziali, fondate sul ricovero dentro le strutture protette. Il piano strategico per la salute mentale della Regione Sicilia era teoricamente ispirato a quello che avevamo fatto ma poi in realtà è stato trasformato con una riga in un mero strumento per regolare l'ingresso degli utenti nelle strutture protette».

Antonio Esposito parla dell'esperienza vissuta in Campania, partita da 20 anni di cui i primi 10 anni di sperimentazione hanno permesso lo svuotamento degli Opg ben prima che il tema degli Opg venisse messo al centro del dibattito nazionale dalla Commissione Marino. Nel 2012 c'è stata la legge regionale e le linee guida con un parto complesso e perceivamo di essere riconosciuti come percorso d'avanguardia. Questo però non ha impedito arretratezze e distorsioni quindi abbiamo avviato un processo di aggiornamento delle linee guida durante il quale il terzo settore ha sviluppato un confronto e un dibattito molto interessante da cui è emerso un documento congiunto che è stato presentato alla Regione Campania».

2. Le radici culturali e politiche

Angelo Righetti parte dalla Sentenza 131 della Corte Costituzionale per affrontare il tema generale del rapporto tra sistemi pubblici di welfare e sistemi privati di attivazione. «Le persone con bisogni che abbiamo designato “cronici”, “complessi”, sono persone che hanno bisogno di cure e nel contempo di misure di protezione sociale: sono in difficoltà rispetto alla loro attivazione privata. Non è possibile separare questi bisogni e queste protezioni se non a costo dell'efficacia delle cure che noi prestiamo. Siamo abituati a pensare che ogni azione di cura sia clinostatica ma questo applicato alle attività territoriali ci porta lontano dai bisogni delle persone e risponde solo ai bisogni delle istituzioni, ai bisogni di danaro da parte dei privati, che utilizzano in modo contabile gli aspetti clinostatici suscitati dell'assistenza.

Quella del Budget di Salute non è un'idea giovane: già all'inizio degli anni 80 quando dovevamo immaginare che esistesse una possibilità di estensione dei diritti per le persone fragili che uscivano dall'esperienza manicomiale, con possibilità di vita, lavoro, casa, affetti, all'interno del contesto sociale, sapevamo già che questo voleva dire prendersi in carico lo sviluppo e il progresso di una comunità, sapevamo che era il punto centrale, tanto che affermavamo che questa fosse la funzione principale delle amministrazioni pubbliche, dei comuni e delle USL e senza questo approccio non saremmo riusciti a fare nulla e saremmo stati ricacciati di nuovo nella prestazionalità specialistica. Ma non è andata così. Al centro di ogni interesse è arrivata la variabile economica, che è anche un sistema di governo delle coscienze. L'assistenza è diventata anche dal punto di vista del controllo sociale il modo più diffuso di gestione delle persone devianti, povere e senza contrattualità sociale. Questo ha causato l'eliminazione più o meno completa della cultura della prevenzione e conseguentemente dei servizi territoriali. Si tratta di un processo avvenuto in modo molto lento che ha messo in condizione le persone e le istituzioni di accettare con tranquillità la progressiva soppressione di un sistema di risposta ai bisogni, soprattutto nei paesi con una certa arretratezza dal punto di vista burocratico amministrativo, quindi con una forma stato inesistente o disorganizzata e con uno spazio molto più grande lasciato alla soggettività delle persone e delle famiglie. Si è affermata una forma burocratico amministrativa che è diventata centrale perché è la forma più deresponsabilizzante, che misura solo le procedure come obiettivi e nel frattempo l'obiettivo reale è sparito. E sono aumentati i privilegi di chi prospera su questo sistema. Questo è ciò che vediamo tutti i giorni. Il diritto al lavoro è scomparso per noi che siamo privilegiati ma ancora di più per le persone fragili: **siamo passati da 120000 persone inserite con la legge 68 e con l'art 4 della legge 381 a solo 3400 persone in tutta Italia. È un problema immenso. Bisogna quindi far aumentare i posti di lavoro e la qualità dei posti di lavoro. Creare le condizioni perché questo avvenga,**

agendo sulle leve dello sviluppo locale.

Il sistema dei budget di salute nasce come reazione alla scomposizione tra sociale e sanitario e alla mercantizzazione operata con la legge 502 del 1992 sui sistemi di welfare. Il Budget di Salute, ponendo come obiettivi il lavoro, la casa e l'affettività, misura la propria efficacia nell'aumento delle possibilità di esercitare questi diritti: è l'aggregazione sintetica di quelle che chiamiamo determinanti sociali di salute. Al centro di ogni interesse deve esserci la persona, intesa come centro di legami e relazioni, e ciò significa distogliere dal centro degli interessi l'economia. La persona non è un dato; piuttosto, si è cittadini per definizione. Il processo del "diventare persona" implica la partecipazione attiva alla vita politica della comunità e quindi è l'obiettivo del nostro sistema d'aiuto pedagogico e assistenziale: ciò implica un attivismo "sostenuto" per coloro che non hanno le possibilità, per coloro che sono impediti per una qualsivoglia causa, culturale, biologica o economica. **L'ambito socio sanitario è quello su cui dobbiamo intervenire perché è lì che manca la progettualità politica e questo ne ha fatto un settore del tutto invaso dal mercato. Il corpo del sociosanitario è un corpo senza governance e per questo viene governato dal mercato.** Noi eravamo lì mentre avveniva: lo stato è sparito ed è stata data delega in bianco al privato. Recuperare terreno oggi significa valorizzare le esperienze che possono progredire ed essere segnali di cambiamento del sistema di welfare complessivo – questo significa **affrontare direttamente il tema delle disuguaglianze.** Il rapporto tra le forme statuali e le forme di espressione soggettiva aggregata deve trovare una modalità gestionale in quanto ha diretta responsabilità sul bene comune, su quello che noi definiamo "capitale sociale" di un contesto. La sentenza 131 dice chiaramente: le organizzazioni di terzo settore, tra cui le cooperative di comunità, generano beni comuni e quindi con esse si fanno dei programmi complessivi, fuori dalla logica di mercato.

Una persona che riesce a attivarsi e a raggiungere una buona capacità di potere ed espressiva può anche effettivamente stare molto meglio. Anche su questo c'è molta letteratura scientifica. Ma questo bisogna dimostrarlo continuamente, è quello che con un modo da intellettuali avevamo chiamato "deistituzionalizzazione infinita". **Siamo noi a decidere se con le nostre pratiche costruiamo di nuovo cronificazione oppure inneschiamo processi realistici di liberazione progressiva nel territorio, dove questo può accadere perché lì c'è la voce delle famiglie e la voce delle comunità. Se anche l'obiettivo immediato che si può raggiungere non è il lavoro, bisogna almeno puntare a una forma di "ozio intelligente" e nutrito da una vita attiva, in cui si ha il reddito ma si è anche soci, partecipanti attivi alla vita della cooperativa o dell'associazione: è quello l'obiettivo, è lì un punto da tenere fermo, è qui che deve esserci gara e competizione tra soggetti gestori dei progetti, sul fatto che ci sia vera relazione tra aiuto e investimento, anche immaginando forme nuove di coinvolgimento del primo**

e del secondo settore che possano progressivamente ricostruire la dignità del lavoro nelle comunità».

Per Simmaco Perillo «il Budget di Salute è “politicamente in controtendenza” perché alla base pone un sistema di fiducia tra ente pubblico, ente privato e persone singole. In questo senso è importante perché, oltre a portare in sé un risparmio economico, funziona in modo scientificamente comprovato, riconverte la spesa e riqualifica la cooperazione sociale il mondo dell'imprenditoria sociale, permettendo di tornare al vero valore solidaristico della cooperazione. Questo valore solidaristico è possibile perché “le persone che vengono prese in cura diventano soci di quella compagine sociale, ne costruiscono il corpo. Si torna così alla mutualità prevalente, è il principio storico della cooperazione sociale rimesso in piedi”». È Fabrizio Starace a rimarcare l'importanza dell'interazione tra sanità e sociale: «oggi queste azioni hanno un rilievo centrale perché ci confrontiamo con un mondo in cui **è previsto un grande incremento delle condizioni sociali ed economiche che a lungo termine generano disabilità ed esclusione**».

3. L'impatto sull'economia locale e i determinanti sociali ed economici di salute

Angelo Righetti richiama la Costituzione per introdurre la questione: «le istituzioni per “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese” devono ricostruire il rapporto con le comunità. È questo l'unico appiglio per esercitare in termini positivi la prassi dell'inclusione. Le basi scientifiche di questo sono emerse dalla lotta contro il manicomio: sapevamo che condizioni di fragilità o malattia sono in relazione con quegli ostacoli economici e sociali e siamo intervenuti sulle determinanti sociali di salute. Fin dagli anni '70 siamo stati fra i primi a dire che quelle determinanti, come ad esempio il manicomio, erano dannose per la salute; addirittura costruivano la malattia, le dimostrazioni erano eclatanti. E abbiamo costruito una legge basata sulla prevenzione, prevenzione della reclusione, prevenzione dell'offesa alla dignità e ai diritti, **prevenzione della possibilità che quegli ostacoli diventassimo noi con i nostri sistemi di cura e di assistenza**. Il problema è stato come continuare a fare le stesse cose dal 1978 in poi per quello che riguarda tutta l'integrazione sociosanitaria.

Oggi che i servizi sono in ritirata e per ritornare a fare le cose secondo quanto diceva la legge 833 del 1978 lo strumento è la cogestione tra il sistema pubblico e il sistema privato affinché la comunità possa presidiare lo sviluppo indirizzando la spesa

pubblica in modo che essa divenga capitale di capacitazione. I servizi devono diventare capaci di incidere su questo processo».

Angelo Moretti racconta un esempio di impatto del Budget di Salute sull'economia locale: «a Benevento i pazienti erano incastrati nelle strutture abitative e noi guardavamo con grande interesse quello che accadeva a Caserta. Quando è arrivata la Legge Regionale 1 del 2012 a Benevento abbiamo attivato una vera e propria "Schlindler's list", una lista di pazienti che liberavamo uno ad uno dalle strutture psichiatriche, con grande resistenza da parte della ASL, ma in collaborazione con l'associazione di familiari. E, man mano che costruivamo i progetti individualizzati, si sono create economie sociali importanti: artigianato, alberghi diffusi, bistrot, fattorie sociali, sistemi turistici nelle aree interne, aziende tessili. L'elemento della cultura è stato prevalente su quello della tecnica. Negli anni abbiamo realizzato obiettivi più generali rispetto all'economia del territorio in quanto siamo intervenuti su un'area interna con un grande rischio di spopolamento. Infatti, mentre Caserta e Napoli hanno un rischio costante di sovrappopolazione, Avellino e Benevento hanno un problema opposto di spopolamento, sono comunità a rischio di estinzione. Nel frattempo la Regione Campania spendeva 19.000.000 di euro l'anno in rette di residenze psichiatriche solo per la Asl Benevento. Con il Budget di Salute abbiamo invertito la rotta. Il primo problema è stata l'inerzia rispetto al cambiamento: il sistema pubblico tende a perpetuarsi sempre uguale a se stesso, il terzo settore è solo un settore terziario che si limita ad offrire servizi, non rischia, sta protetto nel sistema di accreditamento. Abbiamo realizzato i Budget di Salute nelle aree interne parlando di qualità di vita come fattore attrattivo per l'economia e questo è diventato nelle nostre realtà un fattore determinante di sviluppo. I nostri piccoli comuni, tutti sotto i 5000 abitanti, governando un sistema che si sviluppava grazie agli Sprar, al reddito di inclusione prima e poi di cittadinanza, sono diventati "Comuni ad esclusione zero", Comuni in cui tutte le persone vulnerabili possono dire di essere prese in carico, in modo personalizzato, dentro reti comunitarie che fanno rinascere terre agricole, turismo e artigianato.

Questo tema va generalizzato se ci poniamo **obiettivi più sistemici sulle disuguaglianze sociali**: in Italia siamo scesi da 18.000.000 a 13.000.000 metri quadrati di superficie coltivata, abbiamo 8.000.000 di case vuote, uno spreco incredibile. Queste disuguaglianze sociali si concentrano nelle aree periferiche dove si sommano povertà e disagi di ogni tipo, si tratta di un problema generale: in Italia solo 12 città sono grandi città. Il 70 per cento dei comuni sono sotto i 5000 abitanti. L'Italia ha un problema di generatività, come ha recentemente mostrato l'Istat: si sta invecchiando e spopolando sempre di più e le giovani generazioni sono travolte da una precarietà esistenziale sempre più evidente. È una tendenza globale: nel mondo 600 città producono il 60%

del PIL mondiale; in queste città c'è un processo di gentrificazione: un accorpamento del centro ricco sempre più piccolo e un allargamento delle periferie intorno sempre più povere ed estese che raccolgono tutto il sistema patologico dell'esclusione sociale quindi non è immaginabile che il welfare della salute possa riguardare solo i sistemi sanitari, senza ripensare anche i sistemi urbanistici, i sistemi rurali, i sistemi di distribuzione della demografia, i sistemi di distribuzione delle chance educative.

In definitiva il Budget di Salute funziona se si riduce l'abbraccio mortale tra lo strapotere pubblico e un terzo settore che si limita a gestire il disagio: più funziona il Budget di Salute più le persone diventano indipendenti dal terzo settore e si emancipano in una economia reale; è un cambiamento di paradigma».

Anche Gaspare Motta racconta l'esperienza siciliana dell'**impatto sull'economia locale e determinanti sociali di salute attraverso l'attivazione di imprenditoria sociale di comunità fornendo l'esempio della chiusura dell'Opg di Barcellona: «abbiamo ottenuto dalla Cassa delle Ammende le risorse equivalenti a quelle necessarie per garantire un anno in una comunità protetta per ogni persona che usciva dall'Opg. Queste risorse sono state mutualizzate: nel momento in cui le persone sceglievano di aderire al progetto decidevano anche di mettere insieme i soldi in una cassa comune. In questo modo si è creata una massa finanziaria che ha permesso di far nascere a Messina la Fondazione di Comunità. La Fondazione ha utilizzato quelle risorse per un investimento economico sul territorio legato alle energie rinnovabili e la rendita di quell'investimento è stata utilizzata negli anni successivi per sviluppare i percorsi riabilitativi.**

Non basta replicare il meccanismo del finanziamento delle strutture dirottandolo verso il finanziamento dei progetti individualizzati, c'è un elemento in più: il pubblico, mantenendo la responsabilità e titolarità del progetto individuale, deve spingere il partner privato a promuovere un investimento affinché progressivamente l'utente si emancipi dal sistema delle borse lavoro e dall'assistenzialismo, così si capisce dove indirizzare meglio le risorse e le forme di accompagnamento».

Anche per Antonio Esposito **il tema dell'impatto sull'economia locale e i determinanti di salute è fondamentale: «la questione principale del Budget di Salute è promuovere un investimento partecipato dal pubblico e dal privato in un'ottica di sviluppo più complessivo dei territori locali.** Questo va verso un'innovazione più complessiva del welfare che diventa protagonista nella creazione di economie sociali. Non è la gestione dei beni confiscati in sé a portare risorse economiche ma la possibilità che si apre quando questi beni si mettono a disposizione come case per persone che ne hanno bisogno o come sedi dove impiantare progetti occupazionali laddove le persone che

fruiscono di un budget di salute possono diventare soci lavoratori delle cooperative. Le compagini sociali investono le loro possibilità in percorsi di autonomia delle persone di cui esse sono corresponsabili.

Per Morena Furlan **l'impatto sull'economia locale e sui determinanti sociali di salute si realizza nella misura in cui il Budget di Salute sposta la valutazione «dal PIL, che misura il prodotto interno lordo del paese, al Bes, il benessere equo e sostenibile, che prende in considerazione non soltanto la ricchezza ma le altre dimensioni di benessere: i determinanti socioeconomici e ambientali di salute, la qualità dei contesti di vita, la possibilità per tutti di avere o non avere un reddito, l'aria che respiriamo, gli ambienti in cui viviamo, la possibilità di avere relazioni sociali e familiari, un lavoro, affetti e riferimenti familiari.** Sono gli assetti di sviluppo su cui il pubblico deve produrre investimento, indirizzando le risorse che oggi usa per gestire il disagio. Ciò significa produrre investimento a sostegno di quelle autonomie che le persone possono mettere in campo, all'interno di legami interdipendenti che attendono alle comunità. Sappiamo che di disuguaglianze si muore. Il tasso di mortalità, che è uno degli indicatori più hard della sanità, ci dice che si muore di più e prima con un basso livello di istruzione, scarso accesso alla rete dei servizi, scarso reddito e in condizione di marginalità sociale. Tuttavia, pur avendo sconfinata letteratura a supporto, questo tema rimane relegato a strumenti di tipo sperimentale quando si fa programmazione sanitaria.»

Franco Rotelli riassume il tema dell'**investimento locale**: «è un obiettivo ambizioso. È su questo punto che si vanno a specificare ulteriormente le riflessioni sulle alleanze da sviluppare e i temi da approfondire. Dobbiamo immaginarci che esistano esperienze pratiche, un capitale che è in grado di smuovere ruoli, che è in grado di produrre ulteriore capitale, altrimenti non ce la faremo mai ad arrivare a questo tipo di riappropriazione di sé. Ad oggi nella legislazione manca un'indicazione chiara sulla possibilità di finanziare la costruzione di valore comunitario. Il budget di salute da solo non ce la può fare a costruire quel valore aggiunto che generi sufficienti mezzi di produzione atti a realizzare l'indipendenza vera del cittadino destinatario di misure di welfare. Questa restituzione ha bisogno di capitali, di una cooperazione sociale più imprenditiva, più in grado di produrre valore. Servono idee nuove attorno a cui pubblico e privato si mettano assieme, uno spazio creativo in cui inventino la vita»

4. Vari tentativi di sistematizzazione

L'esperienza della Campania e della Sicilia racconta di una dialettica irrisolta, di una tensione che produce risultati altalenanti a seconda dei “rapporti di forza” che si

aggregano intorno al Budget di Salute e alle sue resistenze. Fabrizio Starace parla appunto delle diversità regionali dei vari quadri normativi applicativi e porta l'esempio dell'Emilia – Romagna: «l'applicazione della metodologia del Budget di Salute sta avvenendo all'interno del quadro normativo programmatico nel Piano Sociale Sanitario Regionale al quale le aziende devono attenersi: esiste una specifica scheda di programmazione indirizzata alle aziende sanitarie e ai Dsm che, in collaborazione con gli enti locali e con il coordinamento dei distretti sanitari, sviluppano azioni di riconversione volte innanzitutto al superamento della residenzialità ma in secondo luogo all'inclusione sociale e lavorativa delle persone con problemi di salute mentale. **Importante che in Emilia – Romagna sia stata da subito affermata l'estensione del Budget di Salute a tutte le aree dell'integrazione sociosanitaria: minori, dipendenze patologiche, disabilità e anziani.**

Per Vito D'Anza il tema è centrale e richiama la questione della diversità della politica e dei servizi locali. Gaspare Motta richiamando l'Esperienza di Messina chiarisce come le sistematizzazioni normative spesso abbiano affossato la vivacità delle sperimentazioni: «L'esperienza di Messina si è persa, la forza dei gestori delle strutture protette è tornata a farsi sentire e ha portato a modificare la nostra proposta di legge che aspirava a rendere il Budget di Salute una politica sistematica. Oggi noi abbiamo una nuova occasione di tornare in vantaggio perché è stata approvata la legge regionale sul budget di salute che vincola lo 0,2 per cento del bilancio annuale per progetti terapeutici individuali di presa in carico comunitaria secondo la metodologia del budget di salute, questo è un grande risultato e una grande occasione».

Sulle differenze di applicazione regionale Angelo Moretti nota che «quando parliamo di budget di salute viene meno quella abitudine per cui noi dalla Campania guardiamo all'Emilia Romagna come a un contesto inarrivabile sul piano del welfare. È vero che noi abbiamo un welfare regionalizzato con leggi che hanno creato disuguaglianze notevoli, ma la legge campana è fatta bene e si vede la differenza. **Oltre che di una tecnica di intervento parliamo di una cultura, e quando una cultura diventa legge si fa la differenza.** Qualcosa di simile è accaduto con la legge sull'immigrazione attraverso gli Sprar e i progetti di accoglienza personalizzata dei migranti che, superando i Cas, baracconi finanziati dalle prefetture, hanno reso i migranti protagonisti dello sviluppo dei piccoli comuni. I comuni che aderivano all'accoglienza volontaria hanno creato dinamiche di accoglienza che hanno modificato in meglio il territorio e in questo modo la Calabria è stata in Italia la regione di punta nell'accoglienza ai migranti. Ma complessivamente l'accoglienza negli Sprar rappresenta il 30% del numero di persone straniere accolte in totale».

A proposito dei **vari tentativi di sistematizzazione** Antonio Esposito ha anche notato

che «in questi anni in Campania si erano anche determinate delle storture: **in Provincia di Caserta alcune strutture residenziali e Rsa partecipavano all'assegnazione di budget di salute snaturandone completamente i presupposti. Per questo abbiamo chiesto alla Regione una revisione delle linee guida in cui si affermasse che i budget di salute non possono essere realizzati nelle strutture residenziali e anzi che, siccome il Budget di Salute è uno strumento di riconversione della spesa sanitaria, esso deve impedire l'ingresso in strutture residenziali e promuovere una logica di intervento completamente nuova.** Il tema dell'accreditamento delle compagini sociali resta un problema: la logica dell'appalto è perversa, snatura i processi di investimento sulla persona ma soprattutto in alcuni territori favorisce le grandi organizzazioni che applicano all'assistenza un'economia di scala basata sul risparmio delle risorse e la standardizzazione dell'offerta. **Noi proponiamo un passo ulteriore rispetto ai criteri di accreditamento definiti di ogni singola ASL: costruire un registro regionale delle cooperative e delle associazioni che possono essere accreditate per il budget di salute e vincolare la loro adesione alla presentazione di piani di investimento, progetti di con ricadute sull'economia locale in cui possano impegnarsi le persone che usufruiscono dei Budget di Salute.** Oggi tuttavia la rivisitazione delle linee guida da parte della Regione Campania è bloccata: con l'avvicinarsi della scadenza elettorale abbiamo visto i politici più interessati a rinsaldare il loro rapporto con il sistema delle residenze sanitarie. **La sfida attuale è che i Budget di Salute trovino un inquadramento normativo all'interno dei Lea, ove si rimarchi che essi siano il principale strumento per l'assistenza domiciliare territoriale; dare al Budget di Salute una definizione più aleatoria significherebbe marginalizzarlo e far morire le nostre esperienze.**».

Morena Furlan ha descritto il sistema vigente in Friuli - Venezia Giulia, dove si è sperimentato l'utilizzo del Fondo per l'Autonomia Possibile per anziani, disabilità e salute mentale, **vincolando le risorse al fatto che il sociale e il sanitario coprogettassero il percorso terapeutico riabilitativo.** «Il vincolo rende più facile l'integrazione sociosanitaria che tuttavia risente ancora dell'irrigidimento burocratico dato dalle modalità di spesa diverse dei vari enti. La cogestione è sicuramente un momento più concreto perché affronta i problemi quotidiani delle persone; essa va nella direzione opposta a quella dei processi di delega al terzo settore o al privato. In Friuli – Venezia Giulia si è normato il Budget di Salute con una legge regionale che tematizza un riassetto complessivo dei servizi sanitari, una riforma dello scorso anno discutibile per molti aspetti ma nell'area dell'integrazione sociosanitaria si è istituito il progetto sociosanitario integrato che ha come base di finanziamento il budget di salute, finalizzato alla costruzione di progetti condivisi con il terzo settore. L'esperienza attuale parla di 31 cooperative sociali nel territorio regionale impegnate nella cogestione. A determinare la qualità del nostro lavoro è un territorio piccolo (120000 abitanti) e la storia dei percorsi di superamento dell'ospedale psichiatrico, durante i

quali i servizi hanno facilitato la nascita di altri soggetti, di forme organizzative diverse che valorizzassero competenze diversificate senza diventare uno strumento di competizione al ribasso sui prezzi delle prestazioni. Oggi ci sono circa 1.000 progetti finanziati con il Budget di Salute e circa il 25 % dei budget dei dipartimenti di salute mentale è impiegato con questo strumento»,

III. Gli elementi costitutivi imprescindibili del Budget di Salute

1. Il progetto individualizzato

Anche in vista della definizione del Budget di Salute all'interno dei Lea sociosanitari¹¹, il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è il primo punto imprescindibile per una adeguata sistematizzazione, in linea con i principi qui esposti. Ma **proprio sul progetto individualizzato si concentra il maggiore rischio di un rivestimento prettamente nominalistico dell'esistente con le sue storture**. È Vito D'Anza a spiegare: **«il progetto individuale può essere un mero strumento di “gattopardismo”**: ad esempio la ricerca Progress¹² sulle residenze mostrò che il 90% delle persone in struttura residenziale avevano un progetto terapeutico individualizzato. **Ma se definiamo il progetto individualizzato come una programmazione che debba necessariamente tener conto di interventi diversificati sugli assi “formazione e lavoro”, “casa” e “affettività” non può esserci alcun progetto individualizzato all'interno di una struttura residenziale h 24. Siamo di fronte a un'impostura**. Come nota Angelo Righetti, anche la ricerca scientifica non può mai essere presa per “neutra” e «in particolare quella ricerca risentiva degli interessi del Gruppo Caltagirone».

Per Antonio Esposito «dobbiamo stare molto attenti a definire parole e concetti per evitare situazioni come quella della struttura residenziale di Afragola della ASL Napoli 2, della quale i dirigenti hanno detto “utilizzeremo progetti individualizzati” ma che cosa vuol dire allora Progetti Terapeutici Individualizzati¹³? Non si possono declinare attraverso l'ergoterapia, dei laboratori di ceramica e di pittura che si limitano all'intrattenimento, dei processi lavorativi che non abbiano però garantiti diritti e salario. Il Pti va legato a progetti di vita delle persone, che si svolgano nella dimensione sociale, e non alla definizione di parametri clinici su persone in isolamento dalla comunità». Proprio per questo, come ribadisce Franco Rotelli, «per allargare il dibattito ad altre realtà che non sono ancora toccate da questi strumenti e da queste metodologie **bisogna mettere “paletti definitivi” per far passare correttamente la cultura che stiamo promuovendo, con la quale poi ogni territorio potrà avere sue specifiche risorse da valorizzare**».

2. Il rapporto tra pubblico e privato improntato alla cogestione

Franco Rotelli fa un primo esempio di cosa possa essere **un forte paletto definitorio rispetto al rapporto pubblico-privato: «in regione dovremo riuscire a lavorare una norma che rifiuti accreditamenti a strutture che ospitano più di poche unità»**. La coprogettazione potrà forse assumere tante forme, sfuggenti ad un'unica definizione, ma una legge regionale che imponga un numero massimo di progetti per ente gestore è un paletto non interpretabile, da cui non si scappa.

Ancora l'esempio friulano permette a Morena Furlan di approfondire cosa si intenda in generale per coprogettazione: «la sentenza 131 impone un canale di amministrazione condivisa rimarcando quello che era stato già definito dall'Articolo 55 della Riforma del Terzo Settore. Ciò significa che, vista la complessità dell'oggetto, il servizio si gestisce insieme, in un rapporto fiduciario che non può essere riconducibile alla logica di tipo "cliente-fornitore". Le organizzazioni pubbliche hanno un forte bisogno di essere richiamate e orientate alla costruzione permanente di possibilità di innovazione altrimenti il rapporto con le altre agenzie diventa semplicemente di tensione conflittuale. Il fatto è che sistemi complessi come i sistemi di welfare rischiano l'autoreferenzialità come modo per fronteggiare la complessità; per questo ci vuole uno scarto di professionalità: l'oggetto della psichiatria deve essere la relazione nell'ambito di un approccio comunitario».

Il punto del rapporto tra pubblico e privato sollecita ulteriormente la riflessione di Angelo Righetti: «la Sentenza 131 Corte Costituzionale, importante quanto è stata importante la 180, per la prima volta dice che c'è un limite alla prevaricazione del privato sul pubblico e viceversa. In passato abbiamo contrastato nel manicomio i modelli istituzionali di amministrazione del bene pubblico che tiranneggiavano sul privato cittadino. Oggi siamo davanti a un altro problema: conferire alle persone e alle organizzazioni delle persone un ruolo primario nella produzione del bene comune. Si tratta di richiamare la nostra storia comunitaria, dalle origini del movimento cooperativo alle forme di gestione collettiva della terra. Declinato in termini istituzionali significa incardinare i progetti personalizzati nei sistemi di aiuto, che sono anche sistemi di creazione di ricchezza. Combattere le condizioni di fragilità, di difficoltà e di povertà delle persone all'interno delle comunità mettendo loro a disposizione la possibilità di recuperare l'esercizio dei diritti, mettendoli in connessione stretta con responsabilità di carattere comunitario e sociale. In che modo questo avviene? Superando la centralità della variabile economica».

Sul rapporto tra pubblico e privato, in particolare in relazione al privato sociale,

Fabrizio Starace individua come centrale il punto critico del sistema di remunerazione delle prestazioni. «Se oggi il privato spadroneggia nel definire modalità e parametri della remunerazione è per una mancanza di governo da parte del pubblico.»

All'interno del quadro definitorio della già citata legge 502 del 1992 l'equiparazione tra agenzie pubbliche e private nell'erogazione di interventi in ambito sanitario non deve costituire una zavorra per gli interventi sociosanitari. Numerose e autorevoli affermazioni di diritto lo confermano: il fatto di equiparare la struttura del privato imprenditoriale, che risponda a determinati criteri di accreditamento, alla struttura pubblica nella erogazione di interventi sanitari ha un senso quando parliamo di interventi specifici, puntuali, limitati nel tempo. Una visita specialistica, un intervento chirurgico possono essere degli esempi in questo senso: la gara d'appalto è lo strumento appropriato se si vogliono acquistare unità di prodotti tutti uguali, verificando quali sono le condizioni di mercato che consentono all'amministrazione pubblica di trovare la migliore qualità al minor prezzo, ma è impropria per una progettazione individualizzata. Nel caso di interventi articolati molto personalizzati che prevedono di seguire una persona a lungo termine, come aveva dichiarato l'ANAC nel 2016 nelle linee guida per il lavoro con il terzo settore, è preferibile valorizzare le organizzazioni che possono co-progettare con il pubblico interventi innovativi e sperimentali.

Ma oggi non consideriamo più questo mondo che si è strutturato negli ultimi 15 anni come un modello sperimentale, è evidente la disparità di efficacia tra il modello dell'appalto e quello della coprogettazione degli interventi sociosanitari: il primo si declina praticamente attraverso la collocazione di persone in strutture protette, senza alcuna individualizzazione e secondo il meccanismo della retta, che tacita la coscienza ma fa spendere troppo. Si può ottenere molto di più con la stessa erogazione finanziaria se si adotta il modello della coprogettazione.

I principi di riferimento sono la sussidiarietà, la partecipazione, il sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale e sono affermati già da norme di primo rango. Non stiamo parlando qui dell'impegno privato volto al profitto ma dell'impegno privato volto al bene comune, quello che ciascuno di noi, individualmente o attraverso forme associative di vario genere, esprime quotidianamente per contribuire ai beni pubblici che costituiscono l'ambiente nel quale viviamo. L'amministrazione pubblica mantiene a sé la titolarità delle scelte di programmazione, di definizione del progetto, ed arricchisce il contesto della progettazione con il contributo di tutti quanti abbiano interesse in questa progettazione. Il percorso di coprogettazione è un percorso ben definito. **Bisogna utilizzare uno strumento in base al quale con evidenza pubblica si chiede chi è interessato a partecipare. In diverse realtà regionali abbiamo usato un avviso di manifestazione di interesse. Dal singolo cittadino alle forme associative (con**

le quali i cittadini perseguano finalità statuite che hanno rilevanza sociale), e io aggiungo anche il privato imprenditoriale che voglia impegnarsi in un ambito con finalità sociali, tutti vengono chiamati ad esprimere il proprio interesse. Nel momento in cui queste finalità vengono espresse devono confrontarsi con ciò che le amministrazioni pubbliche e le articolazioni tecniche delle amministrazioni pubbliche definiscono come obiettivi da perseguire nel singolo caso da gestire e cogestire. È quindi all'amministrazione pubblica, alle articolazioni tecniche dell'amministrazione pubblica, che oggi purtroppo sono ancora separate tra sanitario e sociale, che rimane la titolarità della definizione degli obiettivi del singolo caso, insieme alla famiglia, ai portatori di interesse. All'amministrazione pubblica rimane la titolarità della definizione dei bisogni e degli obiettivi insieme alla persona, alla famiglia e al contesto di riferimento. La coprogettazione si realizza nell'articolare, definire ulteriormente e arricchire la proposta progettuale da parte di coloro che hanno manifestato questa disponibilità, consentendo alla amministrazione pubblica quella concorrenza per la qualità che produce l'individuazione della proposta più vantaggiosa per la persona o i gruppi di persone coinvolte, a giudizio non solo del tecnico che ha formulato il progetto, ma a giudizio insindacabile della persona o delle persone che ne fruiscono o di chi ne detiene l'amministrazione tutoria».

Angelo Moretti chiarisce una regola imprescindibile del rapporto tra pubblico e privato nel budget di salute: «c'è un limite. Nell'economia civile si chiama economia dell'abbastanza. Un budget di salute privo di limiti, per esempio una coop di tipo a o b che di fronte a sé non ha un tetto nell'accoglienza, può aggirare il sistema culturale del budget di salute. Si tratta di una regola che disinnesci i sistemi corruttivi e speculativi in netta controtendenza con quanto oggi avviene in Campania dove il tetto di spesa delle strutture accreditate è determinato dalla capacità di spesa della Regione e non dal fabbisogno. Con questi accorgimenti si cambia paradigma rispetto a quanto è successo negli ultimi quarant'anni: nella sanità noi abbiamo un privato forte, che può essere anche efficiente, ma che di fatto ha ricevuto in delega la gestione del disagio in territori desertificati che non fanno prevenzione e medicina sociale. Il terzo settore ha gestito per tanto tempo il disagio per conto dello Stato. Questa dinamica va superata facendo riferimento all'articolo 42 della Costituzione sulla funzione sociale dell'iniziativa privata. L'investimento sulla salute non ha a che vedere con un rapporto di concessione, non è un affidamento a terzi come per le autostrade ma riguarda un rapporto di coprogettazione e gestione».

3. Il ruolo dell'utente

Il vincolo che bisogna difendere ad ogni costo è la partecipazione dell'utente e della

famiglia nelle decisioni che riguardano il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato. Per Angelo Righetti **«nel budget di salute c'è un vincolo dirimente: che il paziente o la famiglia di cui ci dobbiamo occupare diventano associati dell'organizzazione che si collabora per il loro benessere individuale.** Solo così si supera l'assistenza e le persone partecipano davvero alla cogestione del bene comune». Il tema non trova però la stessa declinazione in tutte le esperienze nazionali: Morena Furlan parla di difficoltà nella partecipazione: «nell'esperienza friulana, anche laddove il socio fruitore delle cooperative, la persona di cui ci occupiamo, viene incorporata nell'organizzazione e partecipa effettivamente alla vita associativa non si è ritenuto possibile inserire nella legge regionale il vincolo che l'utente diventi socio della cooperativa che gestisce il progetto individualizzato. Resta il fatto che il tema della partecipazione dell'utente è approfondire: essa deve essere effettiva, non solo “coinvolgimento quando serve”, quando è comodo o quando bisogna costruire consenso su scelte difficili, è veramente la scommessa sulla quale investire fortemente affinché lo strumento non diventi solamente un cambio di nome ma sia davvero un cambio di paradigma».

4. Modalità di finanziamento e investimento locale

Morena Furlan **ha legato il tema delle modalità di finanziamento ai vincoli imposti dalla legge regionale:** «l'ipotesi friulana è stata quella di vincolare l'erogazione di risorse economiche al fatto che ci sia un progetto realmente condiviso tra sociale e sanitario». Gaspare Motta ha legato il tema delle **modalità di finanziamento dei Budget di Salute alle ricadute in termini di investimento locale parlando della “Fondazione di comunità”:** «mutualizzando le risorse assistenziali nella Fondazione di Comunità abbiamo creato un capitale di 4.000.000 di euro, a cui ha partecipato anche la ASL con un cofinanziamento ridotto ma con il mantenimento della responsabilità pubblica di governo. In questo modo si sono potute indirizzare queste ingenti risorse per l'emancipazione delle persone coinvolte. **Si è sviluppato un vero meccanismo di impresa sociale: il fondo ha usato quelle risorse per fare un investimento e con la rendita di quell'investimento ha costruito un sostegno duraturo. Non è stato un finanziamento continuo, ci sono stati i soldi pubblici ma una volta sola, così abbiamo superato il rischio di delega e il risparmio per la sanità è stato del 40%».**

IV. Rischi e ostacoli

1. Il rischio che il Budget di Salute diventi uno strumento per mantenere inalterato il sistema attuale

Franco Rotelli parla apertamente del rischio più grave: **che il budget di salute riproponga e sostenga il sistema della delega.** «È facile immaginare, lo vediamo già in certi servizi: di fronte a casi complessi si dice “vi diamo il budget di cura” e buona notte, come ieri davano una retta, con un meccanismo di delega della gestione a cooperative e associazioni, invece che di coprogettazione e cogestione. Il problema è che il welfare è già di per sé un sistema di delega: quando il cittadino non riesce a sostenersi si delega allo stato la sua tutela. Il principio però è che quella tutela arrivi davvero al cittadino e lo rimetta in condizione di emanciparsi. Questo è l'obiettivo più alto del budget di salute e, per quanto difficile, è una utopia che va conservata». Per Angelo Righetti questo principio può assumere perfino una configurazione più esplicita: la “negotiorum gestio” per cui è l'utente il titolare del budget di salute e lo dà in gestione al terzo settore che cogestisce i suoi sostegni.

Anche Angelo Moretti vede il rischio del budget di salute come mero strumento vicario al sistema dominante: «il rischio è che cambia lo schema tecnico e la cultura resta la stessa per cui il Budget di Salute diventa una forma di para assistenza domiciliare, impiegata per sopperire a carenze strutturali dei servizi dentro le strutture residenziali e all'assenza di assistenza domiciliare nei servizi».

Per Morena Furlan è evidente in questa fase il **rischio di “gattopardismo” del sistema** «se non parliamo di rette ma riproduciamo le stesse modalità e le stesse attività anche parlando di budget di salute. Per evitare questo rischio dobbiamo lavorare sulla formazione, sulla competenza nell'aspetto gestionale e di orientamento che il pubblico deve mantenere».

Come riporta Vito D'Anza: «**dopo il crollo del paradigma della psichiatria tradizionale incentrato tutto sulla malattia e non sul malato, il paradigma sociosanitario è stato sempre affermato ma non è stato realizzato.** Sono necessarie indicazioni ineludibili del governo per rinnovare la formazione in salute mentale, la quale non può essere delegata solo all'università ma deve coinvolgere i servizi». Antonio Esposito rimarca il rischio che permangano le stesse pratiche anche se chiamate con parole diverse: «in particolare bisogna rompere il sistema di cattura delle persone nelle strutture residenziali, fondate sul binomio tecnico amministrativo dell'accreditamento e dell'appalto: l'accreditamento è sostanzialmente stupido, si basa sui metri quadri, la presenza di finestre, balconi e posti letto; il meccanismo dell'appalto è di tipo

capitalistico, un processo basato sulla accumulazione dell'utile». Secondo Antonio Esposito questo si collega a un vero e proprio **problema epistemologico**: «**serve un cambio di paradigma, l'intervento attraverso il budget di salute deve essere indirizzato sul nodo del rapporto tra povertà e malattia, provando a sovvertire le cause scatenanti di una sofferenza, o altrimenti si riproduce un processo di clinicizzazione.** Per esempio in Campania le ASL ci ripropongono il classico linguaggio nosografico della psichiatria quando ci dicono: "i cronici degenerativi dove li metti se non c'è la residenzialità?". **È necessario contrastare culturalmente questo tipo di dizione che non ha alcun presupposto scientifico e far capire che l'intervento del Budget di Salute potenzia le capacitazioni delle persone lungo tutto l'arco della vita e in tutte le condizioni, senza pensare che ad un certo stadio della vita corrisponda necessariamente il deposito per sempre in una strutture residenziale, anzi, presupponendo che il Budget di Salute possa essere anche una nuova possibilità per le persone anziane. Il problema è che questi temi non arrivano nei luoghi che sono deputati alla formazione sia dei tecnici e dei professionisti della salute mentale sia in generale nell'università e nei luoghi deputati alla formazione complessiva.** E questo in salute mentale si sostanzia in una totale assenza di trasmissione del processo che si è avviato nel 1978: nelle università mediche e in quelle di scienze umane c'è un processo di clinicizzazione della sofferenza a cui corrisponde nella società il processo di internamento complessivo. Oggi 30.000 persone sono all'interno delle residenze e questo processo di internamento, di compressione dei diritti e delle libertà delle persone, è anche in contraddizione con le indicazioni delle organizzazioni internazionali».

Per **Angelo Moretti c'è un problema culturale dato dalla permanenza del sistema diagnostico, che informa la cultura delle persone utenti dei servizi.** «Il sistema diagnostico diventa un apparato confortevole perché l'utente richiede una diagnosi al servizio e in base ad essa ottiene prestazioni. È difficile l'idea che le famiglie chiedano le prognosi, progetti che incidano su cosa può succedere della mia vita e come su questo futuro si può intervenire. È importante intervenire sulla richiesta da parte del cittadino in senso trasformativo. Altrimenti il Budget di Salute va a sostegno della cultura della delega. **Il Budget di Salute infatti è una tecnica che non aggiunge nulla di innovativo ai servizi se dietro non c'è una cultura del cambiamento. Ma il Budget di Salute senza una legge ha vita breve e respiro corto. E una legge consente alle famiglie di poter sviluppare una advocacy differente. In modo che possano pretendere non prestazioni assistenziali ma progetti di vita**».

Anche **secondo Fabrizio Starace esiste un problema epistemologico e di formazione**: «il personale formato nei servizi pubblici, medici, psicologi e infermieri, non viene addestrato in maniera funzionale ai principi del Sistema Sanitario Nazionale. La

formazione è rimasta pre 833 e pre 328: produce sistemi cognitivi e sistemi di competenze inadeguati. Nel corso degli ultimi 40 il movimento per i diritti delle persone con problemi di salute mentale non è riuscito a radicarsi nella formazione per creare un universo culturale di riferimento. Noi oggi infatti chiediamo a gran voce che siano assunti più professionisti ma sappiamo che essi non avranno la formazione adeguata. L'assenza di un sistema culturale di riferimento emerge anche dalle definizioni che usiamo: dobbiamo per esempio evitare il concetto di condizione "cronica" o "degenerativa" come se descrivessero caratteristiche oggettive delle persone di cui ci occupiamo perché in qualunque momento un intervento si applichi a queste condizioni può modificarne l'andamento. Quello che noi oggi definiamo cronico è il frutto dell'interazione tra una condizione soggettiva e il modo in cui quella condizione è stata gestita - è quindi la sintesi delle criticità istituzionali che dobbiamo risolvere l'evidenza dalla quale partiamo. Io preferisco parlare di condizioni che necessitano di un intervento a lungo termine che non può essere solo sanitario o solo sociale.

La sanità non può dare risposte efficaci ed efficienti alla larga parte delle condizioni che oggi costituiscono il vero impegno del welfare sociosanitario, l'interazione con l'intervento sociale può invece avere un ruolo decisivo nel modificare gli esiti, gli andamenti, le prognosi. Come può farlo? Innanzitutto **prendendo atto di questo limite epistemologico. Il medico psichiatra deve innanzitutto elaborare questa ferita narcisistica che deriva dal considerare che le competenze che ha sviluppato nel suo percorso formativo sono condizione necessaria ma niente affatto sufficiente per affrontare il nodo dell'assistenza a lungo termine necessaria in una quota sempre più rilevante delle persone che si presentano ai servizi di salute mentale, infantili, per le dipendenze, la disabilità fisica e le condizioni di pluricomorbidità che esistono nell'anziano. In tutte queste aree le competenze mediche e tecniche si arrestano di fronte a un invalicabile muro determinato dalla separazione tra approccio sanitario e sociale. Il ricongiungimento tra sanitario e sociale è difficile per una mancanza di conoscenza e di competenza legata al fatto che il mondo sanitario proviene da una formazione biomedica, che non è sufficiente».**

2. Le resistenze istituzionali

Franco Rotelli prende dall'attualità un esempio di come le istituzioni vadano in una direzione opposta a quella che sarebbe auspicabile quando tendono a **favorire le grandi organizzazioni verticistiche**: «è appena uscito un bando contro le disuguaglianze e contro la povertà educativa, per i minori, le periferie e le disabilità. Sono gli obiettivi di una buona politica sociale. Ma il finanziamento viene dato a

strutture ed enti del terzo settore, in particolare Aps, che devono agire contemporaneamente in tutte le regioni, sono finanziamenti da 250.000 euro e prevedono una quota di 50 mila euro di compartecipazione del soggetto proponente. Non è questo il modo di favorire processi che sviluppino capitale sociale locale, in questo modo si favoriscono grandi organizzazioni lontane dai territori. Un elemento positivo di segno contrario io spero che ci sia invece nel decreto semplificazioni: viene sanzionato il funzionario pubblico che rinnova un atto che procura un danno erariale, non chi lo compie. Viene cioè sanzionata l'inerzia e tutelata l'innovazione, è un modo di restituire la responsabilità al sistema pubblico.

Per Fabrizio Starace **la radice delle resistenze istituzionali «sta nella inadeguatezza attuale dei meccanismi di governance complessiva dell'ambito sociosanitario, più che nelle sue declinazioni a livello locale. È una materia che deve essere oggetto di una ridefinizione istituzionale.** Come abbiamo già visto, non è il “privato rapace” il problema ma la mancanza di governo e di responsabilità da parte del pubblico: se la sanità privata è remunerata solo per l'intervento medico riparativo caratterizzato da grande investimento tecnologico ed è completamente tralasciata la medicina sociale e preventiva è naturale che si producano queste sacche di utilitarismo sulle prestazioni.

Il quadro normativo attuale dei livelli essenziali di assistenza, nel prevedere gli interventi a favore di persone con problemi di salute mentale, tossicodipendenza, disabilità, condizioni problematiche relative all'infanzia e all'adolescenza, non parla di prestazioni mediche ma di “interventi sociosanitari integrati”. Si tratta già oggi di una legge dello stato che istituisce un diritto esigibile, da garantire. Anche quando si citano i vincoli di bilancio come ostativi si fa un errore: c'è una pronuncia della Corte Costituzionale secondo cui il vincolo di bilancio non deve avere una funzione tirannica e non deve essere sovraordinato rispetto al diritto alla salute¹⁴. **Il problema sta oggi nelle infrastrutture dell'amministrazione pubblica che si pongono su posizioni conservative e sono inadeguate a livello sistemico.** Per esempio nel Regno Unito c'è il Department of health and social care: un ministero della salute e dei servizi sociali. Evidentemente si assume a livello istituzionale l'inscindibilità della lettura del bisogno sociosanitario e del relativo intervento. E in molti casi di cui ci occupiamo gli elementi sociali sono inestricabilmente legati a quelli sanitari e sono fondamentali nel determinare le prognosi. Andare verso i Dipartimenti unificati sociosanitari eviterebbe che dal livello centrale a quelli territoriali si moltiplichino le interlocuzioni in ambiti in cui differenti poteri contrattuali, logiche competitive e visioni settoriali finiscono per rafforzare il sistema della delega passiva e dello “scaricabarile” rispetto alle competenze e alle responsabilità pubbliche».

3. Il ruolo di volontariato e movimenti

La situazione attuale impone una trasformazione del ruolo del volontariato, affinché si collochi in una dimensione di advocacy per l'innovazione delle politiche pubbliche¹⁵. Come dice Angelo Righetti le associazioni di volontariato non possono più accontentarsi della retorica dell'autoaiuto, perché sembra ormai una deresponsabilizzazione da parte del Pubblico che non mette realmente a disposizione risorse da cogestire. Sulla stessa linea Angelo Moretti che cita Luciano Tavazza secondo cui “la vittoria del volontariato è la sua morte¹⁶”, vale a dire la sua capacità di proporre e ottenere cambiamenti nelle politiche pubbliche. Per questo è importante il ruolo attuale delle reti e dei movimenti: «in questo momento lo Stato ha una leva in più per investire con la governance sulla società civile e il terzo settore, la società civile che produce beni comuni deve diventare l'asse portante del welfare state italiano. In questo la spinta che può arrivare dal mondo della salute mentale è decisiva perché esso ha storicamente costruito percorsi di liberazione e ora può contaminare altri mondi oltre la sanità per poi tornare sulla salute come interazione dei diversi fattori legati agli altri sistemi del welfare. L'innovazione può esserci se ci sono contemporaneamente dei movimenti dal basso e dall'alto, se all'impianto normativo si affianca una mobilitazione».

In questo senso è anche importante un cambiamento culturale, come sottolinea Antonio Esposito: «è necessario un processo di formazione che coinvolga il terzo settore, le reti di associazioni di familiari e tutte quelle organizzazioni che si riconoscono in una possibilità di intervento terapeutico che risponda alle necessità e ai bisogni degli utenti e non alle necessità e ai bisogni del mercato o dei tecnici degli istituti pubblici che vogliono semplicemente sentirsi protetti e non partecipare a un processo di liberazione. Per questo è importante la voce delle comunità, degli utenti e delle famiglie. Oggi non solo all'interno del mondo delle residenze ma anche all'interno dei dipartimenti di salute mentale, fatta eccezione per alcuni, le voci dei familiari e le voci delle persone con sofferenza sono assolutamente silenziate. Il processo di intervento psichiatrico è sostanziato attraverso un semplice controllo farmaceutico del sintomo. Tutto quello che sarebbe accoglimento delle istanze delle persone e delle istanze dei familiari è silenziato. D'altra parte le istanze dei familiari spesso non sono quelle più progressiste: essi spesso pongono resistenze molto forti ai processi di autonomia perché nei territori domina l'abbandono e si sviluppa quindi una reazione molto difensiva».

Franco Rotelli conclude inquadrando la questione delle alleanze da sviluppare: «se vogliamo immaginarci davvero la città che cura dobbiamo immaginarci questa grande alleanza tra sistema pubblico e terzo settore perché solo questo permette davvero una

risposta ai bisogni della gente. **Si tratta di una alleanza per la ricostruzione del capitale sociale, per stimolare il territorio a creare opportunità produttive inclusive. Senza questi rapporti con il terzo settore e il privato profit, in un'ottica complessiva, i servizi da soli non ce la potranno fare di fronte ai nuovi disagi. E oggi queste possibilità per incidere sulla comunità in generale esistono, e vengono citate anche nel Progetto di legge sul budget di salute. Bisogna andare verso la finanza di impatto e l'economia circolare per generare ulteriori possibilità di investimento».**

A cura di Luca Negrognolo
per l'Istituzione Gian Franco Minguzzi

¹Le registrazioni dei due seminari sono disponibili al link <https://www.facebook.com/Forum-Salute-Mentale-103655473000760/>

²Il Decreto Rilancio è disponibile qui <https://www.ticonsiglio.com/wp-content/uploads/2020/05/decreto-legge-19-maggio-2020-n-34-dl-rilancio.pdf>

³La Sentenza della Corte Costituzionale è disponibile qui <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2020&numero=131>

Per un'analisi del testo si veda <https://www.aiccon.it/pubblicazione/cooperative-di-comunita-imprese-sociali-e-ets-breve-commento-alla-sentenza-della-corte-costituzionale-n-131-del-2020/>

⁴Il testo della proposta di legge è disponibile qui <https://documenti.camera.it/Leg18/Dossier/Pdf/AS0166.Pdf>

⁵L'appello è disponibile qui <https://consorziosaledellaterra.it/appello-della-societa-civile-per-la-ricostruzione-di-un-welfare-a-misura-di-tutte-le-persone-e-dei-territori/>

⁶L'articolo di Silvia Jop è disponibile qui <https://www.che-fare.com/jop-covid-19-fase2-buget-salute/>

⁷Per un'ampia bibliografia si veda la sezione elaborata dall'Istituzione Minguzzi https://minguzzi.cittametropolitana.bo.it/Segnali_n_14_-_Budget_di_salute

⁸ Sul tema dei rapporti di collaborazione tra P.A. ed enti del terzo settore si vedano la cassetta degli attrezzi elaborata dalla Regione Emilia-Romagna. <http://www.anci.emilia-romagna.it/Novita/Codice-del-Terzo-Settore-il-rapporto-tra-Enti-pubblici-e-Terzo-Settore-la-cassetta-degli-attrezzi-del-percorso-regionale-e-il-Regolamento-promosso-da-ANCI> e i lavori di Alceste Santuari (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia – UniBo): Le convenzioni tra P.A. e associazioni sono equiparabili ad un corrispettivo (e come tale assoggettabile ad IVA) <https://www.aiccon.it/pubblicazione/convenzioni-tra-pa-e-associazioni-iva/> C'era una volta....Le linee guida ANAC sugli affidamenti dei servizi sociali <https://www.aiccon.it/pubblicazione/le-linee-guida-anac-sugli-affidamenti-dei-servizi-sociali/> Comuni e co-progettazione: oltre il nomen iuris – Tar Lombardia 593/20 <https://www.personaedanno.it/articolo/comuni-e-co-progettazione-oltre-il-nomen-iuris-tar-lombardia-593-20>

⁹Un esempio dell'applicazione della logica del Budget di Salute ai sistemi educativi si può leggere qui: <http://budgeteducativi.it/budget/>

¹⁰<http://www.vita.it/it/article/2020/07/15/becchetti-autostrade-la-nazionalizzazione-e-un-segnale-forte-e-doveros/156222/>

11La discussione sui Livelli Essenziali di Assistenza si sta svolgendo proprio in questi giorni. Si veda: <https://www.facebook.com/ncocooperazione/videos/285790282747386/> e anche http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_7_0_1.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=foto&id=2211&idFoto=-1&fbclid=IwAR1vbFI5f7i9H3MA3CDvOpySGAzEYy_EfY1QtUBcF-5Cbt0GQ9RZWrATD94

Per quanto riguarda i riferimenti normativi sui Livelli Essenziali di Assistenza Sociosanitaria si veda qui <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4704&area=Lea&menu=socioSanitaria>

12Lo studio è disponibile qui http://www.medicinademocratica.org/IMG/pdf/progetto_progress.pdf

13 Nella Asl Napoli 2 Nord è stata appena inaugurata una residenza psichiatrica con 40 posti con l'intento dichiarato dagli amministratori di "isolare le persone dal loro contesto di vita". La Residenza di Arzano risulta essere la prima di tre residenze che il governatore della Campania ha dichiarato di voler aprire. L'avvenimento ha suscitato forti polemiche come si può vedere qui: <https://napolimonitor.it/de-luca-e-la-residenza-psichiatrica-in-campagna-elettorale-la-salute-mentale-torna-in-manicomio/>

14Sul tema si veda l'ampio studio https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/STU_272.pdf
In particolare Fabrizio Starace fa riferimento alla sentenza n.275/2016 della Corte Costituzionale che recita: "È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione".

15A questo proposito sono molto utili le recenti sentenze del Tar Sicilia n. 2782 e n. 2783 del 2019. Per un'analisi si veda questo articolo, secondo cui le sentenze chiariscono in modo esauriente quali debbano essere i contenuti del progetto di vita. <http://www.superando.it/2019/12/16/non-basta-proprio-un-progetto-di-vita-con-generiche-indicazioni/>

16<https://www.difesapopolo.it/Archivio/Sociale/A-scuola-di-volontariato-nel-nome-di-Luciano-Tavazza>
