

**#sociologie**  
Collana diretta da Cleto Corbosanto

**24**

La collana nasce dalla constatazione che il respiro scientifico della disciplina negli ultimi tempi ha subito qualche contraccolpo anche in virtù di un mai sospito tentativo di confinare una parte della grande ricchezza metodologica storicamente connessa alla sociologia. Lungi dal valorizzare la multiparadigmicità, preziosa risorsa per costruire teoria sociale, spesso si è pensato che un approccio scientifico avrebbe elevato il rango della disciplina.

#sociologie nasce in questo momento particolare, di grande difficoltà, e nasce a Sud. Non è un caso. Perché da qui è partita, tempo fa, la storia della disciplina. #sociologie perché vogliamo essere plurali, attenti, tolleranti, aperti, contaminati, interdisciplinari.

#### *Comitato Scientifico*

Maria Carmela Agodi, Giovanni Boccia Artieri, Rita Bichi, Carmine Clemente, Paola Di Nicola, Luca Fazzi, Giovanni Di Franco, Fabrizio Fornari, Guido Giarelli, Giampietro Gobo, Giovanna Greco, Antonio La Spina, Fabio Massimo Lo Verde, Antonio Maturo, Beba Molinari, Giuseppe Moro, Umberto Pagano, Massimiliano Panarari, Carlo Pennisi, Rocco Reina, Stefano Tomelleri, Anna Lisa Tota, Eleonora Venneri

*Ogni volume è sottoposto a un processo di referaggio “double blind”.*

*Le proposte di pubblicazione vanno inviate al Direttore scientifico della collana all'indirizzo [cletocorposanto@unicz.it](mailto:cletocorposanto@unicz.it)*

**GIORGIO MARCELLO - GIOVANNA PROCOPIO**

# **L'innovazione possibile**

**La sperimentazione del budget  
di salute e la sua applicabilità  
in un contesto di welfare debole**

**Prefazione di Vincenzo Carrieri  
Postfazione di Massimo Campedelli**

**RUBBETTINO**

Pubblicato con il contributo del  
Dipartimento di Scienze politiche e sociali Università della Calabria

# Prefazione

Il volume che qui si presenta offre un contributo rilevante al dibattito sull’evoluzione del sistema di welfare in Italia, con uno sguardo attento ai territori in cui le disuguaglianze sociali e istituzionali rendono più urgente la ricerca di soluzioni innovative. La ricerca sul Budget di Salute (BdS), al centro di questo lavoro, affronta con solidità metodologica e sensibilità territoriale il tema dell’integrazione sociosanitaria, ponendo una domanda cruciale: in che misura è possibile, anche in un contesto complesso come quello calabrese, attivare strumenti che promuovano percorsi personalizzati, inclusivi e capaci di restituire centralità alla persona?

Sono particolarmente lieto di introdurre questo studio, che sento vicino non solo per l’importanza del tema trattato, ma anche per la sua coerenza con il mio ruolo di direttore del Centro Studi su Società, Salute e Territorio dell’Università della Calabria. Il Centro nasce esattamente con l’obiettivo di promuovere attività di ricerca interdisciplinare che connettano le dinamiche sociali, le condizioni di salute e le configurazioni territoriali, con l’intento di contribuire alla costruzione di politiche pubbliche più efficienti, più giuste e integrate e radicate nei bisogni reali delle persone.

In questa direzione si muove anche il lavoro che il volume documenta: un’indagine sul campo che ha esplorato lo stato dei servizi per la salute mentale in Calabria, raccogliendo dati, voci, esperienze e interrogativi. Ne emerge un quadro articolato, in cui le difficoltà strutturali – carenza di risorse, frammentazione istituzionale, discontinuità nella presa in carico – convivono con tentativi locali di risposta, esperienze significative, aperture verso modelli di intervento più partecipati e inclusivi.

Il Budget di Salute, nella sua concezione più avanzata, rappresenta una di queste aperture: un dispositivo che supera la logica dell'assistenza standardizzata per favorire un welfare orientato alla valorizzazione delle capacità individuali, alla costruzione di reti territoriali, al coinvolgimento attivo dei soggetti nella definizione dei propri percorsi di cura e inclusione.

Il valore di questo studio sta proprio nella capacità di tenere insieme analisi rigorosa e attenzione concreta al contesto. Non si limita a descrivere ciò che manca, ma prova a individuare ciò che può essere possibile. Ed è proprio questa tensione tra realismo e visione che rende la ricerca sociale uno strumento essenziale per comprendere e guidare il cambiamento.

Mi auguro che le riflessioni proposte possano offrire spunti utili a chi opera nei servizi, nella programmazione, nella società civile, e che possano contribuire ad alimentare un confronto serio e costruttivo attorno a un welfare più giusto, più vicino, più umano.

Vincenzo Carrieri  
*Direttore del Centro Studi su Società,  
Salute e Territorio Università della Calabria*

# Introduzione

Nei sistemi di protezione sociale europei, già da tempo si sperimentano e studiano gli effetti dell'integrazione tra la dimensione sanitaria e quella sociale nell'ambito dei servizi relativi alle persone vulnerabili (Gröne, Garcia-Barbero, 2001; Ranci, Pavolini, 2014). Nei contesti in cui l'integrazione è realizzata, si aprono spazi importanti per la realizzazione di nuove pratiche di welfare, centrate sulle persone prese in carico e, quando è possibile, localizzate presso il loro domicilio, in modo da prevenirne lo sradicamento forzato.

In Italia, il processo di integrazione sociosanitaria – anticipato da alcune iniziative di policy<sup>1</sup> – è stato formalmente avviato con la legge di riforma che ha introdotto il Servizio sanitario nazionale, la n. 833 del 1978, ed è proseguito con una serie di ulteriori interventi riformatori sia in ambito sanitario che in quello socio-assistenziale, come la legge-quadro n. 328 del 2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, fino al DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli essenziali di

<sup>1</sup> Un esempio è rappresentato dalla legge n. 382 del 1975 che aveva demandato al governo il compito di emanare decreti aventi come finalità il trasferimento agli enti locali delle funzioni amministrative indicate nell'art. 117 della Costituzione. La legge citata e il successivo DPR n. 616 del 1977 avevano disegnato i caratteri fondamentali della successiva riforma sanitaria del 1978: «la tendenza a riconoscere la funzione di programmazione e legislazione alle regioni, mentre ai comuni viene affidato un ruolo amministrativo coerentemente con la loro definizione di enti a fini generali; l'idea di realizzare, su base territoriale, una struttura operativa e gestionale unificata di tutti i presidi sanitari, aperta in prospettiva anche all'integrazione dei servizi socio-assistenziali [...]» (Agnoletto, 2005, p. 25).

assistenza in ambito sanitario (LEA). La mancata definizione dei Livelli essenziali di prestazione sociale (LEPS), gli effetti della riforma del titolo V della Costituzione, le diverse modalità di applicazione della legge 328 nelle diverse regioni hanno condizionato non poco la traduzione operativa della normativa citata (Ferrera, Jessoula, 2025). Tutto ciò ha alimentato le disuguaglianze su base territoriale che da sempre connotano il welfare che è in Italia (Ascoli, 2011).

Nel campo della salute mentale, da più di venti anni in diverse regioni italiane si applica un dispositivo di intervento che può contribuire in modo determinante a migliorare la qualità della vita delle persone coinvolte, quello del Budget di Salute (BdS) (Righetti, 2013). Quest'ultimo viene definito come «l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a ridare a una persona con disabilità un funzionamento sociale accettabile, attraverso un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità» (Starace, 2011, p. 47). Nei territori in cui è stato introdotto, il BdS ha permesso di avviare percorsi di reale deistituzionalizzazione dell'accoglienza – o di prevenire l'istituzionalizzazione – di persone con problemi di salute mentale, promuovendone l'autonomia e l'inclusione sociale e lavorativa, senza gravare sul bilancio pubblico, ma addirittura producendo un risparmio rispetto al costo degli interventi istituzionalizzanti. In Calabria, il grave ritardo con cui si è realizzata la riforma del welfare regionale e la mancata realizzazione dell'integrazione sociosanitaria (Pascuzzi, Marcello, 2020) hanno impedito finora che tale dispositivo potesse essere concretamente applicato. Eppure ce ne sarebbe un gran bisogno. Il sistema di protezione sociale della regione considerata tende a essere legato alle vecchie forme della sussidiazione e dell'istituzionalizzazione delle persone con ridotti livelli di autonomia (Fantozzi, 2011). La scarsa infrastrutturazione sociale del territorio penalizza perciò quanti avrebbero il diritto di accedere a prestazioni personalizzate e, invece, continuano a essere assistiti con interventi standardizzati o, nel peggio dei casi, segreganti (Tarantino, 2023; Starace, 2024a).

Per questa serie di ragioni, il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università della Calabria (Dispè), in collaborazione con il Coordinamento nazionale comunità accoglienti (CNCA)<sup>2</sup> della stessa regione, già da alcuni anni a questa parte ha avviato un lavoro di studio e di ricerca, per verificare la sussistenza delle condizioni di applicabilità sul territorio regionale del BdS, con particolare riferimento all'ambito della salute mentale. Nella prima fase di questo percorso, prima della pandemia, sono stati organizzati convegni e seminari sul tema, con l'aiuto di studiosi ed esperti. Nel corso del 2022, gli operatori locali di alcune organizzazioni del CNCA si sono impegnati nei rispettivi territori a realizzare una prima mappatura ragionata dei servizi pubblici e del privato sociale che si occupano di salute mentale; la necessità di un lavoro del genere si è imposta perché le informazioni relative ai servizi operanti sul territorio, alle persone prese in carico, agli interventi effettuati non sono immediatamente disponibili, e tutto ciò pregiudica gravemente la possibilità di oggettivare i bisogni di salute mentale, di programmare le risposte più adatte a incrociarli, di monitorare e valutare le prestazioni effettuate, in vista delle necessarie operazioni di continua ricalibratura e riprogrammazione dei servizi stessi. Il carotaggio ha prodotto però risultati solo parziali. Per questa ragione, successivamente, è stata realizzata una ricerca sul campo, finanziata dal Dispè, da maggio ad agosto 2023, che ha consentito di censire tutti i Centri di salute mentale (CSM) presenti in Calabria e di contattare alcuni dei loro responsabili. Le interviste ai testimoni privilegiati selezionati hanno offerto elementi importanti per comprendere lo stato dei servizi per la salute mentale nel territorio considerato.

<sup>2</sup> Il CNCA è una rete associativa di enti del terzo settore organizzata in 14 Federazioni regionali e 1 Coordinamento locale, a cui aderiscono circa 240 organizzazioni presenti in quasi tutte le regioni d'Italia, fra cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, enti religiosi. È presente in tutti i settori del disagio e dell'emarginazione, con l'intento di promuovere diritti di cittadinanza e benessere sociale (vedi <https://www.cnca.it/il-cnca/>).

La riflessione proposta nel testo prende le mosse proprio da questa ricerca. Il lavoro si divide in due parti. Nella prima, si mostra la continuità tra il processo di deistituzionalizzazione dell'accoglienza e il modello del BdS, per poi ricostruire le tappe che hanno scandito il processo di integrazione sociosanitaria in Italia, che è ancora in divenire, date le difficoltà di tradurre dappertutto in prassi i principi codificati dalle norme sul tema. Nei contesti regionali che prima di altri ne hanno colto le potenzialità innovative, queste stesse norme hanno consentito tuttavia di concepire e realizzare le prime sperimentazioni del BdS; successivamente, si è avvertita l'esigenza di dare una forma più precisa alle pratiche sociali che si andavano sedimentando in questo ambito, mediante la produzione di norme finalizzate a disciplinare il BdS, prima a livello di singole regioni interessate, ultimamente a livello nazionale, attraverso l'adozione di Linee programmatiche che dovrebbero favorirne la recezione in tutto il Paese.

La seconda parte è invece dedicata alla presentazione dei risultati più significativi dell'indagine svolta nell'ambito dei servizi per la salute mentale in Calabria.

Tra la prima e la seconda parte c'è un *Intermezzo*, inserito allo scopo di offrire alcuni elementi di analisi finalizzati a problematizzare la riflessione sul BdS, in considerazione della presenza di alcuni vincoli – istituzionali, culturali – di contesto che rendono complicata la realizzazione delle prospettive di innovazione espresse dai principi in materia sociosanitaria, di cui il BdS costituirebbe lo strumento più articolato e composito (Starace, 2024b, p. XI).

Il caso del Budget permette l'affaccio su una delle caratteristiche strutturali del welfare italiano: la tensione tra spinte verso l'innovazione – impresse attraverso leggi che nel corso degli ultimi decenni hanno introdotto le riforme più significative del sistema italiano di welfare – e controspinte che si manifestano nelle difficoltà di realizzare compiutamente quanto previsto dalle norme.

La tensione diventa particolarmente forte nei territori con welfare debole, le regioni meridionali e le aree del margine (De

Rossi, 2018), dove essa assume le forme del divario civile, ovvero di quel fenomeno per cui la qualità e la quantità dei servizi pubblici messi a disposizione dei cittadini sono di gran lunga inferiori alla qualità e quantità di quelli assicurati al Nord (Bianchi, Fraschilla, 2020).

L'analisi sui divari relativi ai servizi alla persona evidenzia un vuoto di regolazione pubblica, che chiama in causa tutti i livelli dell'azione di governo, soprattutto quello centrale, in considerazione del fatto che in molte aree del Mezzogiorno sembra si sia quasi irrimediabilmente esaurita la capacità istituzionale endogena di realizzare sul piano locale le riforme varate a livello nazionale. Questa debolezza regolativa, che si riverbera nella precarietà delle infrastrutture sociali dei territori considerati, ha inciso negativamente sull'esito delle riforme che avrebbero dovuto rendere più omogenei i sistemi di protezione sociale regionali, ha condizionato il differente esito del processo di realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, ha favorito il permanere di pratiche di segregazione delle persone più vulnerabili e, di conseguenza, rende attualmente problematico l'allargamento della sperimentazione del BdS in molte aree del Mezzogiorno e non solo<sup>3</sup>.

La ricerca sul campo ne ha dato conferma. Le testimonianze raccolte attraverso le interviste ad alcuni responsabili dei centri di salute mentale calabresi lasciano intravedere una situazione di progressiva desertificazione di questi importanti presidi di medicina territoriale. A fronte di un aumento costante delle richieste di accesso e di presa in carico, va diminuendo il numero di operatori e operatori, a causa dal blocco del turn over imposto dal lungo commissariamento della sanità regionale (Curia, 2018; 2021). Questo dato di fatto pone molti interrogativi. Il BdS è un dispositivo che valorizza l'apporto di più attori: i servizi pubblici, le organizzazioni di terzo settore che vengono coinvolte come enti cogestori dei piani terapeutico-riabilitativi individualizzati,

<sup>3</sup> La debolezza regolativa di cui si parla può anche produrre l'effetto di consolidare l'aspettativa di trasferimenti monetari, distorcendo ulteriormente la funzione emancipativa del welfare.

le persone prese in carico e i loro familiari, gli altri soggetti formali e informali che di volta in volta possono essere chiamati a offrire il loro contributo. Tuttavia, senza una puntuale azione di regolazione pubblica, i margini per una applicazione efficace di questo dispositivo si restringono drasticamente (Starace, 2024b). I dati raccolti attraverso la ricerca, da questo punto di vista, non sorreggono l'ipotesi di una recezione del BdS su vasta scala.

Se per innovazione si intende il complesso di norme, servizi, pratiche sociali che permettono di realizzare obiettivi di libertà e giustizia sostanziale, eliminando gli ostacoli che impediscono l'accesso di ognuno alle principali risorse di cittadinanza, ponendo la persona al centro della rete dei servizi e promuovendone lo sviluppo effettivo, si potrebbe affermare, sulla base dell'indagine realizzata, che in Calabria, come in tutti i territori del margine, l'innovazione – come quella che potrebbe essere rappresentata dall'introduzione del Budget in tutti i distretti sanitari regionali – sia pressoché impraticabile e che sia inevitabile rassegnarsi alla progressiva rarefazione di quello che resta dei servizi di welfare, anche di quelli relativi alla salute mentale.

L'ipotesi che ha orientato la ricerca è stata però un'altra. Si è tentato di capire se è vero che la tensione tra spinte verso l'innovazione e blocchi paralizzanti lasci comunque aperta una opportunità, anche nelle situazioni di welfare debole, quella che si può esprimere nella ricerca del cambiamento possibile nelle condizioni di contesto date.

Il senso di questa ricerca lo troviamo espresso in un testo in cui Gallino, di fronte al turbinoso passaggio d'epoca che stiamo attraversando, riflettendo sulle complesse problematiche inerenti al permanere e all'aggravarsi di gravi disuguaglianze a livello planetario, così afferma:

[...] allo scopo di rendere meno immaginabili dei mutamenti che ancora immaginabili non sono, io penso che la sociologia possa dare contributi importanti. Penso che a questo fine la sociologia dovrebbe, almeno in parte, trasformarsi in sociologia del possibile. Non vedo a quale altra disciplina si potrebbe chiedere di individuare quali forme sociali, quali modalità di convivenza, quali comportamenti individua-

li e collettivi oggi inesistenti, ma realisticamente possibili, potranno permettere al mondo di uscire dal binario senza ritorno che sembra avere imboccato (Gallino, 2002, p. 228).

Si tratta di una visione globale che potrebbe funzionare anche se applicata al livello locale. Nelle realtà marginali, ad esempio, può essere lecito ipotizzare di affrontare le disuguaglianze individuando forme sociali, modalità di convivenza, comportamenti individuali e collettivi oggi inesistenti ma realisticamente possibili. È un atteggiamento che non sottovaluta le difficoltà di contesto di cui si è detto. Come evidenzia Jedlowski, infatti, l'espressione di Gallino appena richiamata implica un significato specifico della parola "possibile": «il possibile come ciò che esiste in potenza [...]. Esso da un lato afferma l'esistenza di possibilità negative che si stanno dispiegando, dall'altro indica ciò che è realisticamente possibile per promuovere un futuro differente» (Jedlowski, 2018, p. 56). Le norme sull'integrazione sociosanitaria nel corso degli ultimi decenni hanno aperto opportunità di cambiamento e di innovazione importanti sul versante del welfare, offrendo – a quanti hanno la responsabilità di programmare e realizzare le reti dei servizi alla persona – gli strumenti decisionali e operativi per progettare interventi calibrati sulla realtà specifica di ogni persona presa in carico. Proprio le vicende relative a questi sviluppi del welfare mostrano però che l'esistenza di potenzialità di innovazione e di sviluppo non automaticamente si traduce in percorsi concreti. Alcune possono dispiegarsi, altre meno. La variabile fondamentale è rappresentata dal sistema di vincoli e opportunità che caratterizzano i contesti sociali e istituzionali in cui – come in ogni società – esistono potenzialità latenti in contrasto tra di loro. «Ciò significa rammendare – aggiunge Jedlowski – che il discorso sul possibile è anche e necessariamente un discorso sul potere» (*ivi*, p. 57).

Nel contesto studiato, le spinte avverse sono molteplici e possono essere identificate nelle prassi di governo di istituzioni pubbliche che non sono in grado di assicurare ai cittadini calabresi la garanzia di LEA e LEPS; negli interessi granitici degli

imprenditori della sanità privata convenzionata, per i quali ogni prospettiva di modernizzazione del welfare può costituire una minaccia per i propri interessi consolidati; nelle resistenze di servizi territoriali poco infrastrutturati e dunque poco inclini ad accettare processi organizzativi che comportino la messa in discussione di routine rassicuranti; nella poca attitudine al cambiamento di tante organizzazioni di terzo settore impegnate nella gestione di servizi e preoccupate di conservare le proprie rendite di posizione.

In questo quadro, la ricerca del cambiamento possibile equivale a una precisa opzione politica. Del resto, se è vero che ogni sistema sociale è in fin dei conti un sistema di distribuzione delle possibilità, cercare e studiare il possibile può voler dire «confrontare ciò che esiste in potenza con le condizioni di impotenza in cui determinati attori si trovano. V'è chi può fare o non fare, ma vi è anche chi non può fare e basta: ciò che importa è analizzare i processi di produzione e di riproduzione del differenziale tra chi “può” e chi “non può”» (*ibidem*). Quello che Jedlowski – commentando lo spunto riflessivo di Gallino – ci aiuta a intravedere riguarda il fatto che ciò che esiste in potenza può essere tenuto a bada dall'egemonia culturale di un certo modo di intendere le cose e da diverse forme di controllo. Nel senso che vi sono istanze capaci di alimentare certe potenzialità e altre istanze – magari coincidenti con portatori di interessi forti – che le avversano e le nascondono o si sforzano di spegnerle. Il punto è che

[...] scorgere e far scorgere certe potenzialità o certe altre è un gesto politico. A volte certe possibilità di organizzazione sociale, del resto, sono latenti solo nel senso che il loro dispiegamento, pure in corso, non è valorizzato dal discorso pubblico. Il loro sviluppo dipende anche dal fatto che se ne riconosca o meno l'esistenza. [...] In ogni caso, accudire certe potenzialità significa anche sapere indagare i vincoli e le reti di interdipendenze entro cui tali azioni si dispiegherebbero: quali istituzioni ne verrebbero toccate, quali attori vi sarebbero interessati, quali le avverserebbero. Si tratta di tenere conto della società e della storia. Si tratta anche di tenere conto della disponibilità effettiva dei

soggetti ad affrontare i rischi che un certo cambiamento comporta. Le preoccupazioni di Gallino miravano ad aprire lo spazio negato da chi afferma che di futuro ce ne sia uno solo. Possiamo condividerle. Al futuro disegnato dai suoi attuali signori [...] si affiancano moltitudini di uomini e di donne che aspirano a futuri differenti, e in parte si sforzano già di costruirli (*ivi*, p. 58).

La ricerca ha consentito di verificare che anche in una regione estrema come la Calabria (Cersosimo, 2023) si registrano tentativi interessanti di introdurre pratiche alternative al processo di rarefazione del welfare. Si tratta di esperienze lenticolari, portate avanti da operatori e operatrici sia del pubblico che del privato sociale, da espressioni diversamente consistenti della società civile organizzata, che si impegnano in condizioni organizzative spesso impervie e che non si rassegnano all'indebolimento dei servizi territoriali, riuscendo talvolta anche a porre in essere pratiche significative, per quanto contraddittorie, di cooperazione (Cersosimo, Licursi, 2023). Queste ricerche situate del cambiamento possibile incoraggiano la speranza (Librandi, 2023), autorizzano a immaginare alternative alla desertificazione incombente e, in prospettiva, per ciò che riguarda il tema focale di questo lavoro, potrebbero rappresentare altrettanti nuclei operativi in grado di accompagnare l'avvio delle prime sperimentazioni del BdS anche in un contesto difficile come quello indagato, generando effetti istituenti (Cotturri, 2013; Moro, 2020).



## **Parte Prima**

### **Il BdS nel sistema italiano di welfare**



## Premessa. Promuovere salute mentale

Per l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), la salute rappresenta lo «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia»<sup>1</sup>. Si tratta di un'affermazione impegnativa, in quanto la traduzione di dichiarazioni di principio di questa portata in strategie operative non è immediata, soprattutto quando le implicazioni per l'azione richiedono il cambiamento di pratiche sociali e istituzionali cristallizzate (Starace, 2011).

La definizione appena richiamata sottintende il riferimento ai determinanti economici e socio-ambientali del *well-being*, ovvero di quei «fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione» (*ibidem*). Da qui la necessità che le politiche pubbliche e i servizi alla persona tengano conto di essi. I principali determinanti sociali della salute sono: casa, lavoro, istruzione, relazioni significative. Essi individuano anche le sfere in cui promuovere una sempre maggiore autonomia delle persone con problemi di salute mentale. Per contrastare e prevenire gli esiti invalidanti delle malattie, dell'abbandono e perfino di alcuni metodi di cura (si pensi, ad esempio, alle conseguenze dell'istituzionalizzazione protracta), è necessario progettare e realizzare non solo interventi riguardanti la malattia e le tecniche di cura specifiche, ma anche percorsi

<sup>1</sup> Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità come adottato dalla Conferenza internazionale della sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (*Official Records of the World Health Organization*, n. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948.

che abbiano come finalità la promozione, la costruzione e il mantenimento dell'apprendimento, dell'habitat sociale e della casa, della formazione e del lavoro, delle relazioni interpersonali. Questi obiettivi consentono di prevenire l'istituzionalizzazione della sofferenza e di promuovere processi di reale deistituzionalizzazione di quanti sono assistiti in strutture a carattere custodialistico che, come è noto, aumentano la disabilità e l'inabilità pregiudicando le prognosi positive.

Una tale opzione strategica si fonda sulla partecipazione attiva e diretta della persona presa in carico alla costruzione delle risposte corrispondenti ai suoi bisogni prioritari, in modo da permettere alla stessa di scegliere e costruire le modulazioni possibili degli interventi in base alle risorse esistenti. Quelle necessarie per rafforzare i determinanti sociali della salute possono essere ricavate in larga misura «dalla riconversione dei costi sanitari e sociali degli attuali prodotti ore stazionali rigidi, e dalla loro trasformazione in investimenti produttivi di salute concretamente spendibili: investimenti per la capacitazione delle persone» (*ivi*, p. 25). Per questa via, si possono progettare e realizzare interventi flessibili, integrando risorse formali e informali di comunità, valorizzando il contributo offerto dai contesti familiari e sociali a cui appartiene la persona interessata.

Il Budget di Salute si colloca in questa prospettiva. Secondo la definizione condivisa da diversi operatori e studiosi, esso

[...] rappresenta l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a ridare a una persona con disabilità un funzionamento sociale accettabile, attraverso un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Si tratta di pacchetti di prestazioni multiple cui corrispondono pacchetti di risorse multiple (individuali, comunitarie, istituzionali, sanitarie, sociali) che caso per caso vengono programmate (non a prestazione, ma) a pacchetti di intervento (*ivi*, p. 47).

Questo dispositivo sostiene percorsi abilitativi individuali nelle aree che corrispondono ai principali determinanti sociali della

salute e ai diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti. Destinatari degli interventi sono persone con disabilità sociale concomitante o conseguente a patologie psichiche (ma il modello è applicabile a tutti coloro che richiedono prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione e caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite all'area materno-infantile, degli anziani, delle disabilità anche conseguenti a patologie cronico-degenerative, delle persone con dipendenze da sostanze o da alcol).

Il BdS è promosso, gestito e valutato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti e ai loro familiari, ovvero attraverso l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, allo scopo di costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute delle persone. In questo modello organizzativo-gestionale, i privati coinvolti nella gestione dei BdS non sono considerati come soggetti a cui delegare o affidare attività, ma come partner di percorsi di costruzione e sviluppo di sistemi attivi di protezione sociale, a partire da progetti individuali. Per *privato*, si intende il privato sociale e imprenditoriale, le persone e le famiglie coinvolte, le reti formali e informali che intendono collaborare in partenariato con il pubblico per co-progettare, co-finanziare e cogestire i Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI), mediante i BdS.

Le organizzazioni di terzo settore che si candidano alla cogestione dei PTRI sono chiamate a partecipare ad avviso pubblico di selezione, che solitamente è successivo all'intervento dell'organo a cui compete la valutazione multidisciplinare delle condizioni della persona interessata e l'esplicitazione delle linee di fondo della progettazione individualizzata.

I soggetti inseriti nell'elenco dei cogestori affiancano quanti abbiano difficoltà ad acquisire o a mantenere le abilità necessarie a un funzionamento sociale soddisfacente, nel loro interesse e con attività utili per gli stessi, operando nelle aree corrispondenti ai determinanti sociali della salute.

I cogestori coinvolti amministrano una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dall'intensità del PTRI, assegnata a una

persona presa in carico, da utilizzare per far acquisire a quest’ultima lo status di socia dell’organizzazione e per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati di inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice, al fine di evitare l’instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l’assistenza e la reistituzionalizzazione. La dotazione economica fissata deve essere gestita nel prioritario interesse della persona accompagnata, e adeguatamente rendicontata. Il coinvolgimento del cogestore nella presa in carico deve essere organizzato nelle tre aree contemporanee di intervento, secondo l’ordine di priorità stabilito in sede di definizione del PTRI.

Il modello organizzativo-gestionale del Budget di salute rappresenta una delle elaborazioni e applicazioni più interessanti in tema di integrazione sociosanitaria in Italia. Esso comporta una ricollocazione della spesa, che viene convertita da costo a investimento sociale: dall’ospedale o dalla struttura contenitiva, residenziale o semiresidenziale, in servizi alla persona finalizzati all’*empowerment*, al trasferimento di potere dall’istituzione e dai suoi operatori alla persona. Esso è il frutto maturo di un processo iniziato alcuni decenni fa, che potrebbe favorire il superamento dell’istituzionalizzazione delle persone vulnerabili e che oggi potrebbe incoraggiare la transizione verso un welfare in grado di mettere la persona al centro delle sue prestazioni.

Dopo essere stato applicato in via sperimentale in alcune regioni, attualmente il BdS viene proposto come dispositivo di intervento da introdurre in tutti i territori, sulla scorta degli elementi qualificanti e dei criteri attuativi precisati nelle Linee programmatiche sul BdS approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 6 luglio 2022, di cui si dirà più avanti.

## 1. Dall’istituzionalizzazione delle persone vulnerabili al welfare delle capacità

La prassi del confinamento delle persone con problemi di salute mentale – come di altre categorie di persone vulnerabili – all’interno di istituzioni segreganti ha segnato profondamente la storia dei servizi alla persona in Italia e in tutto l’occidente (Ferrera, Jessoula, 2025). La consapevolezza delle conseguenze negative dei processi di istituzionalizzazione comincia a maturare nel secondo dopoguerra del secolo scorso, quando,

[...] nel clima di affermazione dei diritti dell’uomo conseguente alla scoperta degli orrori degli universi concentrazionari, si fa strada una idea di liberazione e di inclusione del soggetto umano, a prescindere dalla sua condizione di razza, sesso, orientamento sessuale o salute mentale. In questo contesto si riformulano i concetti di salute e malattia, anche quelli di salute e malattia mentale. La malattia mentale non è più un fatto fisico o psicologico intrinseco alla persona, ma è la risultante di una interazione tra la persona e l’ambiente e questo porta a modificare l’intero concetto di salute, non solo mentale. Acquistano un peso fondamentale i determinanti sociali di salute, fisica e mentale. Agire sul contesto ambientale socio-economico, creare le opportunità di sviluppo umano individuali e del contesto micro e macro-sociale diviene fondamentale» (Fioritti, 2022, p. 11).

A partire dagli anni Sessanta, grazie anche al contributo di diversi autori che hanno sviluppato analisi critiche delle istituzioni totali (Foucault, 1976, 1979; Goffman, 2010; Szasz, 1966; Castel, 2023), matura la consapevolezza diffusa tra operatori e studiosi di quanto fosse necessario promuovere percorsi alternativi a esse. In questa stagione, in Italia un riferimento decisivo nell’am-

bito della salute mentale è rappresentato dall'esperienza anti-istituzionale dell'équipe di Basaglia nell'ospedale psichiatrico di Gorizia (Foot, 2014). Nel libro *L'istituzione negata* (1968) viene denunciato il carattere violento dell'istituzione psichiatrica e viene demistificato il ruolo delle professioni di aiuto nella misura in cui esse diventano funzionali al riprodursi dei meccanismi esproprianti della istituzionalizzazione<sup>1</sup>.

Gli studi appena citati non solo offrono gli strumenti concretuali per riflettere in modo appropriato sulle istituzioni totali, ma favoriscono anche l'attivazione di professionisti e di operatori sociali che con il loro lavoro politico e tecnico cominciano ad assumere un ruolo di critici del sistema sociale, intestandosi la responsabilità di iniziative e sperimentazioni innovative.

La stagione dei movimenti promuove mobilitazione a più livelli. Essa favorisce, ad esempio, l'emersione di un soggetto nuovo sul terreno del lavoro sociale, il volontariato organizzato, connotato da una dimensione politica particolarmente sviluppata, capace di produrre innovazione sia sul terreno della cultura che delle pratiche di lavoro sociale (Ranci, 2006). Grazie anche all'apporto delle organizzazioni della società civile, ci si rende sempre più conto che è gravemente limitante e mistificatorio cercare nella singola persona l'origine della sua diversità, perché ogni comportamento è funzione del rapporto che esiste fra la persona e il suo ambiente. Le sperimentazioni anti-istituzionali si propongono di superare la pratica che prevedeva l'allontanamento sistematico di diverse categorie di persone vulnerabili dai loro contesti di vita e l'internamento in luoghi di segregazione,

<sup>1</sup> A questo riguardo, Basaglia scrive: «[...] la società cosiddetta del benessere e dell'abbondanza ha ora scoperto di non poter esporre apertamente il suo volto della violenza, per non creare nel suo seno contraddizioni troppo evidenti che tornerebbero a suo danno, ed ha trovato un nuovo sistema: quello di allargare l'appalto del potere ai tecnici che lo gestiranno in suo nome e continueranno a creare – attraverso forme diverse di violenza: la violenza tecnica – nuovi esclusi. Il compito di queste figure intermedie sarà quindi quello di mistificare – attraverso il tecnicismo – la violenza, senza tuttavia modificarne la natura; facendo sì che l'oggetto di violenza si adatti alla violenza di cui è oggetto» (Basaglia, 1968, p. 116).

individuati come altrettanti ambienti in cui si opera il controllo e il trattamento individuale di più profonde contraddizioni sociali.

I tentativi di avviare percorsi di deistituzionalizzazione devono fare i conti però con la rigidità di prassi assistenziali standardizzate e resistenti all'innovazione, poggiate su altrettanto rigide operazioni di categorizzazione sociale, cioè di tipizzazione di categorie di persone assistibili. Il meccanismo funziona in modo tale per cui «ogni ricovero di individui in istituzioni totali richiede, prima o poi, la conferma di un operatore specialistico (psichiatra, psicologo) che sancisce con strumenti scientifici, le diagnosi, il fenomeno sociale dell'esclusione» (Bonini *et al.*, 1976, p. 22). In ambito psichiatrico e assistenziale il processo di categorizzazione produce frequentemente definizioni che, sul piano sociale, vanno ad incidere in maniera profonda sulla identità degli individui: «l'esempio tipico è rappresentato appunto dalle diagnosi psichiatriche che, nel momento in cui vengono formulate, diventano giudizi di valore» (*ibidem*).

La stessa funzione viene svolta dalle categorie e dalle classificazioni presenti all'interno della pratica socio-assistenziale. Le categorie di assistibilità fanno da pendant a una prassi che poggia sull'azione di organizzazioni che, con il loro operare, rendono definitiva la classificazione evocata dalle categorie. Si registra cioè una sorta di circuito di strette interdipendenze: le diverse tipologie di persone assistibili legittimano gli enti assistenziali e questi operano sulla realtà riducendo a bisogni naturali situazioni di vulnerabilità personale che sono invece strettamente influenzate da precise condizioni sociali. Così viene raggiunto un obiettivo assai complesso: «gli enti continuano a vivere perché, identificando – attraverso le denominazioni che attribuiscono – certi bisogni specifici, appaiono necessari, e la realtà sociale resta immodificata in quanto i bisogni non sono percepiti dipendenti da essa» (*ivi*, p. 24). Si tratta di una modalità reificata di percepire e definire i fenomeni sociali, che aveva da sempre orientato in ambito assistenziale la maggior parte degli interventi.

## LA RIVOLUZIONE BASAGLIANA E IL MUTAMENTO DI PARADIGMA DEL WELFARE

La riforma psichiatrica introdotta dalla legge 180 del 1978, nota come legge Basaglia, costituisce uno dei frutti più maturi del movimento antistituzionale. La legge segna il superamento degli ospedali psichiatrici, o manicomi, che avevano rappresentato fino ad allora la risposta prevalente alle necessità di cura delle persone con problemi di salute mentale. Il ricovero in strutture segreganti comportava per loro la progressiva perdita di ogni diritto. L'istituzione manicomiale era regolata da una norma, la legge n. 36 del 1904, la quale stabiliva che le persone affette da alienazione mentale, se pericolose per sé o per altri, dovevano essere rinchiuse e curate all'interno di tali contesti. Il primo significativo cambiamento è introdotto decenni dopo dalla legge n. 431 del 1968, che ha istituito i primi centri di igiene mentale sul territorio stabilendo che all'interno di questi presidi di cura dovessero essere presenti a fianco dello psichiatra altre figure professionali, come l'infermiere psichiatrico, lo psicologo e l'assistente sociale. Dieci anni dopo, la vera svolta avviene con la legge 180 che ha decretato la chiusura del manicomio come sede di trattamento, ha posto il divieto di costruirne nuovi, ha istituito i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) come unità di ricovero negli ospedali presso i quali si eseguono trattamenti sanitari volontari, richiesti cioè direttamente dalla persona interessata, oppure trattamenti sanitari obbligatori (TSO). La legge stabilisce che questi ultimi provvedimenti non hanno lo scopo – come avveniva in passato – di tutelare i cittadini dalla presunta pericolosità della persona con problemi di salute mentale, ma di curarla anche quando essa non è in grado di riconoscere la propria malattia. Per questo i TSO vanno eseguiti nel rispetto della dignità della persona coinvolta, secondo una procedura di garanzia che prevede un provvedimento del sindaco, su proposta motivata di due medici, convalidata dal giudice tutelare.

Il disegno della riforma ha previsto inoltre l'introduzione dei servizi territoriali – chiamati a offrire assistenza ambulatoriale e domiciliare – che sono individuati come il baricentro del sistema di presa in carico e di cura. Vengono allestiti anche altri servizi

come le comunità terapeutiche, le comunità di lavoro, i centri di formazione professionale, le cooperative e i centri di ospitalità (Dell'Acqua, 2024).

Il passaggio alla fase attuativa della riforma ha presentato non poche difficoltà. Negli anni successivi, uno dei problemi più rilevanti è costituito dai residui manicomiali, ovvero da quei reparti degli ospedali psichiatrici che – nonostante le previsioni della legge 180 – non erano stati ancora chiusi né trasformati.

Inoltre,

[...] la critica agli istituti manicomiali aveva generato una sorta di comprensibile diffidenza verso qualsiasi tipo di struttura residenziale, determinando un indubbio ritardo nell'affrontare quegli spazi intermedi di degenza e semi-degenza che avrebbero dovuto costituire la terza gamba dell'assistenza psichiatrica (a fianco dei servizi territoriali e degli SPDC). Ciò, oltre ad offrire un alibi al mantenimento di reparti manicomiali, causò lo snaturamento della funzione degli SPDC, che furono costretti a ospitare lungo degenze, più o meno mascherate da successive entrate e uscite (indicate con l'espressione *revolving doors*, ovvero "porte girevoli"). Alla chiusura dei manicomi, perciò, non seguì l'istituzione di servizi territoriali, comprendendo in essi anche strutture residenziali e semiresidenziali innovative, sufficienti ed effettivamente capaci di rispondere ai problemi di persone affette da malattia mentale (Franzoni, Anconelli, 2021, p. 195).

Le conseguenze dei problemi applicativi della legge 180 si sono scaricati soprattutto sulle famiglie, a cui i supporti promessi dalla riforma sono stati solo in parte assicurati.

Due differenti progetti-obiettivo<sup>2</sup> in materia di tutela della salute mentale, varati rispettivamente nel 1994-1996 e nel 1998-2000, hanno ripreso i principi fondamentali della riforma e si sono

<sup>2</sup> «Si definisce progetto-obiettivo un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto» (art. 5 c. 2 della legge n. 595 del 1985, in materia di programmazione sanitaria).

proposti di affrontare alcuni dei problemi non risolti, prefigurando un assetto organizzativo che connota il Dipartimento di Salute mentale come un complesso di strutture e servizi pubblici integrati chiamato a farsi carico dell'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento. L'articolazione dipartimentale più importante è costituita dal Centro di salute mentale (CSM), sede organizzativa dell'équipe degli operatori e sede di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale. Il CSM

[...] svolge attività di accoglienza, analisi della domanda, attività diagnostica, definizione e attuazione di programmi terapeutici e socio riabilitativi personalizzati con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari ed eventualmente anche residenziali. Esso garantisce la strategia della continuità terapeutica; svolge o dovrebbe svolgere perciò attività di raccordo con i medici di medicina generale per fornire consulenza psichiatrica<sup>3</sup>.

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura, come si è detto, costituiscono un reparto psichiatrico che – all'interno dell'ospedale – garantisce attività terapeutiche intense e a regime di ricovero.

Le strutture semiresidenziali hanno funzioni terapeutico riabilitative e attività di risocializzazione volte al recupero delle attività personali e sociali dell'utente.

Nel corso del tempo, i servizi residenziali si sono progressivamente differenziati, in modo da tenere conto delle diverse tipologie di persone da prendere in carico. Le strutture residenziali si dividono in sanitarie e sociosanitarie: le prime ospitano pazienti per periodi da 18 a 36 mesi; le seconde sono luoghi di vita adatti a ospitare persone che hanno bisogno di supervisione per proseguire i propri percorsi di vita. Le strutture residenziali

[...] sono comunque sempre state considerate come soluzione estrema, in risposta ai bisogni di lungodegenza per cui non sia possibile un reinserimento domiciliare e per pazienti che la famiglia non riesce a gestire. Esse si distinguono dai vecchi manicomì per la dimensione familiare

<sup>3</sup> Cf. Il progetto-obiettivo *Tutela della salute mentale, 1998-2000*.

e la maggiore possibilità di avere relazioni sociali si prevedono anche i gruppi appartamento per utenti con una certa autonomia. Vi si accede nell'ambito di un programma individualizzato, concordato tra utente del servizio e familiari (Franzoni, Anconelli, 2021, p. 198).

Negli ultimi anni al Dipartimento di Salute mentale fa capo a un'altra tipologia di struttura, ovvero le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), cioè per autori di reati affetti da disturbi mentali e considerati socialmente pericolosi. Esse ospitano quei detenuti che in precedenza scontavano la pena all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, ufficialmente chiusi nel 2015.

L'obiettivo prioritario del sistema dei servizi psichiatrici sarebbe quello di favorire l'*empowerment* della persona presa in carico, anche mediante processi di inclusione sociale e lavorativa, per esempio attraverso il collocamento obbligatorio mirato o il coinvolgimento di cooperative di tipo B, o altri percorsi ancora rispondenti a progettualità specifiche che prevedono sempre la collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale, con gli altri servizi sanitari e sociali.

A distanza di quasi mezzo secolo dalla sua approvazione, è possibile tuttavia affermare che i cambiamenti previsti dalla legge 180 si sono realizzati solo parzialmente. La transizione, auspicata dalla riforma, da un modello custodialistico e segregante – basato sui manicomì – a uno basato sulla salute mentale comunitaria è ancora in atto. La difficoltà di dare attuazione piena alla legge Basaglia permette di comprendere che

[...] deospedalizzare la psichiatria è una impresa epocale, con rari eguali nella storia della medicina. [...] In psichiatria però, alle soglie del nuovo millennio, sorprendentemente, tutto il lavoro di deospedalizzazione risulta in qualche modo deludente, insufficiente, a volte perfino escludente. I luoghi alternativi assomigliano terribilmente a quelli originari, vivere nel territorio ma separati dalla società civile assomiglia in modo grottesco alla esclusione manicomiale. Tra operatori, utenti, famigliari cresce l'anelito ad una vera uguaglianza, a puntare ad una vera inclusione sociale, a investire sulla persona come soggetto di trasformazione di sé stesso e della società. Residenze, centri diurni, reparti ospedalieri appaiono come

riedizioni della segregazione manicomiale. Strade nuove devono essere tentate. Si sperimentano forme di cooperazione sociale, si studiano i modelli di personalizzazione degli interventi, si cerca di superare i confini della istituzione psichiatrica e si punta al collegamento con i servizi sociali e con il capitale sociale del territorio (Fioritti, 2022, pp. 11-12).

In questo contesto, e alla luce delle criticità sottolineate, ha preso corpo l'innovazione organizzativa del Budget di Salute. Già alla fine degli anni Novanta, nell'ambito dei servizi per la salute mentale ci si interrogava sull'utilizzo delle risorse e, in particolare, con riferimento alle persone assistite, ci si chiedeva come promuovere percorsi di inclusione reale. In risposta a queste domande

[...] nasce la sperimentazione del Budget di Salute, un metodo talmente semplice, ma al tempo stesso rivoluzionario e non facile da realizzare. In poche parole il Budget di Salute consiste dallo svincolare risorse umane e finanziarie dal loro ancoraggio alla erogazione di servizi, per incanalarle in modo totalmente flessibile sulla realizzazione di progetti individuali basati sulle preferenze della persona, predisposti all'interno di un processo di condivisione-negoziazione ed orientati alla realizzazione del potenziale umano. Non più rette per residenze, centri diurni, assistenza domiciliare, ma risorse economiche e umane per l'accompagnamento ad occupare abitazioni civili, lavori contrattualizzati, frequentazioni sociali in contesti non psichiatrici. Sanità e sociale insieme. All'interno di un vero e proprio contratto, nel senso più prettamente giuridico del termine, con il cittadino e la sua famiglia. Con un impegno di risorse personali e familiari, laddove possibile, con una responsabilizzazione individuale parallela alla capacità contrattuale acquisita. Si firmano contratti, e nei contratti i contraenti hanno pari dignità. È un grande passo nella evoluzione dalla assistenza psichiatrica ai servizi di salute mentale (*ivi*, pp. 12-13).

Il risultato è che grazie alle prime sperimentazioni del BdS molte persone con problemi di salute mentale hanno cominciato ad abitare in autonomia, hanno una occupazione stabile e fanno meno ricoveri in ospedale; «si riesce addirittura a portare fuori dall'OPG pazienti autori di gravi reati e reinserirli realmente in contesti sociali ordinari» (*ivi*, p. 13).

## VERSO UN WELFARE DELLE CAPACITÀ

Per le sue caratteristiche, il BdS potrebbe rappresentare un esempio di welfare profondamente rinnovato. Di un welfare in grado cioè di rispondere alla necessità di transitare da un modello esclusivamente redistributivo-prestazionale a un assetto personalizzato, in funzione del coinvolgimento attivo dei cittadini nella definizione dei percorsi di cura e inclusione che li riguardano. Tutto questo in una situazione in cui, nella migliore delle ipotesi, la realtà dei servizi alla persona prevede ancora in larga misura menu di prestazioni predeterminate, caratterizzate da processi di standardizzazione, poste in essere da professionisti che mantengono un ruolo di valutatori ed erogatori nei confronti di cittadini confinati nel ruolo di recettori passivi; nella peggiore delle ipotesi, quella in cui i servizi sono rarefatti o assenti, i cittadini che hanno bisogno possono solo acquistare di tasca propria i servizi di cui necessitano. Tale impianto ha prodotto nel corso del tempo un'insoddisfazione diffusa e ha favorito la sperimentazione di pratiche centrate sulla persona (non più utente o paziente), su principi di efficacia, su progettazioni individuali, qualificate attraverso processi di negoziazione, regolate da strumenti di diritto contrattuale, sostenute da professionisti che accompagnano il cittadino e la sua famiglia in percorsi di autocura e autopromozione. Il BdS si inserisce in questo solco come uno strumento innovativo, pensato per integrare risorse sanitarie e sociali in progetti personalizzati per le persone fragili. Nasce nel contesto dei servizi di salute mentale, con l'obiettivo di superare l'approccio istituzionale e promuovere una vera inclusione sociale.

Il BdS potrebbe dunque essere considerato – secondo alcuni studiosi – come un'esperienza rivelatrice della terza generazione di politiche sociali, dopo quelle legate alle assicurazioni dei lavoratori e quelle orientate ad offrire servizi e prestazioni sociali universali: le politiche di promozione delle capacità (Paci, Pugliese, 2011). Il significato di quest'ultimo termine va interpretato alla luce dell'approccio delle *capabilities*, fondato su due parole chiave: le capacità e i funzionamenti (*capability and functioning*) (Sen, 2001). Questi ultimi sono modi di essere e di fare, acquisizioni elementari o complesse, che rappresentano gli elementi costitutivi

dello star bene (*well-being*) liberamente scelto da ogni persona. La capacità consiste nelle diverse combinazioni di funzionamenti che una persona può decidere di acquisire, in base alle risorse di cui dispone. Il livello di acquisizioni non dipende dalla quantità di risorse utilizzabili, ma dal modo in cui esse vengono impiegate effettivamente.

In questa prospettiva, il concetto di capacità coincide dunque con quello di libertà sostanziale. Per promuovere un adeguato sviluppo delle capacità umane non è sufficiente che sia riconosciuta a ogni soggetto la titolarità formale di un paniere più o meno ampio di diritti sociali, ma è necessario fare in modo che ognuno maturi le necessarie competenze per – e abbia le opportunità concrete di – esercitarne la fruizione effettiva. La capacità di una persona, infatti, è data non solo dalle acquisizioni effettivamente raggiunte, ma soprattutto dalla sua libertà di fruire concretamente delle opportunità disponibili, nel quadro di un progetto di vita formulato consapevolmente.

La capacità, così intesa, dipende dalle politiche, in particolare da quelle sanitarie e da quelle scolastiche (e, più in generale, dalle politiche redistributive, che pongono le basi materiali dell'uguaglianza). Essa dipende però anche dalle caratteristiche personali di ogni individuo, e dal contesto di vita e di relazioni in cui una persona è inserita. In altri termini, la libertà individuale, come libertà sostanziale di esercitare una fruizione effettiva delle risorse di cittadinanza, non è solo un valore, ma anche un prodotto sociale: è anche frutto cioè di un impegno sociale (Sen, 2007). Il che vuol dire che la libertà di ognuno si realizza pienamente attraverso la promozione della libertà altrui di realizzarsi come persona e di partecipare pienamente alla vita della *polis*.

## 2. La cornice istituzionale del BdS: i principi sull'integrazione sociosanitaria e la difficoltà di attuarli

Il BdS rappresenta uno degli esiti di un lungo processo in cui è possibile individuare almeno quattro vettori di cambiamento. Il primo è rappresentato dal superamento dell'approccio categoriale e segregante ai bisogni sociali, di cui la legge Basaglia rappresenta un esempio importante, almeno dal punto di vista culturale. Il secondo è costituito dal processo di sussidiarizzazione delle politiche sociali (Kazepov, 2009), che negli ultimi tre decenni ha comportato la riarticolazione di esse su base territoriale e il coinvolgimento attivo delle organizzazioni di terzo settore, sia sul piano della progettazione che su quello della realizzazione degli interventi. Il terzo è riconoscibile nel processo di contrattualizzazione delle politiche sociali che, a partire dagli anni Novanta, si esplicita attraverso il riferimento crescente a modelli contrattuali<sup>1</sup> nell'ambito della regolazione delle relazioni tra amministrazioni pubbliche e soggetti privati,

<sup>1</sup> I *vouchers* e i budget di cura «costituiscono due casi paradigmatici della configurazione che le formule contrattuali possono assumere nel campo delle politiche sociosanitarie sia per quanto attiene ai rapporti fra attori-fornitori all'interno del sistema dell'offerta sia per quanto riguarda la posizione giocata dai destinatari all'interno delle stesse misure. Nel caso dei *vouchers* lo scenario è quello di una diminuzione dei servizi pubblici al ruolo di pagatori passivi degli interventi erogati da soggetti privati che concorrono liberamente sul mercato: manca un progetto complessivo di salute nei territori e i cittadini corrono il rischio di essere abbandonati al consumo individuale di pacchetti di prestazioni rigide piuttosto standardizzate. [...] Nel caso dei budget, invece la (ri)costruzione della contrattualità è l'obiettivo che sollecita i servizi a creare le condizioni e fornire i supporti perché le persone possano scegliere e agire non rispetto a opzioni prestabilite di beni e servizi ma rispetto alla loro stessa elaborazione e progettazione; l'integrazione tra servizi sanitari e sociali è molto

profit e non profit, coinvolti nella erogazioni di servizi e prestazioni di welfare (Bifulco, Vitale, 2005, p. 81). Il quarto vettore può essere identificato nella realizzazione progressiva dell'integrazione sociosanitaria, resa possibile da una serie di provvedimenti normativi che persegono la piena soddisfazione del diritto alla salute e all'assistenza attraverso la personalizzazione dei servizi.

L'esperienza del BdS si colloca all'incrocio di queste linee di sviluppo, in quanto uno dei suoi obiettivi prioritari è prevenire o contrastare l'istituzionalizzazione; in fase realizzativa presuppone l'impegno attivo delle organizzazioni di terzo settore e l'utilizzo anche di strumenti di tipo contrattuale; inoltre, nell'attuale assetto istituzionale e organizzativo del welfare italiano, tale dispositivo rappresenta lo strumento più avanzato per rendere concreti i principi dell'integrazione sociosanitaria.

In questo paragrafo si focalizza l'attenzione sui caratteri essenziali – e sugli aspetti problematici – del modello di integrazione sociosanitaria che – nel corso degli ultimi decenni – si è venuto a configurare nel contesto del welfare italiano, mentre in quello successivo si ricostruiscono le tappe che hanno scandito l'avvio della sperimentazione del BdS e i suoi sviluppi successivi.

Il processo di costruzione progressiva dell'integrazione sociosanitaria poggia su alcuni criteri di fondo: la centralità della persona; il concetto di salute; l'utilizzo delle risorse; l'importanza del contesto.

L'integrazione sociosanitaria si fonda innanzitutto sul riconoscimento della centralità della persona e sulla consapevolezza della sua unicità, così come evidenziato dal già citato approccio delle capacità.

Essa si basa inoltre su un concetto di salute come benessere globale della persona; concetto che determina il passaggio dall'approccio medico ai bisogni a un approccio bio-psico-sociale. Di conseguenza, cambiano la qualità e i contenuti della presa in carico, che deve tenere la dimensione sanitaria dell'intervento (*cure*) con quella psico-sociale (*care*) (Vecchiato, 2014).

elevata lungo tutto il percorso della misura, così come è spiccata la centralità dei servizi pubblici competenti» (Monteleone, 2005, pp. 114-115).

Un terzo criterio fondamentale è quello dell'utilizzo ragionevole delle risorse, che l'integrazione tra il sociale e il sanitario consente di ottimizzare, integrando i costi<sup>2</sup>.

Un ulteriore elemento basilare è costituito dal contesto di riferimento. Mettere le persone al centro vuol dire andare verso un welfare delle persone che vivono nei luoghi. In questa prospettiva, diventa fondamentale sia l'ascolto delle persone e dei loro vissuti sia la continua ponderazione delle risorse materiali e immateriali e dei vincoli che caratterizzano gli ambienti in cui le persone sono concretamente radicate.

Alla luce di questi criteri, si può definire con più precisione l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria, che è quello di

[...] considerare – in maniera globale e integrata – tutti gli aspetti che contribuiscono alla realizzazione del benessere della persona (biologici, psicologici, socio-relazionali, spirituali) in linea con la accezione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1978). Obiettivo che diventa realizzabile se si parte dai reali bisogni della persona, dalle sue capacità e dalle sue aspettative, se si dà rilievo al contesto in cui la stessa vive e alle risorse disponibili, se si utilizzano in maniera oculata le risorse finanziarie (Perino, 2022, p. 24).

<sup>2</sup> In questa prospettiva, l'integrazione raggiunge due obiettivi: migliora la qualità della presa in carico – rispetto a quanto avviene con interventi settoriali e parcellizzati – e permette un utilizzo più efficace – o appropriato – delle risorse. Dei due obiettivi, il primo va considerato comunque prevalente, come affermato dalla Corte Costituzionale con sent. n. 275 del 2016, in cui si sottolinea che «è la garanzia dei diritti incomprensibili a incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». Alla luce di tutto questo, «si può ritenere dunque che l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria sia costituito dal prendersi cura della persona nelle sue diverse situazioni (ovvero cause) di debolezza, e offrire opportunità che consentano di trovare soluzione ai suoi diversi stati di bisogno (la “libertà dal bisogno”, appunto)» (Rossi, 2022, p. 44).

## LE TAPPE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA IN ITALIA

L'integrazione sociosanitaria rappresenta una modalità di organizzazione dei servizi alla persona che viene considerata necessaria tutte le volte in cui la persona presa in carico esprime bisogni complessi, che non possono essere adeguatamente affrontati con interventi solo di assistenza sanitaria o di assistenza sociale. Essa si realizza attraverso prestazioni che dovrebbero realizzare

[...] l'unione (o, meglio, la combinazione) tra le “due assistenze”, e perciò la prospettiva di una cura della persona che combini competenze ed interventi di tipo sanitario con competenze ed interventi di tipo sociale: nella consapevolezza dell'insufficienza di una sola delle due ad offrire una risposta adeguata a tutelare i diritti della persona in relazione a bisogni specifici (Rossi, 2018, p. 3).

Il modello italiano di integrazione sociosanitaria si è definito nel tempo, lungo un percorso ricostruibile attraverso le leggi di riforma dei servizi sanitari e sociali.

La prima significativa tappa di questo percorso coincide con l'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978, che ha introdotto il Servizio sanitario nazionale (SSN), riconfigurando tutto il sistema dei servizi alla persona. La riforma conteneva infatti riferimenti esplicativi anche al settore sociale e alla necessità di integrarlo con quello sanitario. La legge di riforma dei servizi sociali sarà approvata solo nel 2000, per cui dal 1978 in poi la 833 ha funzionato anche come volano di trasformazione dei servizi sociali.

Prima della legge 833 era attivo un sistema mutualistico articolato per categorie di lavoratori e «l'assistenza sanitaria e quella sociale erano erogate da una molteplicità di enti separati e autonomi, divisi per categorie di utenti e per tipologie di prestazioni» (Franzoni, Anconelli, 2021, p. 38), che andavano a comporre un quadro di soggetti piuttosto frammentato.

La prima riforma sanitaria viene preceduta e, in una certa misura, anticipata dalla istituzione delle regioni a statuto ordi-

nario, nel 1970, che ha permesso di dare attuazione a quanto già previsto dalla Costituzione (agli artt. 5, 117 e 118) in materia di decentramento amministrativo alle autonomie locali delle materie riguardanti sia la beneficenza pubblica sia l'assistenza sanitaria e ospedaliera. Successivamente il DPR n. 616 del 1977 ha decentrato le competenze socioassistenziali e sanitarie dallo Stato alle regioni, alle province e ai comuni.

La legge 833 viene approvata dal Parlamento «dopo molte sperimentazioni avviate in diverse zone del paese e un processo di maturazione culturale intorno ad alcune idee guida, le stesse su cui si fondavano anche le proposte di riforma socioassistenziale» (*ivi*, p. 40). Le idee guida erano la prevenzione, la lotta all'emarginazione, l'integrazione sociosanitaria, la programmazione, la partecipazione, il decentramento.

La prevenzione riguardava sia le malattie che il disagio sociale:

[...] i servizi dovevano intervenire non soltanto a riparare i danni indotti da patologie sanitarie e sociali già conclamate (la cura), e neppure limitarsi a programmi di individuazione precoce di patologie non ancora manifeste (prevenzione secondaria, medicina preventiva) ma dovevano anche mirare al mantenimento della salute fisica e psichica e del benessere sociale dei cittadini, intervenendo per eliminare le cause stesse delle patologie (prevenzione primaria) (*ibidem*).

Un altro principio guida era quello della lotta all'emarginazione o all'esclusione sociale, che comportava il superamento «di interventi che sradicavano le persone dal proprio ambiente di vita e dal proprio contesto sociale (ad esempio i ricoveri nelle istituzioni totali). La proposta era quella di deistituzionalizzare (portare fuori dalle strutture residenziali) malati di mente, disabili e anziani, ma soprattutto creare servizi alternativi che consentissero a ciascuno di rimanere nella propria casa» (*ibidem*). Si chiamava inoltre il volontariato a cooperare per il perseguimento dei fini della legge. Per la prima volta si faceva riferimento a una collaborazione tra pubblico e privato che diventerà sempre più articolata negli anni successivi, quando entreranno in campo anche altri soggetti di terzo settore.

La traduzione in esperienze concrete di questi nuovi orientamenti ha reso necessaria la definizione di un assetto istituzionale e organizzativo in grado di portare vicino ai cittadini sia la lettura dei bisogni sia la programmazione dei servizi e il continuo monitoraggio sulla loro efficacia. In questa prospettiva, quello del decentramento si è imposto come criterio guida di tutto il processo di trasformazione.

Sul piano operativo, vengono introdotte le Unità sanitarie locali (Usl) come strumenti dei comuni per la realizzazione degli obiettivi della riforma e per la gestione unitaria dei servizi facenti capo al SSN. Le Usl erano articolate in distretti di base, concepiti come strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. Al distretto competeva perciò la responsabilità di ricomporre e unificare le diverse attività sociosanitarie.

Nel corso del tempo, le trasformazioni istituzionali e organizzative che hanno riguardato il Servizio sanitario nazionale hanno prodotto effetti anche nell'ambito dei servizi sociali, in quanto i comuni potevano delegare competenze in materia alle Usl. Tutto ciò si è realizzato per i servizi sociali destinati a fasce di cittadini che erano portatori di bisogni sanitari, come i tossicodipendenti e i malati psichiatrici, ma anche per i servizi ai minori. Soltanto raramente la delega ha riguardato i servizi sociali per anziani.

Negli anni successivi, sono emerse criticità importanti sul piano dell'attuazione della riforma, come quella relativa al ruolo dei comitati di gestione delle Usl, costituiti da componenti di nomina politica, e alla difficoltà di mediare le loro funzioni con la competenza tecnica, in capo ai responsabili tecnici delle Usl. Un'altra criticità enorme è stata quella riguardante le derive particolaristico clientelari (Ascoli, 1984) nella gestione delle Usl, che ha prodotto come conseguenza un aumento ingiustificato delle spese sanitarie.

#### LA SECONDA RIFORMA SANITARIA

Con la seconda riforma sanitaria (decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993) si è effettuata perciò la scelta di separare le funzioni di indirizzo e programmazione, affidate a organi di

nomina politica, da quelle di gestione e amministrazione, attribuite a figure dotate di competenze tecniche e manageriali. Le Usl hanno cessato di essere organismi strumentali dei comuni e vengono trasformate in Aziende sanitarie locali (Asl). I grandi ospedali sono scorporati dalle Asl e trasformati in aziende ospedaliere. Le nuove Asl (così come le aziende ospedaliere)

[...] sono dotate di propria personalità giuridica pubblica, sono autonome a livello gestionale, amministrativo, contabile e anche patrimoniale, pur sotto il controllo di un collegio di revisori di conti. I pochi poteri attribuiti alla Conferenza dei sindaci dei comuni di ogni distretto riguardano soprattutto il monitoraggio dei bisogni sanitari della popolazione. Il controllo politico delle Asl viene infatti assegnato alle Regioni, che assumono il potere di nomina e revoca dei direttori generali, i quali devono attenersi alle linee di indirizzo e programmatiche regionali. I direttori generali sono scelti da un elenco selettivo legato a uno specifico curriculum manageriale. A loro spetta la responsabilità di selezionare i direttori sanitari e quelli amministrativi. La legge prevede che possano scegliere anche un direttore dei servizi sociali nel caso di delega alle Asl da parte dei comuni delle attività sociali, in aggiunta alle attività sociosanitarie già competenza delle aziende sanitarie locali. In questo modo si è voluto introdurre all'interno dei servizi una cultura aziendale capace di porre l'efficienza tra i criteri guida delle decisioni» (*ivi*, p. 49).

Tra i cambiamenti organizzativi previsti dal decreto c'è anche la riduzione del numero delle Asl rispetto alle vecchie Usl, di conseguenza si sono ampliate le dimensioni territoriali dei distretti, rispetto a quelle originariamente previste dalla legge 833. Si sono ridotte le competenze dei comuni in materia sanitaria e, per altro verso, i comuni hanno ritirato le deleghe in materia di servizi sociali precedentemente attribuite alle Usl, in quanto le Asl si sono troppo ingrandite e troppo aziendalizzate per erogare servizi sociali, mentre il comune è una istituzione più vicina ai cittadini. In questo nuovo scenario, l'integrazione può essere realizzata attraverso accordi di programma (in base a quanto stabilito dalla legge n. 142 del 1990 art. 27) e successivamente attraverso i piani di zona.

Tutto questo non ha impedito però l'avvio della sperimentazione di modelli di gestione dei servizi sociali (come i consorzi o le aziende per i servizi sociali) per favorire l'integrazione tra gli ambiti sociale e sanitario.

#### LA TERZA RIFORMA SANITARIA

La necessità di percorrere la strada dell'integrazione sociosanitaria viene più volte indicata nei Piani sanitari nazionali attraverso, ad esempio, i Progetti obiettivo a essi correlati, come quello dedicato alla tutela degli anziani (1992) o quelli già richiamati riguardanti la salute mentale (1994-1996 e 1998-2000).

Alla fine degli anni novanta, la legge n. 419 del 1998 ha delegato il governo a prevedere, nei decreti legislativi attuativi, «tempi, modalità e aree di attività per pervenire a una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali»<sup>3</sup>, nonché a stabilire principi e criteri per l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento per assicurare livelli uniformi delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria.

Il relativo decreto di attuazione (n. 229 del 19 giugno 1999) che ha introdotto la terza riforma sanitaria (la “riforma Bindi”) ha presentato l'integrazione sociosanitaria come indicazione strategica, e ha definito come prestazioni rientranti in tale ambito tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

La riforma *ter* ha individuato nel distretto la sede in cui assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento

<sup>3</sup> Legge n. 419 del 1998, art. 2, c. 1, lett. n.

delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendo organicamente tali attività nel programma delle attività territoriali con cui determinare le risorse per l'integrazione sociosanitaria. Infine, ha attribuito alle regioni il compito di definire le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende sanitarie nella programmazione regionale, individuando le forme della collaborazione con le istituzioni sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale di riferimento.

L'atto di indirizzo e coordinamento preannunciato dalla riforma ed emanato con il DPCM del 14 febbraio 2001 ha dettato disposizioni sia in ordine alla programmazione degli interventi sociosanitari complessivamente intesi sia in relazione all'organizzazione delle prestazioni e dei servizi. Più precisamente, ha stabilito che «l'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati»<sup>4</sup>.

Il DPCM descrive tre tipi di interventi sociosanitari, distinguendo tra: prestazioni sanitarie e rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, secondo lo schema seguente:

<sup>4</sup> DPCM del 14 febbraio 2001, art. 2 c.1.

DEFINIZIONE	CONTENUTO	ENTE RESPONSABILE DELL'EROGAZIONE E DEL FINANZIAMENTO
Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale.	Aziende sanitarie locali
Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	Tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività si esplicano attraverso: a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità Comuni, con la familiari; b) gli interventi per la compartecipazione contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini, cittadini impossibilitati a produrre secondo modalità redditivo per limitazioni personali o stabilità dai sociali; c) gli interventi di sostegno e comuni stessi di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell’autonomia, non assistibili a	

DEFINIZIONE	CONTENUTO	ENTE RESPONSABILE DELL'EROGAZIONE E DEL FINANZIAMENTO
Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	domicilio; e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.	
Prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria	Tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.	Aziende sanitarie locali con risorse del fondo sanitario

Le prestazioni del primo e del terzo tipo sono quelle in cui la dimensione sanitaria è prevalente su quella sociale. Rientrano nelle competenze delle aziende sanitarie locali e sono a carico delle stesse. Inoltre sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e vengono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Nella seconda tipologia di interventi è invece la dimensione sociale a essere prevalente su quella sanitaria. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.

Le prestazioni sociosanitarie sono caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Particolarmente importante è il principio della personalizzazione degli interventi. Nel DPCM citato si precisa infatti che per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. Si stabilisce inoltre che ogni regione emani indirizzi e protocolli volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato, vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi e omogenei a livello territoriale.

#### LA RIFORMA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

La riforma *ter* della sanità viene seguita, a distanza di poco tempo, dall'approvazione della legge quadro n. 328 del 2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali. In base a questa norma, la programmazione degli interventi e dei servizi sociali deve realizzarsi in «coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari» (art. 3) e poi con quelli riguardanti l'istruzione, le politiche attive di formazione, di avviamento e di

inserimento al lavoro, riconoscendo e valorizzando le risorse delle comunità territoriali; alle regioni viene affidata la disciplina dell'integrazione degli interventi sociali, con particolare riferimento all'attività sanitaria e sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria (art. 8). In base alla legge quadro, il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere realizzato in modo da «ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte» (art. 22).

Uno dei criteri di fondo emergenti dal testo della riforma è che la presa in carico della persona deve essere globale e unitaria, ovvero deve tenere conto delle sue risorse e di tutti i bisogni di cui è portatrice, facendo attenzione in particolare ai determinanti sociali della salute.

L'impianto normativo lascia anche trasparire la consapevolezza che la fuoriuscita dalla condizione multiproblematica di disagio e di bisogno non può basarsi su interventi singoli, frammentati, slegati tra loro, intesi come misure esclusivamente riparative ma è necessario prevedere un approccio trasversale e integrato tra attori, politiche, risorse, interventi e servizi, limitando quella frammentazione che rende difficile una presa in carico efficace e mettendo al centro la persona e i suoi bisogni.

La legge n. 328 del 2000 ha rappresentato dunque un'ulteriore tappa verso l'obiettivo auspicato di una protezione sociale attiva, da realizzare attraverso la strutturazione di percorsi di valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata condivisa e valorizzazione e attivazione delle risorse individuali e collettive.

Lo strumento per costruire la rete locale dei servizi alla persona è il piano di zona (PdZ), che esige il coinvolgimento di attori diversi – non solo della sfera pubblica, ma anche del terzo settore e della comunità – il cui apporto è necessario per leggere i bisogni del territorio, individuare le risorse esistenti in vista della programmazione e gestione degli interventi necessari.

Inoltre, una piena ed efficace integrazione sociosanitaria non può non declinarsi a partire innanzitutto dal livello programmatico: la legge quadro, infatti, sottolinea la necessità di coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari agendo

in una logica di concertazione e cooperazione tra diversi livelli istituzionali, auspicando che le attività sociosanitarie siano programmate congiuntamente dai comuni e dalle Aziende sanitarie locali e che dunque siano contemplate sia nei piani di zona sia nella programmazione sanitaria dei distretti, nell’ambito di una più complessiva programmazione regionale integrata (Accorinti *et al.*, 2022, p. 12).

Come è noto, la realizzazione concreta della 328 è stata condizionata in maniera importante dalla riforma del Titolo V della Costituzione, che assicura alle regioni la potestà legislativa concorrente in alcune materie (come la sanità) ed esclusiva in altre (come l’assistenza sociale). La conseguenza è che in ambito sanitario lo Stato fissa i principi generali, mentre le regioni esercitano la potestà legislativa e regolamentare; in ambito socioassistenziale le regioni possono legiferare in autonomia, avendo come unico vincolo il rispetto delle norme costituzionali e dei livelli essenziali di assistenza. Di conseguenza, «non è più lo stato a determinare le linee di indirizzo e di coordinamento delle politiche sociosanitarie ma sono le regioni che, attraverso gli strumenti di programmazione di cui dispongono, sono chiamate a realizzare una rete più o meno integrata di servizi sociosanitari» (Perino, 2022, p. 31).

#### LA DEFINIZIONE DEI LEA

Un’altra importante tappa del percorso di realizzazione dell’integrazione sociosanitaria è costituita dal DPCM del 29 novembre 2001, il quale ha definito i Livelli essenziali di assistenza (LEA) che – trattandosi di diritti esigibili – il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini o gratuitamente oppure dietro pagamento di un ticket.

Di recente i LEA sono stati aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017, che ha sostituito integralmente il decreto del 2001. Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, regioni, province autonome e società scientifiche, indica le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadi-

ni con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei Livelli essenziali di assistenza, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA. Inoltre, con decreto del ministro della Salute del 21 novembre 2005 è stato istituito, presso il Ministero, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA), cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN.

I tre livelli di intervento individuati dal DPCM del 2017 sono la prevenzione, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza distrettuale. A quest'ultimo ambito afferiscono le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, compresi gli interventi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali, domiciliari e territoriali.

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale. Nel DPCM del 2017 vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui questa assistenza è garantita, ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, ecc.), integrate con le prestazioni sociali. Tra le categorie indicate rientrano le persone con disabilità e quelle con problemi di salute mentale<sup>5</sup>. A seconda delle specifiche condizioni della persona, della gravità e della modificabilità delle sue condizioni, della severità dei sintomi,

<sup>5</sup> Le altre categorie di cittadini indicate sono i malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze), i malati in fine vita e le persone con dipendenze patologiche.

ecc., le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali.

L'art. 21 del DPCM prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi – come quelle che evidenziano problemi di salute mentale – e che perciò necessitano di prestazioni sia sanitarie sia sociali, per migliorare o mantenere il proprio stato di salute.

Il percorso assistenziale integrato – che implica la presa in carico del paziente da parte di un'équipe multidisciplinare composta di vari professionisti<sup>6</sup> – si articola nelle seguenti fasi: accesso unitario ai servizi, valutazione multidimensionale della persona, presa in carico, esecuzione delle prestazioni previste dal piano individualizzato.

L'accesso unitario può avvenire presso gli sportelli o i servizi dedicati detti PUA (punto unitario di accesso) delle Asl o dei comuni, ai quali la persona interessata può rivolgersi per presentare la propria richiesta di assistenza e avere le specifiche informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali.

La valutazione multidimensionale della persona consiste nella individuazione dei suoi bisogni, sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), e viene effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale (Uvm), con l'applicazione di strumenti e scale standardizzate e uniformi.

La presa in carico avviene con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari (MMG, PLS, ecc.) e sociali; a seguito della valutazione, viene definito il Progetto di assistenza individuale (PAI) nel quale sono indicati i bisogni terapeutico-riabilitativi

<sup>6</sup> Il medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) in qualità di coordinatore dell'attività clinica; la rete degli operatori della Asl (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, altre figure sanitarie e sociosanitarie professionali); gli operatori del comune (assistente sociale, operatore socioassistenziale, assistente familiare).

e assistenziali della persona, gli obiettivi di cura e il trattamento sanitario più indicato, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia.

L'esecuzione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali si verifica presso il domicilio della persona presa in carico, oppure in strutture residenziali o semiresidenziali, con diversi livelli di intensità di cura e di assistenza, sulla base dello stadio della patologia e degli specifici bisogni del paziente.

L'integrazione tra gli interventi sanitari e gli interventi sociali deve essere garantita per tutte le tipologie di pazienti e in tutte le forme di assistenza indicati negli articoli del DPCM relativi all'assistenza sociosanitaria.

#### LIVELLI, ATTORI E STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il passaggio dalla formulazione dei principi in materia di integrazione sociosanitaria alla loro realizzazione concreta si è rivelato piuttosto complesso. Uno dei motivi di maggiore difficoltà è legato al fatto che l'allestimento di un sistema sociosanitario richiede che si lavori simultaneamente su diversi piani di coordinamento. Questo elemento viene evidenziato per la prima volta dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 che individua almeno tre livelli di integrazione da soddisfare: istituzionale, gestionale, professionale.

Il livello istituzionale è quello relativo ai accordi tra le istituzioni che hanno la responsabilità di realizzare le politiche pubbliche sanitarie e sociali; la realizzazione di esso necessita di specifici strumenti normativi e di pianificazione.

Il livello gestionale fa riferimento alle modalità attraverso cui gli attori chiamati a realizzare l'integrazione tra i due comparti gestiscono i servizi sociali e sanitari e si concretizza attraverso strumenti normativi come gli accordi di programma o le convenzioni e strumenti organizzativi come i modelli di gestione.

Il livello professionale è inherente alle relazioni tra gli operatori sanitari e sociali e alle modalità che essi utilizzano per

effettuare la valutazione globale dei bisogni e la progettazione di interventi integrati. Le modalità a cui ci si riferisce sono rappresentate dal lavoro d'équipe e dagli altri strumenti che permettono di valutare e gestire i bisogni e le risposte a essi indirizzate in maniera globale.

Ad ognuno dei livelli considerati dovrebbe corrispondere la presenza e l'interazione di diversi attori, chiamati a individuare strategie e strumenti operativi che permettono di realizzare azioni sinergiche.

Di seguito, lo schema, che permette di visualizzare attori e strumenti di riferimento per ciascuno dei livelli considerati.

LIVELLO	ATTORI	STRUMENTI
Istituzionale	Stato, regioni/province autonome, Asl, AO, comuni, terzo settore	LEA e LIVEAS, leggi, piani sanitari e/o sociosanitari nazionali e regionali, piani delle attività territoriali, piani di zona, ecc.
Gestionale	Asl, AO, comuni, aziende sociali, aziende private, terzo settore	Convenzioni, accordi di programma, linee guida, protocolli d'intesa, modelli di gestione, ecc.
Professionale	Operatori sanitari e sociali, pubblici e privati	Formazione congiunta, lavoro in équipe multidisciplinari, sistemi informativi, linee guida, <i>case management</i> , ecc.

Fonte: Perino 2022.

Gli attori dell'integrazione istituzionale sono innanzitutto lo Stato e le regioni. Lo Stato ha il compito di determinare i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale (LEA e LEPS) e di

definire norme e piani di settore. Alle regioni spetta il compito di adottare le norme di settore (tenendo conto che, a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, esse hanno potestà legislativa esclusiva in campo socio-assistenziale, mentre hanno potestà legislativa concorrente in ambito sanitario) e di elaborare i piani di intervento sociali e sanitari. A livello locale si muovono altri attori, pubblici, privati e del terzo settore, che hanno la responsabilità di progettare, organizzare e gestire i servizi e gli interventi sociosanitari. Le attività sanitarie e sociosanitarie territoriali fanno capo al distretto sanitario, chiamato a garantire alla popolazione di riferimento l'accesso a vari servizi (assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza ad anziani e disabili, assistenza domiciliare integrata, assistenza e cura delle tossicodipendenze, assistenza e cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ecc.). Per la concreta realizzazione della integrazione istituzionale è decisiva la collaborazione tra il distretto e i comuni, per armonizzare i servizi sociali – di cui sono responsabili gli enti locali – con i servizi sanitari, di cui è responsabile il Servizio sanitario nazionale.

I piani sociali e sanitari sono gli strumenti dell'integrazione istituzionale. Un esempio di pianificazione locale è il piano di zona, che

[...] rende possibile la programmazione integrata delle politiche sociali di un determinato territorio, l'unificazione delle risorse disponibili e la loro negoziazione in base ai bisogni di ciascun territorio. È uno strumento ricco di potenzialità, che permette di: coinvolgere tutti gli stakeholder; leggere e interpretare il territorio; analizzare i bisogni e i problemi della popolazione; riconoscere e mobilitare le risorse – pubbliche, private e di terzo settore – presenti sul territorio; definire obiettivi e priorità da perseguire nel triennio di riferimento e individuare le relative risorse da destinare loro; stabilire modalità gestionali idonee a garantire l'utilizzo di approcci integrati; prevedere sistemi per la verifica e la valutazione delle attività realizzate (Perino, 2022, p. 27).

L'integrazione gestionale, che si realizza mediante la interconnessione tra componenti istituzionali del sistema, come ad

esempio tra ospedale e servizi territoriali, viene esplicitamente menzionata nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel punto in cui si afferma che essa deve intendersi

[...] a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro per progetti<sup>7</sup>.

Tra le soluzioni organizzative più utilizzate per realizzare questo livello di integrazione si collocano la delega<sup>8</sup> e il consorzio<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Ministero per la Salute, Piano sanitario nazionale 1998-2000. *Un patto di solidarietà per la salute*, p. 84.

<sup>8</sup> La delega consiste nel trasferimento della gestione dei servizi sociali dagli enti locali alle Asl (vedi D.lgs. 502/1992) per la gestione unitaria dei servizi alla persona. «I rapporti tra ente delegato e delegante vengono regolati da una apposita convenzione e, se la delega è attribuita all'Asl da parte di più Comuni facenti capo ai Distretti della stessa, sono previste assemblee rappresentative dei Comuni con funzioni di indirizzo politico-amministrativo e di approvazione degli atti dell'Azienda sulle materie delegate. Le prestazioni vengono generalmente erogate nell'ambito dei servizi distrettuali; i servizi oggetto di delega sono regolamentati da specifici accordi di programma» (Perino, 2022, p. 27).

<sup>9</sup> Il consorzio «è un istituto giuridico (articolo 31, D.lgs. n. 267 del 2000 – ex articolo 25, Legge n. 142 del 1990) che disciplina un'aggregazione volontaria, legalmente riconosciuta, finalizzata a coordinare e regolare iniziative comuni per lo svolgimento di specifiche attività. Può risultare dall'unione di diversi enti pubblici (Comuni, Comunità montane, Aziende sanitarie etc.) intenzionati a gestire in forma associata i servizi di un determinato territorio e che partecipano alla realizzazione delle suddette attività attraverso quote. Si tratta di un ente strumentale di più enti locali, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia gestionale, organizzativa e finanziaria. Per costituire un consorzio è necessario predisporre una convenzione fra i soggetti che intendono consorziarsi e uno statuto che ne disciplini organizzazione e funzionamento» (*ivi*, pp. 27-28). Tale modello di gestione si concretizza attraverso la realizzazione di una struttura organizzativa (il consorzio appunto) che mette insieme attori sia del sociale che del sanitario, e attraverso strumenti

Gli strumenti della integrazione professionale sono quelli che permettono di collaborare a professionisti – portatori di competenze diverse – attraverso la raccolta ordinata di dati e informazioni relativi ai meccanismi della presa in carico (sistema informativo, cartella sociosanitaria informatizzata, ecc.). Lo strumento forse più importante è rappresentato dalle unità integrate per la valutazione dei bisogni sanitari e assistenziali, come le Unità di valutazione multidisciplinari (Uvm), costituite da professionisti sia del sociale che del sanitario, che hanno la responsabilità

[...] di fornire una lettura multidimensionale della situazione dei cittadini con bisogni socio-sanitari complessi e di individuare le risposte più opportune grazie alla definizione dei Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI) o i Punti Unici di Accesso (PUA), strutture operative composte da operatori sanitari e sociali, che permettono la presa in carico del bisogno complesso e l'accesso unitario e semplificato al sistema dei servizi (*ivi*, p. 28).

Da ultimo (ma non certo in termini di importanza) va richiamata quell'integrazione che è stata definita “comunitaria” e che si realizza mediante la combinazione delle diverse risorse – pubbliche e private – operanti sul territorio, e che sono in grado di garantire risposte più adeguate ai diversi bisogni, in termini di prestazioni più flessibili e adattabili alle esigenze di vita delle persone. In tale ambito un ruolo specifico è assegnato dall'ordinamento agli enti del terzo settore, oggetto di riforma normativa con il decreto legislativo n. 117 del 2017 (Codice del terzo settore): l'articolo 55 di esso introduce gli istituti della co-programmazione e co-progettazione mediante i quali, come affermato in un'importante decisione della Corte costituzionale, si introduce «un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato [...]», espressione di un

di programmazione integrati e strategie condivise si propone di effettuare la valutazione integrata dei bisogni.

diverso rapporto tra il pubblico e il privato sociale, non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico»<sup>10</sup>.

#### ASPETTI CRITICI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il percorso normativo finora ricostruito indica quali sono gli strumenti da utilizzare, le procedure da seguire e i livelli di coordinamento da soddisfare per realizzare nel concreto l'integrazione sociosanitaria. Tuttavia, nel passaggio alla fase realizzativa strumenti, procedure e criteri di coordinamento non sono stati utilizzati in maniera sistematica e omogenea su tutto il territorio nazionale.

Si ipotizza che tutto ciò sarebbe dipeso da almeno tre fattori: il disallineamento tra gli assetti territoriali generati dalle riforme; le conseguenze della riforma costituzionale del 2001; la diversità dei modelli organizzativi e dei criteri di finanziamento relativi ai livelli essenziali di assistenza in ambito sociale e in ambito socioassistenziale.

Il primo fattore è legato al fatto che le riforme sanitarie e quella del welfare socio-assistenziale hanno determinato l'attivazione di due processi organizzativi paralleli che non hanno ancora trovato punti di incontro significativi. Le riforme in ambito sanitario hanno previsto la costituzione del distretto sanitario come struttura organizzativa territoriale che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri<sup>11</sup>. La legge 328 ha invece previsto la determinazione degli Ambiti territoriali sociali (Ats), in funzione della gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Corte costituzionale, sent. n. 131 del 2020.

<sup>11</sup> Vedi D.lgs. n. 502 del 1992, articolo 3-quater, comma 2.

<sup>12</sup> Vedi l'articolo 8, comma 3 della legge citata.

Le Asl dei diversi sistemi sanitari regionali hanno adottato nel tempo modelli organizzativi differenti, che riducono oppure ampliano le possibilità operative dei distretti coinvolti.

Per altro verso, la costituzione degli Ambiti previsti dalla 328 ha reso necessaria l'aggregazione territoriale dei comuni che si dotano di un unico ufficio di piano. Attualmente il sistema informativo nazionale (SIOSS) censisce 580 Ats. Da quando questi ultimi sono attivi, «il punto resta da sempre lo stesso: quanta convergenza si realizza nelle amministrazioni dell'ambito verso la costruzione del sistema dei servizi, e quanto sono stabilmente vincolanti gli strumenti di ambito definiti a questo scopo» (Caiolfa, 2022, p. 54). Nel corso del tempo, si sono definiti assetti molto variabili ed è emersa la necessità di un consolidamento degli ambiti come esigenza di natura generale.

A complicare ulteriormente il percorso dell'integrazione sociosanitaria è il fatto che le diverse perimetrazioni del welfare spesso presentano anche confini territoriali differenti, come in Calabria ad esempio, e tutto ciò rende spesso problematica la realizzazione dei diversi livelli di integrazione illustrati nel paragrafo precedente.

Il secondo fattore da considerare è relativo alla riforma costituzionale del 2001, che ha determinato – come si è già fatto notare – un cambiamento nei criteri che regolavano l'attribuzione delle funzioni pubbliche ai diversi livelli amministrativi, determinando delle asimmetrie tra l'assistenza sociale e quella sanitaria. Quest'ultima è di competenza regionale, mentre l'assistenza sociale è di competenza dei comuni che la esercitano in forma singola o associata e le regioni svolgono funzioni di programmazione. Per le due materie compete allo stato la definizione dei LEA, ma utilizzando meccanismi differenti tra sociale e sanitario.

Il terzo fattore che avrebbe determinato la realizzazione disomogenea del processo di integrazione è inherente agli strumenti di regolazione dei LEA e dei LEPS in ambito sociosanitario, i quali sono rappresentati da norme e da istituzioni differenti: il DPCM 12 gennaio 2017 di competenza Ministero della Salute (per i LEA), e i Piani nazionali riferiti alla D.lgs. n. 147 del 2017 di competenza del

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (per i LEPS). I LEA costituiscono il contenuto di diritti perfettamente esigibili, mentre i LEPS possono essere garantiti entro i limiti delle risorse di cui gli ambiti territoriali sociali possono effettivamente disporre<sup>13</sup>. Tutto ciò è la conseguenza anche delle differenze che si rilevano sul piano dei criteri di finanziamento: i LEA sono definiti da più di venti anni e sono finanziati con il Fondo sanitario nazionale, mentre i LEPS sono attivi solo da pochi anni e sono finanziati con fondi statali che coprono però solo una parte della spesa sociale complessiva.

La definizione e il coordinamento di LEA e LEPS dovrebbero permettere di stabilire su chi grava la responsabilità finanziaria dei servizi ma soprattutto di renderne fruibili i contenuti da parte dei cittadini, che in questo modo potrebbero esercitare nel concreto i diritti alla salute e all'assistenza, costituzionalmente garantiti. Il problema è che essi non sono realizzati in maniera appropriata e omogenea su tutto il territorio nazionale, per le ragioni appena espresse. Nell'ambito della tutela della salute, ad esempio, la regionalizzazione del sistema sanitario e la definizione dei LEA non solo non hanno ridotto i divari di tutela della salute tra i territori, ma li hanno addirittura amplificati, come dimostrano i dati sulla migrazione sanitaria.

La questione dei LEPS viene esplicitamente affrontata dalla legge n. 86 del 2024 sull'autonomia differenziata, che subordina l'attuazione della riforma alla loro esatta determinazione e alla quantificazione dei relativi costi e fabbisogni standard<sup>14</sup>,

<sup>13</sup> Giova ricordare che un diritto è pienamente esigibile quando può essere fatto valere davanti all'autorità giudiziaria. Nel caso dei diritti sociali, la l. 328 sembra limitare i diritti soggettivi alle prestazioni economiche (previste nella seconda parte della legge); nulla è detto a proposito del diritto di accedere ai servizi sociali previsti dalla stessa legge. Si tratta di un problema enorme. «Le persone malate hanno diritto all'assistenza sanitaria e quelle in età scolare all'istruzione. Lo Stato è obbligato per legge a fornire i servizi sanitari necessari e le scuole. Ciò non accade per gli anziani non autosufficienti, i disabili, i poveri, ecc. Le risposte a questi bisogni sono condizionate dalla disponibilità di risorse e perciò di specifici servizi» (Franzoni, Anconelli, 2021, p. 85).

<sup>14</sup> «Il trasferimento delle funzioni, con le relative risorse umane, strumentali e finanziarie, concernenti materie o ambiti di materie riferibili ai LEP di

che dovrebbero rappresentare una garanzia per le regioni con i servizi alla persona meno strutturati. Le evidenze empiriche che emergono dai territori in cui il welfare è più debole sembrano però dire che non è sufficiente definire i LEPS e finanziarli adeguatamente, se i territori non sono dotati delle infrastrutture sociali necessarie per programmare, progettare, gestire, rendicontare e valutare gli interventi ordinari. La questione dei livelli essenziali di processo e di organizzazione/gestione appare perciò prioritaria rispetto a quella della determinazione dei livelli essenziali di prestazione<sup>15</sup>.

Nonostante le differenze e i disallineamenti, si fa notare che la connessione tra LEA e LEPS potrebbe diventare un importante strumento di regolazione dei sistemi nazionali, regionali e locali. Una soluzione che viene prospettata per superare le difficoltà attuali potrebbe essere quella di utilizzare lo strumento

cui all'articolo 3, può essere effettuato, secondo le modalità e le procedure di quantificazione individuate dalle singole intese, soltanto dopo la determinazione dei medesimi LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio. Qualora dalla determinazione dei LEP di cui al primo periodo derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, si può procedere al trasferimento delle funzioni solo successivamente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle risorse finanziarie volte ad assicurare i medesimi livelli essenziali delle prestazioni sull'intero territorio nazionale, ivi comprese le Regioni che non hanno sottoscritto le intese, al fine di scongiurare disparità di trattamento tra Regioni, coerentemente con gli obiettivi programmati di finanza pubblica e con gli equilibri di bilancio, nel rispetto dell'articolo 9 della presente legge e della lettera d) del comma 793 dell'articolo 1 della legge 29 dicembre 2022, n. 197» (art. 4 c. 1).

<sup>15</sup> I livelli essenziali di processo «riguardano alcuni processi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, piano assistenziale personalizzato, valutazione degli obiettivi di salute raggiunti» (Caiolfa, 2022, p. 58). I LEPS di organizzazione «riguardano strumenti di più ampio raggio che costituiscono elementi indispensabili per la creazione di strutture stabili dedicate allo sviluppo di servizi integrati: le organizzazioni territoriali unitarie certamente, probabilmente anche gli strumenti di programmazione, forse il loro sviluppo nel tempo potrebbe anche arrivare potenzialmente agli organismi della governance istituzionale» (*ivi*, p. 59).

degli Obiettivi di servizio, originariamente previsti dalle norme sul federalismo fiscale (legge n. 42 del 2009 e D.lgs. n. 216 del 2010), come obiettivi di convergenza tra i diversi livelli verticali di governo (statale-regionale-comunale) da attuare nel quadro delle compatibilità generali in attesa che venissero definiti i LEPS. Le difficoltà di realizzare i LEA e i LEPS in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale potrebbe incoraggiare l'utilizzo degli Obiettivi di servizio, in modo esplicito,

[...] come strumenti per il perseguimento graduale e sistematico dei Livelli essenziali sia in sanità che nel sociale, ricercandone l'effettiva omogeneità e uniformità su tutto il territorio nazionale. [...] In questo modo sarebbe possibile generare un'azione sistematica per il consolidamento dell'offerta, l'evoluzione interprofessionale e il cambiamento organizzativo, capace di coinvolgere progressivamente sia il livello statale che i livelli regionali e locali attraverso gli obiettivi di servizio collegati ai Livelli essenziali. Nella consapevolezza che i servizi non appartengono alle organizzazioni o agli operatori ma, attraverso la piena attuazione dei livelli essenziali, sono piuttosto lo strumento concreto di attuazione della prospettiva costituzionale per i diritti alla salute e all'assistenza di tutti i cittadini (Caiolfa, 2022, pp. 58-59).

### 3. La normativa regionale e nazionale a sostegno delle sperimentazioni del BdS

Negli ambiti di intervento in cui il BdS è stato finora applicato è stato possibile realizzare la deistituzionalizzazione – o di prevenire la istituzionalizzazione – delle persone vulnerabili, attraverso la definizione di progetti terapeutico riabilitativi che valorizzano i determinanti sociali della salute, consentendo a ogni singola persona assistita di esercitare concretamente il diritto alla formazione, alla socialità, all'inserimento lavorativo, all'autonomia abitativa. In altri termini, il Budget di Salute favorisce «processi riabilitativi dinamici, personali e individualizzati allo scopo di evitare progettualità statiche con conseguenti rischi di allontanamento dai bisogni reali, dagli obiettivi di salute degli utenti e di cronicizzazione dei percorsi sul medio lungo periodo» (Santuari, 2022, p. 29).

La prima sperimentazione del BdS come dispositivo di intervento nell'ambito della salute mentale è avvenuta a livello regionale, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, prima in Friuli (Furlan et al., 2024) e poi in Campania (De Mattia et al., 2016) e in Emilia-Romagna (Starace, 2024b). Nei contesti regionali in cui è stato adottato, si sono mobilitati più attori, istituzionali e del terzo settore, secondo modalità di impegno non riconducibili a uno schema univoco e standardizzato, nel senso che, situazione per situazione, è stato variabile il numero e le caratteristiche dei soggetti coinvolti, le modalità di interazione e integrazione tra gli stessi, i modelli organizzativi e gli strumenti utilizzati. Tutto ciò è avvenuto anche in considerazione del fatto che l'art. 117 Cost. riconosce alle regioni una competenza legislativa concorrente in materia di sanità, che ha legittimato gli enti territoriali a intervenire nell'ambito dei servizi sociosa-

nitari e, in particolare, nell'organizzazione e gestione della loro integrazione.

Le sperimentazioni locali e la successiva produzione normativa e regolamentare a livello di singole regioni si sono basate su norme nazionali già vigenti, comprese quelle esaminate nel paragrafo precedente. In altri termini, gli assi portanti su cui si è sviluppata la impostazione metodologica del BdS sono rintracciabili in norme antecedenti alla sua codificazione esplicita.

Un esempio è rappresentato dalla legge sulla disabilità, la 104 del 1992, che prevede la presenza combinata e integrata di più attori, istituzionali e non, a cui è affidata la responsabilità di predisporre progetti e percorsi personalizzati che abbiano al centro la persona con disabilità<sup>1</sup>.

Nel testo della terza riforma sanitaria è inoltre rintracciabile uno dei criteri di fondo che – successivamente – ha orientato le sperimentazioni del BdS. Si tratta della parte in cui, riferendosi ai livelli di assistenza che lo Stato e le sue articolazioni territoriali devono assicurare a tutti i cittadini affinché sia reso effettivamente esigibile il diritto alla salute di cui all'art. 32 della costituzione, parla di livelli “essenziali” e non di livelli “minimi”<sup>2</sup>. Quest’ultima espressione contenuta nelle norme precedenti indicava un certo grado di marginalità dell’azione pubblica in ordine alla garanzia dei livelli di assistenza, mentre il concetto di essenzialità pone in risalto i principi e gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e regionale formulati dalla legge 833 del 1978 e messi a rischio dalla impostazione aziendalistica e manageriale

<sup>1</sup> «Le regioni possono provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio: [...] a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia» (legge 104/1992, art. 39 c. 2 lett. l-ter).

<sup>2</sup> D.lgs. 229/1999, art. 1.

introdotta dalla seconda riforma sanitaria. L'indicazione relativa ai livelli essenziali di assistenza sanitaria rappresenta dunque una funzione coerente con il compito e la responsabilità primari della Repubblica che sono quelli di individuare i bisogni e le necessità di tutela della salute dei cittadini, anche a prescindere dall'esistenza delle coperture finanziarie. Si tratta di

un principio cardine che ispira e guida la realizzazione delle attività e dei progetti del BdS: la centralità delle persone con disabilità, con i loro bisogni e le loro attese non possono essere compromessi dall'assenza ovvero dall'insufficienza delle risorse finanziarie pubbliche. Tuttavia, proprio perché consapevoli che i progetti e le azioni a favore delle persone fragili richiedono investimenti, anche di lungo periodo, i BdS possono stabilire forme di compartecipazione economica non soltanto da parte degli utenti/beneficiari, ma anche da parte dei soggetti, specie non lucrativi e mutualistici, che vengono coinvolti nella co-programmazione e co-progettazione degli interventi (*ivi*, pp. 36-37).

Tra le norme che hanno sostenuto la pratica del BdS si colloca anche la legge 328/2000. Come si è già sottolineato in precedenza, questa norma evidenzia la necessità di realizzare interventi centrati sulla condizione delle persone con disabilità mediante progetti individualizzati che siano espressione del coinvolgimento attivo dell'azienda sanitaria, degli enti locali e delle comunità interessate, oltre che della stessa persona coinvolta e del suo reticolo familiare<sup>3</sup>.

Rispetto alla legge 104, l'elemento nuovo introdotto dalla legge 328 è la previsione di un metodo di lavoro che passa attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche e tra queste e i soggetti non profit, che si coagula nella costruzione dei piani di zona. Le stesse dinamiche di co-programmazione e di co-progettazione stanno sullo sfondo del BdS, dispositivo caratte-

<sup>3</sup> L'art. 14 della legge citata prevede la possibilità che le persone con disabilità richiedano l'elaborazione del progetto di vita che, in base a quanto stabilito da una norma più recente (legge 227/2021, art. 2, c. 2, lettera c), deve tenere conto di desideri, aspettative e scelte così come formulati dalle persone stesse.

rizzato dalla cooperazione tra istituzioni pubbliche, enti di terzo settore e persone prese in carico. In altri termini, la legge 328 ha confermato che il sistema di welfare può anche fornire risposte e soluzioni personalizzate, senza per questo perdere la propria natura di servizio universalistico: «anzì, in questo modo, il sistema di protezione sociale interpreta un'esigenza proveniente dalla popolazione più fragile, strettamente collegata con i progetti autonomi di vita delle persone con disabilità, rafforzandone la tutela nell'ambito delle comunità locali» (*ivi*, pp. 41-42).

In questa prospettiva, una forte spinta è offerta dalla legge n. 112 del 2016<sup>4</sup> che fornisce gli strumenti giuridici necessari a rendere esigibili i diritti codificati nelle leggi 104, 229 e 328. La legge 112, che richiama esplicitamente il principio della libertà e dell'autodeterminazione delle persone disabili, «costituisce il tentativo di individuare un sistema di regole certe e chiare per i progetti in tema di “durante” e “dopo di noi”, che tra l'altro permettano di costituire vincoli, legami e networks strutturati e solidi a sostegno delle persone con disabilità, in specie quelle prive di sostegno familiare» (*ibidem*). Tutto ciò consente di cogliere le analogie con l'impostazione complessiva del Budget di Salute: per un verso, la legge 112 delinea una impalcatura giuridica, organizzativa e gestionale, in grado di sostenere i progetti personalizzati evocati dall'art. 14 della legge 328; per altro verso, tale norma prevede la possibilità che la persona interessata sia presa in carico già durante l'esistenza in vita dei genitori, anche allo scopo di prevenirne l'istituzionalizzazione.

L'evoluzione normativa sinteticamente tracciata e le esperienze regionali maturate in questi ultimi anni hanno sollecitato anche il legislatore nazionale a intervenire al fine di offrire una disciplina omogenea in materia. In quest'ottica, deve essere interpretata la previsione contenuta nella legge n. 77 del 2020, che individua nel BdS, sia in forma individuale che comunitaria, uno degli strumenti a cui fare ricorso per la realizzazione dei progetti

<sup>4</sup> Si tratta della legge sul “dopo di noi”, che contiene disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

di vita delle persone disabili<sup>5</sup>. Alla luce di questa norma, il BdS appare come dispositivo idoneo a promuovere la capacitazione delle persone vulnerabili, attraverso progetti e interventi da articolare in una dimensione non solo individuale ma anche collettiva, in considerazione della posizione delle persone prese in carico nell'ambito delle comunità di appartenenza: «è questa la dimensione che identifica uno degli aspetti innovativi del metodo del BdS quale strumento, anche giuridico, di coesione e solidarietà sociale, attraverso il quale coinvolgere una pluralità di soggetti e in grado di attivare risorse, anche di natura economico-finanziaria, mirate a costruire percorsi di effettiva inclusione sociale» (*ivi*, p. 46).

Dal punto di vista dell'architettura istituzionale disegnata per realizzare gli obiettivi legati alla metodologia del BdS, la legge 77 attribuisce alla Conferenza Stato-Regioni il compito di definire, in via sperimentale per un biennio, strutture di prossimità e modelli organizzativi volti a favorire azioni e interventi di promozione, prevenzione, riabilitazione e presa in carico delle persone fragili. La realizzazione di questa finalità prevede l'integrazione sociosanitaria degli interventi in oggetto<sup>6</sup>, il ricorso a strumenti che riducano l'istituzionalizzazione delle persone con disabilità, il coinvolgimento di una pluralità di soggetti, pubblici e di terzo settore, chiamati a svolgere un ruolo attivo nella definizione degli interventi a supporto delle persone con disabilità. Al fine di diffondere e promuovere il BdS su tutto il territorio

<sup>5</sup> Art. 1 c. 4-bis della legge citata.

<sup>6</sup> Obiettivo che è stato ribadito nel Piano nazionale prevenzione 2020-2025, approvato nel mese di agosto 2020 in Conferenza Stato-Regioni, nel quale è possibile leggere quanto segue: «È indispensabile rafforzare le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e sociosanitaria e tra Territorio e Ospedale. Deve essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione diventi un obiettivo primario anche per l'Ospedale facilitando il dialogo e lo scambio di competenze e in formazioni fra tutti gli attori del sistema, ivi compresi Mmg e Pls» (p. IV).

nazionale, la stessa legge attribuisce al Ministero della Salute la responsabilità delle azioni di coordinamento, monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni avviate e di quelle che dovranno essere avviate. Si ritiene, infatti, che l'azione ministeriale, soprattutto in un contesto di conclamate diseguaglianze territoriali, «sia riconosciuta quale “collante” necessario per garantire che la metodologia innovativa del BdS possa trovare un'adeguata applicazione nei vari contesti territoriali» (*ivi*, p. 50).

#### LE LINEE PROGRAMMATICHE SUL BDS

Il percorso di progressiva definizione della disciplina normativa in materia di BdS raggiunge il suo culmine con la redazione delle «Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti», che sono oggetto di una Intesa tra governo, regioni e autonomie locali, stipulata nel quadro della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 6 luglio 2022<sup>7</sup>. Nel testo si afferma che le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali si impegnano a recepire con propri provvedimenti i contenuti dell'Intesa. Si evidenzia inoltre l'importanza di verificarne la recezione, possibilmente attraverso un monitoraggio nazionale periodico da parte degli enti locali coinvolti insieme al Ministero della Salute.

L'Intesa richiama esplicitamente alcune norme nazionali, come quelle sull'integrazione sociosanitaria, due piani di azione internazionali – il *WHO's comprehensive mental health action plan 2013-2030* (WHO, 2021) e l'*European Mental Health Action*

<sup>7</sup> Il testo rappresenta il risultato finale di un progetto promosso e finanziato dalla direzione generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute denominato “Soggetto, persona e cittadino”, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna e dell'azienda CSM di Parma, grazie al contributo dell'Istituto superiore di sanità (Iss). Dopo essere state sottoposte a consultazione pubblica, le Linee programmatiche sono state approvate in occasione della Consensus Conference del 30 settembre 2021, e successivamente sono state presentate alla Conferenza Stato-Regioni per la loro adozione (vedi Santuari, 2022).

*Plan* (WHO for Europe, 2015) – approvati dall’Organizzazione mondiale della sanità quali documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell’area della salute mentale e, infine, il contenuto della Conferenza nazionale sulla salute mentale del 2021 (Ministero della Salute, 2022).

Se le norme e le procedure in materia di integrazione sociosanitaria individuano la cornice istituzionale in cui collocare la pratica del BdS, il riferimento ai due documenti dell’Oms serve a esplicitare la dimensione politico-culturale che le Linee programmatiche intendono esprimere.

Il *WHO’s comprehensive mental health action plan 2013-2030*, ad esempio, rileva la persistenza di enormi lacune nei sistemi sanitari di molti Paesi, dove le risorse destinate alla salute mentale rimangono drammaticamente insufficienti e dove ancora oggi milioni di persone non ricevono le cure di cui avrebbero bisogno. Il documento sottolinea perciò la necessità che i governi adottino politiche nazionali finalizzate a colmare questi vuoti. Il piano enfatizza inoltre l’importanza di una stretta collaborazione tra i vari attori del sistema sanitario e sociale, coinvolgendo non solo le istituzioni pubbliche, ma anche le organizzazioni della società civile, le associazioni di pazienti, i caregiver e le comunità locali, affinché la salute mentale diventi una priorità condivisa e sostenuta da tutti. Tra le altre priorità evidenziate dalla strategia proposta si collocano la formazione degli operatori sanitari, gli interventi di prevenzione dei disturbi psichici, la valorizzazione dei determinanti sociali, economici e ambientali della salute mentale, il rafforzamento dei sistemi informativi e della ricerca. A questo riguardo, si fa notare che la mancanza di dati affidabili rappresenta un ostacolo significativo alla pianificazione di interventi efficaci, poiché senza un monitoraggio accurato è difficile valutare i progressi e identificare le aree in cui è necessario un maggiore investimento. L’Oms esorta quindi i governi a sviluppare sistemi di raccolta dati che permettano di analizzare la diffusione dei disturbi mentali, la qualità dei servizi offerti e l’efficacia delle politiche adottate.

Il secondo documento dell’Oms richiamato è il *Piano d’azione europeo per la salute mentale 2013-2020*, elaborato in stretta

coerenza con il framework sanitario *Health 2020*, che promuove un approccio integrato e multidimensionale alla salute pubblica, basato sui principi di equità, inclusione e sostenibilità<sup>8</sup>. L'idea centrale di questo piano è che il miglioramento della salute mentale sia una condizione imprescindibile per lo sviluppo economico e sociale dell'intera regione europea, con ricadute positive non solo in ambito sanitario, ma anche nel mondo del lavoro, nell'istruzione e nel benessere generale delle comunità.

Tra gli obiettivi strategici delineati nel documento, si segnala in particolare il richiamo alla necessità di favorire una progressiva deistituzionalizzazione, attraverso lo sviluppo di servizi di salute mentale territoriali e di comunità, in grado di garantire un'assistenza più personalizzata, umana e rispettosa della dignità dei pazienti. Si suggerisce inoltre la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici tradizionali, da sostituire con strutture più flessibili e integrate nel tessuto sociale.

Il riferimento dell'Intesa alla Conferenza nazionale sulla salute mentale (Ministero della Salute, 2022) riguarda in maniera

<sup>8</sup> *Health 2020* è un policy framework in materia sanitaria, basato su evidenze scientifiche e valori, adottato dai 53 Stati membri della Regione europea dell'Oms nel 2012. Il suo obiettivo principale è migliorare la salute per tutti e ridurre le disuguaglianze sanitarie, attraverso una governance rafforzata e un approccio integrato tra settori e livelli di governo. *Health 2020* promuove la salute come un diritto umano fondamentale, evidenziando il legame tra salute, sviluppo sociale ed economico. L'approccio mira a rendere le politiche sanitarie più inclusive, coinvolgendo non solo le istituzioni governative ma anche la società civile, le comunità e gli individui. Tra le aree di azioni prioritarie che il framework indica, troviamo: l'investimento nella salute attraverso un approccio basato sul ciclo di vita e sull'*empowerment* delle persone; il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici, universalistici e centrati sulle persone; la riduzione dell'impatto delle disuguaglianze sulla salute, il sostegno alle politiche ambientali in grado di proteggere la salute e il benessere delle persone. *Health 2020* suggerisce inoltre modelli di governance innovativi, come l'approccio intersetoriale (Whole-of-Government Approach) secondo cui tutte le azioni di governo sono chiamate a considerare l'impatto sulla salute; l'approccio che prevede il coinvolgimento attivo di comunità, cittadini e settore privato per migliorare la salute pubblica (Whole-of-Society Approach); l'approccio che prevede l'integrazione della salute come priorità trasversale nelle politiche economiche, sociali e ambientali (Health in All Policies).

esplicita i contenuti della sessione tematica su lavoro, abitazione e sostegno vita indipendente (*ivi*, pp. 149 ss.). Nella sintesi dei lavori della sessione, si fa riferimento ad alcuni fattori generali da tenere presenti per l'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale, come la possibilità di avere un numero adeguato di operatori in rapporto al fabbisogno assistenziale, la necessità di superare la separazione tra l'ambito sociale e quello sanitario, l'utilizzo appropriato della normativa disponibile, con particolare riferimento alla legge sull'amministratore di sostegno e a quella sul "dopo di noi". Viene anche sottolineata l'importanza di due determinanti sociali quali il lavoro e l'abitare. Rispetto al lavoro, si suggerisce di rafforzare il ruolo delle cooperative di tipo b; sull'abitare si afferma la necessità di superare i percorsi di neoistituzionalizzazione, accompagnando le persone verso la graduale acquisizione dell'autonomia abitativa possibile:

si tratta di aiutare le persone a vivere non solo in una casa inserita in un contesto cittadino, ma soprattutto al di fuori dell'abitazione, accompagnandole nella costruzione delle relazioni con il quartiere, nei luoghi di vita e di scambio con gli altri, negli stessi ambienti di lavoro laddove possibile. Ma in Italia non ci sono linee guida nazionali che promuovano l'abitare in salute mentale, a partire dalla necessità di non identificare anche gli appartamenti come strutture con obbligo di autorizzazione regionale, riconoscendoli come civili abitazioni nell'ambito di progetti Asl. Si tratta, pertanto, di definire a livello nazionale percorsi appropriati che consentano l'implementazione del supporto all'abitare in salute mentale (*ivi*, p. 152).

Tenendo conto delle norme citate, dei piani di azione dell'organizzazione mondiale della sanità e di quanto emerso dall'ultima Conferenza sulla salute mentale, il testo dell'Intesa esplicita le motivazioni sottostanti all'adozione delle Linee programmatiche sul BdS.

Afferma innanzitutto che la salute mentale costituisce uno degli obiettivi primari del Servizio sanitario nazionale e che in questo come in altri ambiti un sistema sanitario moderno ed efficace è chiamato a individuare metodologie e strumenti effi-

cienti, evidenziando che la corretta gestione dei disturbi mentali gravi determina una sostanziale riduzione dell'onere sociale ed economico che tali disturbi apportano a livello di sistema. A questo riguardo cita gli studi qualitativi italiani che hanno esaminato i benefici del Budget di Salute e i significativi risparmi sui costi del SSN, principalmente associati alla riduzione dei casi di istituzionalizzazione e alla maggiore appropriatezza dei servizi sanitari, consentendo un trattamento sanitario più adeguato, ed evidenzia il fatto che tale modello consente il miglioramento della qualità della vita delle persone coinvolte. Questo è il motivo per cui i pazienti e i caregiver informati hanno espresso livelli medio-alti di soddisfazione con tale modello di intervento.

Viene poi richiamato il lavoro svolto dalla Regione Emilia-Romagna che con la Deliberazione n. 1554/2015 ha definito le linee di indirizzo del Budget di Salute, individuandolo come uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psicosociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Le Linee programmatiche sono allegate al testo dell'Intesa, di cui sono parte integrante.

Il testo si articola nelle sezioni seguenti: una premessa, esperienze sulla metodologia del Budget di Salute, l'esplicitazione degli elementi qualificanti, la descrizione degli elementi attuativi.

Nella premessa si chiarisce che le Linee programmatiche possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo.

Nel paragrafo relativo alle esperienze, si afferma che nella stesura delle Linee programmatiche si è tenuto conto di una revisione della letteratura internazionale e anche della documentazione raccolta da regioni e provincie autonome allo scopo di selezionare buone pratiche in vista di una consensus

conference nazionale. La revisione sistematica della letteratura internazionale è stata condotta su 31 approfondimenti – sia qualitativi che quantitativi – sul Budget di Salute in contesti di salute mentale, focalizzando l'attenzione su interventi, risultati e costo-efficacia. Sei di questi studi sono stati condotti in Italia, tra il 2013 e il 2021. Pur facendo riferimento a un numero abbastanza ampio di soggetti (circa 1825 utenti, familiari e professionisti), gli estensori delle Linee programmatiche ritengono che i risultati non siano immediatamente generalizzabili. Innanzitutto perché gli studi sono relativi solo ai Paesi occidentali e fanno riferimento a esperienze relative a sistemi sanitari nazionali con caratteristiche profondamente diverse. In molti casi, inoltre, gli approfondimenti sono stati condotti su un campione limitato di casi (spesso senza una descrizione accurata delle persone prese in carico), con un disegno prevalentemente qualitativo, senza utilizzare strumenti validati per misurare gli esiti, e la qualità delle analisi non è sempre soddisfacente. Infine, le informazioni sulle risorse economiche impiegate sono state quasi sempre omesse. Nonostante queste limitazioni, l'estensore delle Linee programmatiche ritiene che attraverso questi carotaggi si possa comunque dimostrare che il Budget di Salute ha favorito cambiamenti significativi nel modo in cui le risorse sono state utilizzate e negli approcci di intervento personalizzati e ha determinato risparmi sui costi per le famiglie e per i sistemi sanitari nazionali.

Dalle rilevazioni effettuate emergono anche spunti problematici, in vista della applicazione del BdS su scala nazionale. Ad esempio, difficoltà di gestione sono state evidenziate sia da familiari che da professionisti coinvolti, i quali hanno trovato la gestione del Budget di Salute come un onere aggiuntivo nel loro lavoro. Inoltre, le esperienze sul campo hanno fatto emergere prassi e concezioni diverse del Budget, espressione di culture e bisogni dei contesti locali. Tuttavia, dalle esperienze mappate, si è rilevata la necessità di promuovere questo modello di intervento per facilitare i cambiamenti organizzativi dei servizi del welfare in modo trasversale. Dal punto di vista normativo, si è sottolineata in particolare la necessità di coordinare e integrare le norme contenute nel Codice degli appalti e nel Codice del terzo settore con

prassi amministrative che siano in grado di realizzare gli obiettivi del BdS. Più in generale, emerge la necessità di pratiche sanitarie e sociali più flessibili, per consentire la rimodulazione dei servizi in favore di una maggiore personalizzazione.

Per orientare l'avvio o la prosecuzione della sperimentazione nei diversi territori, le Linee programmatiche esplicitano sei elementi qualificanti e altrettanti elementi da tenere presenti in fase attuativa.

Il primo dei sei elementi qualificanti riguarda la centralità della persona. Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Ogni persona va considerata con riferimento al suo contesto e va accompagnata tenendo conto delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione. Il dispositivo in questione sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.

Il secondo elemento riguarda la centralità della regolazione pubblica. Il BdS è a governo e coordinamento pubblico affinché sia garantita una reale integrazione sociosanitaria. La conseguenza immediata è che la richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire a opera di un professionista sanitario, sociosanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. L'intervento dei servizi pubblici va articolato in modo da prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale amministratore di sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta dell'interessato, dei soggetti significativi affinché la persona presa in carico partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche.

Il terzo elemento pone l'accento sull'importanza dell'approccio capacitante, che si esprime attraverso la valutazione

multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse e la successiva quantificazione del Budget di Salute.

Il quarto elemento si esplicita nella connessione tra il percorso di cura e il progetto di vita della persona coinvolta. Sulla base delle valutazioni condotte in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato alla *recovery* della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita. Ogni progetto Budget di Salute deve essere coordinato da un case manager identificato che può essere di ambito sanitario o sociale e che svolge la funzione principale di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dall'équipe.

Il quinto elemento è rappresentato dal consenso della persona e di tutti i soggetti coinvolti, che rende operativo il BdS. Il consenso viene espresso nella sottoscrizione di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti gli attori. L'accordo è parte integrante del progetto.

L'ultimo elemento è identificabile nel monitoraggio e nella verifica. In fase attuativa, il BdS deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e verifica è coordinata dal case manager identificato già in fase progettuale. La verifica prenderà in considerazione anche indicatori di esito.

Alle indicazioni riguardanti le dimensioni che qualificano il BdS, le Linee programmatiche aggiungono quelle relative agli elementi da tenere presenti in fase attuativa.

La prima indicazione riguarda la co-programmazione che, ai sensi dell'art. 55 del codice del terzo settore, chiama in causa le aziende sanitarie, gli enti locali e gli enti del terzo settore. La co-programmazione viene indicata come strumento finalizzato a sostenere i percorsi individuati con BdS, in vista della identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi necessari allo

scopo, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. In analogia con quanto previsto per i piani di zona, si prevede che la co-programmazione si formalizzi mediante accordo di programma.

Un secondo passaggio attuativo è relativo alla formulazione di elenchi di soggetti qualificati per la realizzazione di progetti BdS. Agli enti cogestori è richiesta la competenza necessaria a sostenere la capacitazione di ogni persona presa in carico, in modo da consentirle di essere soggetto attivo del proprio progetto di vita.

La progettazione esecutiva è il terzo elemento attuativo. Essa prevede il coinvolgimento dell'ente cogestore scelto, della persona presa in carico e, se disponibili, dei suoi familiari. Definita l'ipotesi progettuale, viene sottoscritto il Budget di Salute e identificato il case manager. Il Budget di Salute diviene esecutivo con la sottoscrizione dell'accordo/contratto. Il case manager coordina le azioni di verifica e monitoraggio a opera dell'équipe sociosanitaria.

L'attuazione di un progetto di BdS passa anche attraverso la valutazione multidisciplinare e multidimensionale e l'utilizzo degli strumenti condivisi e concordati dall'équipe sociosanitaria, costituita da una componente sanitaria e da una componente sociale. La componente sanitaria è rappresentata dai professionisti sanitari e sociosanitari che hanno in carico la persona. La componente sociale è rappresentata dall'assistente sociale dell'ente locale e da altri operatori educativi o sociali. Entrambe le componenti compongono le équipe multidisciplinari contribuendo alla costruzione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati. Se i componenti non hanno potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, è previsto l'intervento di convalida dell'unità di valutazione multiprofessionale (Uvm). La fase di valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse aree: area clinica, del funzionamento psicosociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento. Tutta la fase valutativa deve prevedere la partecipazione della persona e, su sua richiesta, dei soggetti significativi. L'équipe sociosanitaria con potere decisio-

nale o Uvm, avvalendosi degli elenchi di soggetti qualificati, è il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurarle la risposta più idonea. In questa valutazione deve essere considerata la capacità di rispondere in termini di appropriatezza degli interventi, di qualità dell'accoglienza, dell'offerta, dell'adeguatezza delle caratteristiche strutturali / logistiche nonché sotto il profilo dell'impiego delle risorse economiche in relazione alle diverse modalità organizzative locali.

Il penultimo passaggio attuativo coincide con la definizione del PTRI, che contiene le indicazioni seguenti: obiettivi relativi alle diverse aree dei determinanti sociali della salute; abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi; risorse umane, ambientali e materiali (anche economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, dettagliando quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita; piano dettagliato dell'intervento, indicando eventuali priorità; operatori e altre figure coinvolte, dettagliando compiti e responsabilità; programmazione dei tempi di verifica; ipotesi durata del progetto; responsabile del progetto, o case manager. Il passaggio alla fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di un accordo che espliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da: persona presa in carico; eventualmente da un suo familiare/caregiver, e con il consenso della persona assistita; tutore/amministratore di sostegno se presente; équipe sanitaria curante; équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'ente locale; referente di un ente del terzo settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'elenco di soggetti qualificati.

Le Linee programmatiche raccomandano, ed è l'ultimo elemento attuativo, il coinvolgimento di utenti e familiari esperti per esperienza (ESP) o facilitatori, sulla base delle evidenze consolidate in diverse regioni/PA nell'ambito di percorsi di formazione dedicati.



## Spunti conclusivi

La redazione di questo documento rappresenta il punto di arrivo di circa due decenni di sperimentazione del BdS e, al tempo stesso, l'inizio di una fase nuova, in cui l'applicazione di questo dispositivo dovrebbe diventare pratica corrente in tutte le regioni italiane.

Sia gli elementi qualificanti che quelli attuativi esplicitati nelle Linee programmatiche lasciano trasparire la centralità della regolazione pubblica, in quanto le possibilità di adozione del BdS sono strettamente connesse alle funzioni di pianificazione e di programmazione attraverso le quali gli enti pubblici competenti, in collaborazione con le organizzazioni di terzo settore, danno forma alla rete dei servizi, garantiscono l'accesso uniforme a essi, realizzano nel concreto l'integrazione sociosanitaria.

Nella storia del welfare italiano i tentativi di generare cambiamento, sia attraverso riforme strutturali sia mediante innovazioni di portata più ridotta, sono sempre stati condizionati nella loro efficacia dalle differenti velocità di funzionamento dei sistemi di welfare regionali. Anche rispetto al BdS viene segnalato il rischio di declinazioni operative differenziate:

[...] in alcuni casi, ciò avviene per la comprensibile esigenza di trarre l'innovazione in contesti con caratteristiche storiche, politiche e amministrative estremamente diverse; in altri prevale la conservazione dell'esistente, con il semplice travaso del vino vecchio in botti nuove. Il risultato è che vengono sommariamente considerate come esperienze di BdS cose molto diverse tra loro, che talvolta non presentano neanche i requisiti minimi per essere annoverate nell'area dell'integrazione sociosanitaria (Starace, 2024b, p. XI).

In altri termini, l'avvio o il consolidamento dell'esperienza si presenta complesso nei territori con le infrastrutture sociali più deboli, dove è più difficile garantire i LEA e i LEPS e dove perciò è più alto il rischio di istituzionalizzazione delle persone vulnerabili.

I tentativi di dare applicazione al BdS fanno perciò risaltare le opportunità e le contraddizioni del processo di integrazione sociosanitaria. Le prestazioni sociosanitarie «costituiscono diritti esigibili del cittadino e perseguono la finalità di recuperarne e/o mantenerne e/o rafforzarne l'autonomia individuale, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi, attraverso il coinvolgimento della persona e della comunità» (*ivi*, p. XII), ma come si è visto la fruizione concreta di questi diritti non è garantita ovunque allo stesso modo. L'integrazione sociosanitaria «si realizza compiutamente se fondata su co-progettazione, cogestione e cofinanziamento dei processi e dei progetti tra enti pubblici e privati evitando l'istaurarsi di meccanismi di delega e ponendo attenzione alla valutazione di processi ed esiti e non tanto all'accreditamento di strutture» (*ibidem*), tuttavia in molte regioni non è da dare per scontata la presenza di organizzazioni di terzo settore in grado di giocare un ruolo così innovativo (Borzaga, Fazzi, Rosignoli, 2024), mentre la presenza massiccia di strutture residenziali continua a condizionare in modo rilevante la programmazione delle reti locali dei servizi. Inoltre, attraverso il BdS dovrebbe comporsi a livello territoriale la separatezza che continua a contrassegnare gli assetti di governance dell'ambito sanitario e di quello sociale, a livello nazionale e regionale. La separatezza dipende dalla diversa natura giuridica delle aziende sanitarie e dei comuni, dalle differenze tra le norme che regolano rispettivamente i LEA e i LEPS e dalla conseguente diversa esigibilità dei diritti sanitari e sociali. La composizione di queste divaricazioni dovrebbe realizzarsi nei territori, attraverso gli strumenti di integrazione gestionale e organizzativa come l'ufficio di piano e l'unità di valutazione integrata per la formulazione di PTI. Si tratta tuttavia di strumenti fragili: «la loro dipendenza da una programmazione regionale che non viene regolarmente

aggiornata, la vulnerabilità alle mutevoli geometrie politiche locali, tutto ciò spiega l'instabilità, la rapida comparsa e l'altrettanto repentina sparizione di “applicazioni sperimentali” del BdS, spesso effimere, che lasciano più aspettative che risultati concreti» (*ivi*, pp. XIII-XIV).

Ciò che sembra difficilmente realizzabile continua però ad illuminare prospettive possibili. Nel panorama del welfare attuale, il BdS continua a essere lo strumento più avanzato per dare concretezza ai principi dell'integrazione sociosanitaria. La speranza è che proprio le prevedibili criticità di applicazione possano incoraggiare «a procedere speditamente verso una governance unitaria dell'assistenza sociale e sanitaria, che risolva “a monte” la frattura che il BdS prova a sanare “a valle”» (*ibidem*).



## Intermezzo

L'evoluzione normativa in materia di integrazione sociosanitaria, la sperimentazione del BdS portata avanti in diverse regioni e la prospettiva di una sua estensione a livello nazionale, supportata dalle Linee programmatiche, consentono di intravedere almeno due linee di tensione che attraversano il sistema italiano di welfare, due spinte contrapposte: una linea evolutiva, che va verso il welfare delle capacità, che si costruisce a partire da una lettura attenta dei bisogni e delle risorse che connotano i diversi contesti territoriali e che realizza l'universalismo dei diritti attraverso la personalizzazione degli interventi; una linea regressiva, che, per ciò che riguarda in particolare l'ambito della salute mentale, si manifesta attraverso la debolezza dei servizi territoriali a cui fa da *pendant* la riemersione di forme di neoistituzionalizzazione, espressione di una sorta di welfare controiduitivo, che colpisce i più deboli segregandoli invece di promuoverne le capacità.

La riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale avvenuta sulla base di criteri aziendalistici e manageriali ha progressivamente impoverito tutto il sistema di tutela della salute, a tutto vantaggio della sanità privata accreditata che, in base ai dati più recenti relativi al 2022, gestisce il 31% del totale dei posti letto ospedalieri, il 60% dei servizi ambulatoriali, il 79% dei servizi riabilitativi e addirittura l'83% delle strutture residenziali (Cergas, 2024).

Anche l'assistenza psichiatrica ne ha risentito pesantemente. I tagli alla spesa e la carenza di personale hanno penalizzato in maniera vistosissima i servizi di salute mentale territoriale. In un recente saggio si afferma che oggi gran parte dei centri di salute mentale del paese sono sottoutilizzati o utilizzati come semplici ambulatori o dispensari di terapie farmacologiche,

[...] senza poter garantire una risposta complessa e articolata ai bisogni delle persone con disturbo mentale. Servizi spesso scollegati dal contesto territoriale di riferimento, aperti poche ore al giorno e solamente nei giorni feriali, che hanno abbandonato da tempo l'attività domiciliare o l'hanno trasformata in un mezzo di erogazione di farmaci e di controllo sociale diffuso. Servizi incapaci di operare nei luoghi di vita delle persone, nei quartieri, nelle scuole, nei posti di lavoro, cioè non più in grado di fare prevenzione primaria sul territorio. Così come osserviamo, sempre più spesso, centri diurni e strutture residenziali divenire più simili a luoghi di intrattenimento o di carcerizzazione preventiva del disagio, piuttosto che spazi di riattivazione delle risorse e dell'autonomia delle persone con sofferenza mentale. Ancora peggiora appare la situazione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura divenuti ormai reparti di emergenza e accettazione della devianza comportamentale e garanti dell'ordine pubblico e della tranquillità sociale. Un sistema, più in generale, che si caratterizza per una drammatica mancanza di continuità assistenziale, una deterritorializzazione della domanda e una prevalente medicalizzazione e psichiatrizzazione del disagio nelle nuove forme della dipendenza patologica, dell'emigrazione forzata o delle misure alternative alla detenzione (Ierna, 2023, pp. 46-47).

L'ultimo rapporto SIEP parla esplicitamente di progressivo definanziamento delle attività e di «depauperamento quantitativo e motivazionale del personale operante nei servizi» (Starace, 2024a, p. 9). Più precisamente, il testo indicato segnala che la spesa per assistenza psichiatrica è pari al 3 per cento del Fondo sanitario nazionale, cioè è la più bassa tra i Paesi del G7. Per uniformarsi al livello dei Paesi ad alto reddito, la spesa sulla salute mentale dovrebbe raggiungere almeno il 10 per cento del bilancio sanitario totale. Se lo si osserva in termini di investimento pro capite «quello italiano risulta ancora abissalmente distante da quelli di Francia, Germania e Regno Unito (rispettivamente: € 510, € 499 e € 344)» (*ivi*, p. 13).

La dotazione complessiva di personale è pari a 60,4 operatori per 100.000 abitanti, cioè inferiore di oltre il 25 per cento rispetto alla soglia di 83 operatori su 100.000 abitanti fissata dalle regioni, dal Ministero della salute e dal MEF.

La debolezza della capacità di offerta assistenziale dei servizi è rivelata dal dato relativo alle prese in carico realizzate su base annua, che sono pari all'1,5 per cento della popolazione, un valore dieci volte più basso di quello relativo a coloro che soffrono di disturbi mentali (15 per cento).

Il numero dei posti letto ospedalieri per ricoveri psichiatrici e il numero dei ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio sono tra i più bassi al mondo.

Secondo il Rapporto citato, appare largamente insoddisfacente anche la continuità assistenziale ospedale-territorio, garantita solo nel 25 per cento dei casi. Questo vuol dire che nell'arco dell'ultimo anno considerato, circa 70.000 persone dimesse

[...] non sono state visitate da personale specializzato, a domicilio o presso i servizi territoriali entro le due settimane successive alla dimissione. Lo stretto rapporto tra servizi territoriali e ospedalieri [...] è elemento chiave di un sistema di Salute mentale di comunità. Da essa dipende l'unitarietà dei progetti terapeutico riabilitativi individuali oltre il governo dei fenomeni di "porta girevole" e più in generale degli episodi critici. Il quadro che emerge restituisce un'immagine di lavoro per comportamenti stagni, che meriterebbe di essere affrontato con interventi specifici (*ivi*, pp. 15-16).

Un'altra batteria di indicatori che segnalano le criticità di tutto il sistema della salute mentale è quella riguardante le strutture residenziali. Il quadro che emerge è scarsamente decifrabile, in quanto «i dati disponibili presentano numerosi elementi di debolezza metodologica» e non permettono «una valutazione disaggregata delle strutture residenziali a gestione pubblica e privata, componente questa assolutamente rilevante sul piano nazionale». Anche la ricognizione delle strutture residenziali intensive e di quelle estensive presenta problemi di attendibilità. In particolare, «esaminando i dati sugli utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche per tipo di struttura residenziale si nota che per molte Regioni non risultano popolate le caselle relative a utenti inseriti in strutture residenziali intensive e strutture

residenziali estensive. Se per alcune Regioni questo può effettivamente riflettere le peculiarità dell’organizzazione regionale dei servizi, per altre non rispecchia quanto presente sul territorio. È verosimile che ciò sia dovuto a modalità di codifica diverse. Risulta inoltre praticamente impossibile valorizzare le modalità di abitare supportato proprie dell’integrazione sociosanitaria. Infine, non sono disponibili informazioni disaggregate sul personale in servizio presso queste strutture, elemento particolarmente critico considerandone la valenza centrale ai fini riabilitativi». Inoltre, la durata media di permanenza in questi servizi residenziali è ampiamente superiore rispetto alle indicazioni. Si tratta di un fenomeno «che rischia di sfociare in un processo di ‘re-istituzionalizzazione’ o ‘trans-istituzionalizzazione’ in cui le strutture ospitanti diventano ‘case per la vita’, limitando così la possibilità di tornare a una vita indipendente» (*ivi*, pp. 16-17). Più che un rischio, la riemersione di nuove forme di segregazione sembra costituire ormai un dato di realtà, come dimostra Tarantino (2023) in un suo saggio recente, in cui parla di «un internamento senza clamore [...] distribuito tra gli stabilimenti del soccorso pubblico, gli asili di carità e le case di cura private in funzione di un criterio di ripartizione fondato sulla corrispondenza tra provenienza economica e destinazione sociale» (*ivi*, p. 197). Riferendosi all’ultima rilevazione disponibile, risalente al 2019, egli afferma che «in Italia le persone inserite in strutture residenziali caratterizzate da un’organizzazione di tipo non familiare erano 326.844, di cui 22.981 anziani non autosufficienti, 53.125 anziani autosufficienti, 45.317 adulti con disabilità e patologia psichiatrica, 2421 minori con disabilità e disturbi mentali. 99.882 di queste persone erano ospitate in strutture da 51 a 100 posti letto, 83.213 in strutture di oltre 100 posti letto» (*ivi*, pp. 197-198).

Per l’autore citato, alcune di queste strutture conservano caratteri integralmente manicomiali, mentre altre appaiono classificabili come *istituzioni totaloidi*, così definite in quanto condividono alcune caratteristiche delle istituzioni totali. In altri termini, le strutture di questo tipo «non sono istituzioni totali nate, lo divengono perché l’occasione si innesta su qualche predisposizione. E se il “carattere più tipico” di un’istituzione

totale risiede nel sostanziarsi come un “regime chiuso e formalmente amministrato”, un’istituzione totaloide è contrassegnata da un regime semichiuso e formalmente amministrato, nelle più diverse misture di libertà formali e limitazioni sostanziali» (*ivi*, pp. 198-199).

Il saggio in questione è importante perché dimostra non solo che il cammino della deistituzionalizzazione avviato con la riforma Basaglia non può dirsi concluso, ma mostra anche quali sono le dinamiche che caratterizzano il processo di istituzionalizzazione, ancora in atto. Tale processo, spiega Tarantino, precede l’istituzione e in parte prescinde da essa, e «prima di configurarsi come un problema di libertà personale, si manifesta come una questione di libertà di scelta. In effetti, il processo di istituzionalizzazione si innesta nel momento in cui la libera scelta della persona viene compromessa nella sua forma-opzione o nella sua forma-decisione» (*ibidem*). Le norme in materia di integrazione sociosanitaria, che dovrebbero favorire la transizione verso un welfare delle capacità, e sul piano internazionale la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, evidenziano la necessità di approntare sistemi di intervento in grado di agire su entrambe le dimensioni di libertà, proprio per evitare istituzionalizzazioni improprie. In realtà, continua ad accadere che

modeste burocrazie dell’ambito socio-assistenziale, per antica inerzia, si orientino di default verso la soluzione semplice, sbrigativa e comoda del collocamento in istituto, nella concretizzazione di una strana sorta di semplificazione amministrativa. In questi casi, in cui manca o è carente la prospettiva di alternative qualitativamente valide ed effettivamente praticabili, il consenso al ricovero si riduce a mera accettazione, a un semplice assenso di necessità, vista l’insussistenza di una libera scelta in assenza delle condizioni per una scelta. Sempre che il consenso non venga integralmente delegato a sostituti formali, informali o presunti dei desiderata della persona, dunque senza alcun tentativo di riconoscimento e valorizzazione delle sue capacità – per quanto limitate –, senza nessuna inclinazione a non spegnere “il lucignolo fumigante” (*ivi*, p. 200).

E in caso di dissenso, l'intervento di assistenti sociali o amministratori di sostegno pone in atto un dispositivo psichiatrico-giudiziario, in grado di superare la resistenza alla istituzionalizzazione:

[...] alla psichiatria – conclude Tarantino – si chiede di rilevare eventuali componenti morbose del rifiuto, di riclassificarlo come sintomo di un vizio del volere, di riconoscere che è il patologico a non consentire l'accettazione volontaria di un inserimento in struttura protetta [...]. Al giudice tutelare si chiede, correlativamente, di prendere atto dello statuto compromesso della parola del dissidente e quindi di privarlo del potere di avere l'ultima parola (*ivi*, pp. 201-202).

La tensione tra promozione delle capacità, della vita indipendente e ritorno a forme di neoistituzionalizzazione risulta particolarmente evidente nei contesti territoriali in cui la regolazione pubblica è più debole. Il dato è confermato anche dal già citato rapporto SIEP, che parla esplicitamente di «enormi differenze inter-regionali, sia negli aspetti strutturali che funzionali dell'assistenza erogata» e sottolinea il fatto che «il tema del regionalismo sanitario, ossia della differente esigibilità del diritto alla salute a seconda del luogo di residenza è la grande priorità da affrontare» (Starace, 2024a, p. 17). Quest'ultima questione rimanda al fenomeno del divario civile, che colpisce soprattutto le regioni meridionali (Bianchi Fraschilla, 2020), anche se studi recenti mostrano come l'Italia intera sia disseminata di “territori del margine” (De Rossi 2018, Cersosimo, Licursi, 2023).

I fattori che spiegano il fenomeno sono tanti: lo sviluppo tardivo dell'offerta pubblica di servizi sociali; la frammentazione territoriale, alimentata da governi regionali dotati di velocità differenti (in termini di cultura, capacità di governo, definizione delle priorità); la regionalizzazione del sistema di governo italiano e i problemi legati alla mancata definizione dei LEPS; il livello basso della spesa pubblica per i servizi sociali<sup>1</sup>; la esiguità

<sup>1</sup> Gli ultimi dati disponibili, relativi al 2021, dicono che la spesa dei comuni italiani per i servizi sociali è di 8,4 miliardi di euro (pari allo 0,4% del

storica dei fondi nazionali dedicati, ripartiti tra le regioni e poi erogati ai comuni, incrementati solo nel corso degli ultimi anni<sup>2</sup>; il disinvestimento pubblico nelle regioni meridionali. Con riferimento a quest'ultimo punto, si sottolinea che «gli investimenti pubblici complessivi per abitante nel Mezzogiorno – sommando cioè quelli della spesa “ordinaria” nazionale e regionale e quelli “aggiuntivi”, cioè quelli relativi alla politica europea di coesione – sono a stento pari agli investimenti pubblici per abitante nel Centro-Nord e in alcuni anni risultano addirittura inferiori. In altre parole, gli investimenti ordinari dello stato per abitante nel Sud sono inferiori a quelli nel Centro-Nord e la politica europea di coesione invece di essere aggiuntiva, compensa a stento la minore spesa ordinaria (...). Si è definitivamente esaurito – si è anzi invertito, a favore del Nord – il ruolo redistributivo che gli

pil nazionale, la spesa pro capite media è di 142 euro, con notevoli differenze tra le diverse macro ripartizioni territoriali (Nord-Est 197 euro, Nord-Ovest 156 euro; Centro 151 euro; Isole 134 euro, Sud 72 euro). La spesa pro capite più alta è quella della provincia autonoma di Bolzano (592 euro); il fanalino di coda è la Calabria (37 euro) (Istat, 2024).

<sup>2</sup> Il Fondo nazionale politiche sociali (Fnps), finanziato nel 2004 con un miliardo di euro, ridotto progressivamente negli anni successivi fino a essere di fatto cancellato nel 2012, dal 2015 viene alimentato con un finanziamento annuo di almeno 300 milioni di euro. Dal 2015 al 2022 sono più che raddoppiati il Fondo povertà (da 212 a 552 milioni di euro), il Fondo non autosufficienze (da 400 a 822), il Bonus Bebè (da 200 a 400), il Fondo famiglia (da 20 a 40). Aumentano in maniera ancora più considerevole il Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità (che tra il 2020 e il 2022 passa da 29 a 300 milioni di euro), il Bonus asilo nido (che passa da 144 a 530 milioni tra il 2017 e il 2022), il Fondo minori stranieri non accompagnati (da 32 a 137 milioni di euro tra il 2015 e il 2022). Il finanziamento previsto per gli altri fondi nazionali è invece rimasto stabile, come il Fondo infanzia e adolescenza (29 milioni circa), il Premio alla nascita (392 milioni), il Fondo care giver familiare (25 milioni di euro circa), il Fondo reddito di cittadinanza (7-8 milioni circa); oppure è diminuito, come il Fondo carta acquisti (da 250 a 168 tra il 2015 e il 2022) ([www.fondiwelfare.it](http://www.fondiwelfare.it)). Alla luce di questi dati si può affermare che le risorse finanziarie assicurate negli ultimi anni agli ambiti territoriali sociali sono evidentemente aumentate. Ma l'effetto paradosso è che tutto ciò non determina automaticamente il miglioramento della quantità e della qualità dei servizi alla persona, soprattutto nei contesti di welfare debole.

investimenti pubblici avevano avuto per il Sud fino ai primi anni '90 (...), vuoi in termini di infrastrutture civili, vuoi in termini di infrastrutture sociali» (Martinelli F., 2019, 67).

Ai fattori nazionali, si sommano quelli endogeni, cioè relativi ai caratteri strutturali e al funzionamento istituzionale delle singole regioni. Un fattore endogeno è legato ad esempio alla cultura amministrativa e alla capacità dei governi regionali di gestire i finanziamenti pubblici in modo efficiente. Come viene autorevolmente segnalato, la spesa pubblica connessa al welfare è stato uno strumento utilizzato per la riproduzione del sistema clientelare meridionale (Fantozzi, 2011). La conseguenza è che la politica sociale di molte regioni meridionali è ancora caratterizzata da «rilevanti vuoti normativi, endemica assenza di analisi della domanda e monitoraggio dell'offerta, ritardi e clima di perenne emergenza, scarso coordinamento tra livelli di governo e ambiti di intervento, opacità nelle procedure, oltre che un persistente sottofinanziamento dei servizi (...). Non è casuale che nelle regioni meridionali si riscontri una più elevata preferenza per i trasferimenti monetari, piuttosto che per l'erogazione di servizi reali e, per quanto riguarda questi ultimi, una spiccata preferenza per l'affidamento esterno piuttosto che per la gestione diretta. In ambito di politica sociale, i limiti programmatici si sposano spesso con una visione miope e "familistica" dei servizi sociali, considerati strumenti di "assistenza" – quando non strumenti di consenso politico – piuttosto che strumenti di sviluppo e competitività» (Martinelli F., 2019, 69).

L'intensità del divario civile che segna le regioni del Sud è un fenomeno che non ha equivalenti in Europa. Negli altri Paesi europei con regioni economicamente arretrate non si registrano differenze analoghe sul piano della qualità e della quantità dei servizi pubblici. Al contrario, attraverso politiche sociali efficaci, «sono riusciti a ridurre la correlazione, o addirittura invertire il segno, tra bassi livelli di reddito e scarsa disponibilità quanti-qualitativa di servizi essenziali come scuola, sanità, sicurezza e a comprimere le disparità a livello sub-nazionale» (Cersosimo, Nisticò, 2013, 279).

Per quanto riguarda la Calabria, ovvero il contesto in cui è stata condotta la ricerca presentata nella seconda parte di questo lavoro, l'indicatore più significativo dei divari in ambito sanitario è rappresentato dalla mobilità sanitaria, che torna a crescere dopo gli anni della pandemia. Si tratta di quel fenomeno per cui le persone per farsi curare vanno in regioni diverse da quella di residenza. Esso coinvolge ogni anno quasi un milione d'italiani. Ma lo spostamento è sempre da Sud verso Nord. In generale sono solo sette le regioni a essere in attivo mentre le altre 14 hanno saldi negativi. La Calabria (-192 mln) è in cima alla lista, subito dopo la Campania (-212 mln)<sup>3</sup>.

I calabresi vanno fuori regione per curarsi anche per effetto di un processo di progressiva e intenzionale desertificazione dei servizi sanitari, che rappresenta l'esito di più di un decennio di commissariamento del sistema sanitario regionale. La struttura commissariale, seguendo le indicazioni del Mef ha proceduto per tagli lineari, per effetto dei quali la sanità calabrese non è attualmente in grado di assicurare ai cittadini la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza. A questo riguardo, gli ultimi dati pubblicati rivelano che la Calabria risulta inadempiente rispetto ai LEA in tutte e tre le aree monitorate (area prevenzione collettiva, area distrettuale, area ospedaliera) (Ministero della Salute 2023). Un indicatore eloquente delle disfunzioni della sanità regionale è rappresentato dalla indisponibilità dei – o dalla difficoltà di reperire i – dati relativi ai bisogni sanitari delle persone o alle prestazioni effettuate. L'ultimo report del ministero competente segnala, tra le varie inadempienze, quella relativa al mancato invio da parte della Regione Calabria del flusso Siad, cioè delle informazioni riguardanti l'assistenza domiciliare. Questa segnalazione non rappresenta un caso isolato, ma evidenzia uno dei problemi più seri di un settore così delicato per la vita dei cittadini calabresi e per le possibilità di sviluppo di questa terra. La mancanza o l'opacità delle informazioni rendono molto com-

<sup>3</sup> L'ultimo report disponibile sulla mobilità sanitaria, relativo al 2023, è recuperabile sul portale statistico Agenas, <https://stat.agenas.it/>.

plicate o addirittura impossibili le attività di programmazione e di valutazione degli interventi.

Ugualmente critica è la situazione dell’ambito socio-assistenziale. In Calabria, la riforma di questo importante segmento del welfare locale è avvenuta solo nel 2021, con più di venti anni di ritardo rispetto alla legge di riforma nazionale (legge n. 328 del 2000) e alle sue prime applicazioni su scala regionale. Sull’esito di questa riforma tardiva hanno pesato gli effetti di un blocco di sistema che perdura, quello rappresentato dalla mancata integrazione tra il sociale e il sanitario (Pascuzzi, Marcello, 2020). Un blocco che impedisce di allestire servizi personalizzati e di migliorare la qualità della vita dei più vulnerabili.

La spesa per i servizi sociali in Calabria è tra le più basse del paese<sup>4</sup>. Tuttavia, le risorse di cui gli ambiti territoriali sociali (Ats, aggregazioni di comuni in cui si programmano e gestiscono gli interventi) sono dotati sarebbero sufficienti ad assicurare una buona rete di servizi a bambini e famiglie, anziani, persone con disabilità, adulti in condizioni di grave emarginazione o con dipendenze. Tutto ciò innesca un circolo vizioso, per cui la debolezza delle infrastrutture locali impedisce di approfittare delle opportunità immediatamente disponibili; di conseguenza, gli ambiti territoriali più virtuosi non riescono a rendicontare più del 30 per cento della dotazione ordinaria di risorse<sup>5</sup>. Gli effetti sono disastrosi per la vita e le prospettive dei più vulnerabili. Ad esempio, manca completamente una filiera di servizi sociali nell’ambito della salute mentale, per cui tra le famiglie e le strutture residenziali c’è il deserto.

In generale, riemergono i processi di istituzionalizzazione della vita fragile, che – insieme ai sussidi – hanno segnato in modo inconfondibile il welfare di questa regione (Fantozzi, 2011),

<sup>4</sup> Vedi nota 1.

<sup>5</sup> L’informazione è stata condivisa da un tecnico della Regione Calabria che offre assistenza agli uffici di piano degli ambiti territoriali, nel contesto di un ciclo di seminari sul monitoraggio e la valutazione dei piani di zona organizzato dalla Scuola superiore di scienze dell’amministrazione pubblica (SSSAP) dell’Università della Calabria nel periodo gennaio-luglio 2024.

mentre una buona trama di servizi personalizzati ridurrebbe i costi e migliorerebbe la qualità della vita delle persone prese in carico, come dimostra ad esempio la pratica BdS (Starace, 2024b).

In Calabria, il grave ritardo con cui si è realizzata la riforma del welfare regionale e la mancata realizzazione dell'integrazione sociosanitaria hanno impedito finora che tale dispositivo potesse essere concretamente applicato. La scarsa infrastrutturazione sociale del territorio penalizza perciò quanti avrebbero il diritto di accedere a prestazioni personalizzate, e invece continuano ad essere assistiti con interventi standardizzati o, nel peggior dei casi, segreganti.

Per questa serie di ragioni, il Dispes dell'Unical ha avviato nel 2022 una esplorazione in collaborazione con il CNCA Calabria, allo scopo di verificare la sussistenza o meno delle condizioni minime per avviare sul territorio regionale l'applicazione del BdS, nell'ambito della salute mentale. Il sondaggio si proponeva di coinvolgere attivamente gli operatori locali di alcune organizzazioni del CNCA nella realizzazione di una mappatura ragionata dei servizi sia pubblici sia del privato sociale che operano in questo ambito, provando a recuperare e a valorizzare le informazioni disponibili. Gli esiti di questo primo carotaggio sono stati deludenti, poiché le informazioni relative ai servizi operanti sul territorio, alle persone prese in carico, agli interventi effettuati non sono immediatamente disponibili. Questo passaggio a vuoto ha prodotto comunque due risultati. Ha reso innanzitutto evidente quanto sia difficile in Calabria oggettivare i bisogni di salute mentale, programmare le risposte più adatte ad incrociarli, monitorare e valutare le prestazioni effettuate, in vista delle necessarie operazioni di continua ricalibratura e riprogrammazione dei servizi stessi. Inoltre ha fatto emergere la necessità di una ricerca sul campo, portata avanti da maggio ad agosto 2023 che ha permesso di censire tutti i CSM presenti in Calabria e di contattare i loro responsabili per intervistarli. La seconda parte di questo lavoro è dedicata alla presentazione dei principali risultati dell'indagine.



## Parte Seconda

### La ricerca



## Premessa

Nella prima parte di questo lavoro, si è posto in evidenza come, fino a pochi decenni fa, il principale dispositivo di intervento previsto per le persone con problemi di salute mentale sia stato l’istituto manicomiale, che comportava la segregazione dei *diversi*. Solamente in tempi relativamente più recenti, Basaglia e i suoi collaboratori, tentando di capovolgere il *sistema di cura* sono riusciti a porre fine al loro utilizzo, fornendo un importante contributo esperienziale a quanto definito poi dalla Legge 180 (Basaglia, 1968).

Un punto, quello della chiusura degli istituti manicomiali, che non segna un termine, quanto un inizio. E come ogni nuovo inizio risulta necessario ricostruire dalle basi tutto l’assetto, tentando di rimanere sempre ancorati ai contesti e ai cambi culturali, lontani da logiche istituzionalizzanti.

Nelle pagine precedenti si è anche riflettuto sul modo di intendere la salute in generale: l’Organizzazione mondiale della sanità la definisce infatti non come mera assenza di malattia o infermità ma piuttosto come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale<sup>1</sup>. Nonostante ciò, e nonostante gli interventi legislativi in favore della personalizzazione e dell’integrazione degli interventi, a quasi cinquant’anni dalla rivoluzione basagliana (Giannichedda, Ongaro, 2018), la vita delle persone affette da un disturbo mentale appare in bilico. Ancora oggi si ricercano e si studiano nuove possibili risposte e alternative di cura, in particolare l’interesse si focalizza attualmente sullo strumento del Budget di Salute.

<sup>1</sup> Costituzione Organizzazione mondiale della sanità, 7 aprile 1948.

## LA RETE DEI SERVIZI

Si è già ricordato che l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale, nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale, fa capo al Dipartimento di Salute mentale (DSM).

Ogni DSM dovrebbe essere dotato dei seguenti servizi:

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE
Servizi per l'assistenza diurna	come il Centro di salute mentale (CSM), ovvero il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico, che coordina tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione.
Servizi semiresidenziali	come i Centri diurni, collocati nel territorio, con funzioni terapeutico-riabilitative e obiettivi di socializzazione; possono essere gestiti direttamente dalle Asl, ma anche da organizzazioni non profit.
Servizi residenziali <sup>2</sup>	ossia strutture extraospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socioriparativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato.
Servizi ospedalieri	a) Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ubicati all'interno delle strutture ospedaliere, con un numero di posti letto non superiore a 16 e nei quali vengono effettuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; b) Day Hospital, i quali costituiscono un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine, in cui prevale comunque la dimensione terapeutica e psichiatrica <sup>3</sup> .

<sup>2</sup> Ministero della Salute, *Le strutture residenziali psichiatriche, Accordo Conferenza unificata*, ottobre 2013.

<sup>3</sup> *La rete dei servizi per la salute mentale*, in [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto,3](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto,3) novembre 2006, ultimo aggiornamento 9 ottobre 2019.

I servizi residenziali, a loro volta, si distinguono in:

---

SRP1	Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, «articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie» <sup>4</sup>
SRP2	Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, «articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie» <sup>5</sup>
SRP3	Strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriusabilitativi, con diversi livelli di intensità assistenziale, e articolate a loro volta in tre tipologie differenti, in base alla presenza oraria del personale socio-sanitario (24h, 12h, per fasce orarie).

---

Sulla carta, sembrerebbe essersi realizzato, almeno in parte, quanto prospettato dalla riforma Basaglia: una rete di servizi territoriali prossimi alla persona, orientata alla domiciliarizzazione delle cure e alla personalizzazione degli interventi. Nel concreto, ci sono invece diversi aspetti critici di cui tenere conto (Spini, 2018). Ci si riferisce innanzitutto alla disomogeneità delle politiche regionali (Rossi, 2019) che, stante il decentramento delle competenze e delle funzioni alle regioni, unito alla mancata coordinazione statale e all'incompiuta definizione dei LIVEAS, ha aumentato nel tempo le differenze nell'offerta dei servizi socio-assistenziali, impedendo la corretta esigibilità di tali diritti. Una seconda criticità è rappresentata dall'aziendalizzazione delle pubbliche amministrazioni – particolarmente evidente nel settore della sanità – con conseguente rincorsa della logica di mercato, attraverso processi di *retrenchment* (Ranci, Pavolini, 2018) e tagli al personale, con scarsa possibilità di realizzare la reale presa in carico delle persone. Un ulteriore aspetto

<sup>4</sup> *Ivi*, p. 5.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

problematico può essere individuato nella carente attenzione alla prevenzione.

Nello specifico, permane la tendenza alla medicalizzazione degli interventi contro una necessaria integrazione sociosanitaria, il che significa un mancato approccio globale ai problemi di salute. Dall'ultimo rapporto ministeriale annuale sulla salute mentale, la percentuale degli interventi a livello nazionale risulta essere così composta: il 30,7 per cento da attività infermieristica a domicilio e nel territorio, il 25 per cento da attività psichiatrica, l'11,6 per cento da attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 6,7 per cento da attività di coordinamento, il 4,1 per cento da attività di supporto alla vita quotidiana e il 7,2 per cento da attività psicologico-psicoterapica; la quota restante riguarda attività rivolta alla famiglia e attività di supporto (Ministero della Salute, 2024, p. 7).

Rispetto al costo dell'assistenza, nel solo anno 2022 più della metà delle risorse totali sono state utilizzate per servizi residenziali e semiresidenziali, di cui 1.533.051 (in migliaia di euro) destinati a servizi residenziali, e 397.467 (in migliaia di euro) ai servizi semiresidenziali (*ivi*, p. 9). Analizzando il dato a livello regionale, vi sono poi delle differenze interne, trovandosi difatti nove regioni (solo due meridionali, la Basilicata e la Puglia), con un tasso di strutture residenziali superiore al dato nazionale, altre nove (anche in questo caso solo due meridionali, la Basilicata e il Molise) con un tasso di strutture semi-residenziali superiore alla media; i valori della Calabria sono in linea con il dato medio nazionale per la residenzialità, mentre quello sulla semiresidenzialità è in assoluto il più basso del Paese (0,1 strutture su 100.000 abitanti, contro l'1,4 su base nazionale) (*ivi*, p. 34). Un trend così composto, in linea generale, rivela la scelta di puntare, in termini di spesa e quindi di politica, su risposte prevalentemente standardizzate e istituzionalizzanti – quali sono infatti le strutture residenziali, contenitori di malattie attraverso cui lo stato adempie al suo obbligo istituzionale di provvedere al mantenimento e all'assistenza delle persone inabili al lavoro e prive di mezzi necessari per vivere (Merlo, Tarantino, 2018) – piuttosto che privilegiare la domiciliarizzazione e la personalizzazione delle cure all'interno della comunità.

# 1. Le fasi preliminari della ricerca. L'analisi delle fonti disponibili

IL DPGR N. 31 DEL 2013

Prima di avviare la ricerca sul campo, è stato necessario ricostruire un pacchetto minimo di dati, attraverso la consultazione di regolamenti e della documentazione regionale disponibile. Già nel 2013, con il DPGR n. 31<sup>1</sup> si sottolineava la necessità di dare priorità ai seguenti obiettivi: valorizzare il ruolo dei CSM quali sedi organizzative dell'équipe degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e reinserimento sociale; lavorare attraverso la definizione e l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati; mantenere i CSM attivi per 12 h al giorno, sei giorni a settimana; istituire un comitato di dipartimento per supportare il direttore dello stesso nelle attività di gestione e assistenza; istituire una Consulta di dipartimento – composta anche dai servizi sociali degli enti locali, da rappresentanti delle associazioni delle famiglie e degli utenti – per orientare le politiche del dipartimento; superare la disomogeneità delle prestazioni nel territorio regionale; garantire un utilizzo appropriato delle strutture residenziali e semiresidenziali.

Con riferimento a quest'ultimo punto, a seguito di una rivalutazione effettuata dalle Uvm del territorio rispetto ai pazienti ricoverati in strutture residenziali psichiatriche private, pubbliche e a gestione mista della regione, è emersa una percentuale massiccia di ricoveri inappropriati: 143 pazienti – il 24% – dei

<sup>1</sup> DPGR n. 31/2013, *Riassetto rete psichiatrica - linee di indirizzo per la tutela della salute mentale*.

595 valutati risultavano difatti necessitare non di trattamenti psichiatrici residenziali quanto di strutture residenziali per disabili o per anziani<sup>2</sup>.

#### IL DCA N. 65 DEL 2020

A distanza di sette anni, il DCA n. 65 del 2020 esplicitava le condizioni dell'offerta di assistenza residenziale psichiatrica, mettendo in rilievo gli indicatori seguenti: l'indice di 3,64 posti letto ogni diecimila abitanti; liste di attesa significative per molte strutture; il numero di ricoveri fuori regione, piuttosto sostenuto; l'alto numero di pazienti ricoverati su disposizione dell'autorità giudiziaria (circa 200 l'anno).

Alla luce di tali informazioni, la Regione ha programmato di aumentare l'offerta di posti letto per raggiungere un indice di quattro ogni diecimila abitanti di età maggiore ai 18 anni, per un totale di 653 posti letto così distribuiti: il 45 per cento in SRP1, residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale; il 40 per cento in SRP2, residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria; il 15 per cento in SRP3, residenze psichiatriche socio-sanitarie a elevata integrazione sociale – gruppo di convivenza.

Sempre nello stesso documento si segnalava la presenza sul territorio regionale di 15 Centri diurni, esplicitando – rispetto al fabbisogno individuato, secondo il parametro di 25 posti semiresidenziali ogni 100 mila abitanti – la necessità di una redistribuzione degli stessi, prestando una maggiore attenzione alle zone carenti, in particolare nell'Asp di Reggio Calabria e nell'Asp di Vibo Valentia<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Cf. DCA n. 166/2017.

<sup>3</sup> DCA n. 65/2020, pp. 54-58.

## IL PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2025

Il Programma operativo 2022-2025 della sanità calabrese si soffoca sull'importanza della tutela della salute mentale, quale settore centrale nella programmazione degli interventi sanitari e socioriusabilitativi, sollecitando una maggiore attenzione a questo ambito – soprattutto a seguito dell'evento pandemico che ha prodotto come conseguenza anche un aumento della sofferenza mentale – riconoscendo, inoltre, la scarsa attenzione finora prestata a livello regionale verso i bisogni delle persone affette da disturbo mentale e la complessità dei loro percorsi esistenziali.

Nel documento citato vengono individuati gli avanzamenti rispetto al DCA n. 65 del 2020. In particolare, si evidenzia il realizzato incremento dell'offerta residenziale, che ha permesso di arrivare a 615<sup>4</sup> posti letto, contro i 380<sup>5</sup> precedentemente attivi e a fronte di un fabbisogno di 653. In particolare, l'incremento segnalato si è realizzato per le SRP1 (con 22 delle 40 attivazioni previste), per le SRP2 (con tutte e 141 le attivazioni ipotizzate) e per le SRP3 (con 72 delle 92 attivazioni programmate).

Tra gli obiettivi da realizzare, nel Programma operativo vengono indicate come necessarie le seguenti azioni:

- i. effettuare una ricognizione del personale impegnato nei DSM al fine di riportare questi ultimi ai previsti standard di personale di riferimento di almeno un operatore ogni 1500 abitanti, garantendo la presenza, inoltre, di tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostici, terapeutici, riabilitativi;
- ii. istituire un coordinamento regionale per la salute mentale sia in età evolutiva che in età adulta, con il compito di: riorganizzare i CSM presenti sul territorio, istituire specifici

<sup>4</sup> A cui bisogna aggiungere i 177 posti letto in gestione pubblico-privata in seguito alla chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario nell'Asp di Reggio Calabria, in attesa di accreditamento al 2020 e i 48 posti letto pubblici nell'Asp di Catanzaro. In Allegato 1, *Riorganizzazione della Rete territoriale*, DCA n. 65, 2020.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

- ambulatori nelle case di comunità, istituire il fabbisogno dei posti letto nell'area ospedaliera, promuovere interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone affette da disturbo mentale;
- iii. stipulare un accordo con l'autorità giudiziaria per regolare le modalità di inserimento nelle strutture residenziali delle persone con problemi psichiatrici sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, al fine di migliorare l'appropriatezza erogativa<sup>6</sup>;
  - iv. realizzare un documento per l'avvio di progetti con la metodologia del Budget di Salute.

#### IL DCA N. 158 DEL 2022

Come previsto dal Programma operativo, nel novembre 2022 la Regione recepisce il documento di Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le autonomie locali sul documento – presentato nella prima parte di questo lavoro – dal titolo *Linee Programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona*-proposta degli elementi qualificanti (Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022), in cui il Budget di Salute viene definito come

[...] l'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, e uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. Si configura inoltre come vettore di trasformazione della rete stessa dei servizi, orientando processi di riallocazione delle risorse, contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, individuazione di opportunità e progetti di concreta inclu-

<sup>6</sup> Regione Calabria, *Programma operativo 2022-2025*, pp. 208-218.

sione socioeconomica e abitativa. Individua infine modelli regolativi di rapporto con il terzo Settore improntati alla cogestione dei progetti e alla loro dinamicità, evitando deleghe inappropriate e scarsamente produttive. Il protagonismo delle persone si realizza nella co- costruzione dei singoli Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) che si declinano sui principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialità) e si strutturano nella definizione di un accordo tra i diversi soggetti coinvolti. Ciò consente di integrare le risorse di diversi servizi, enti del terzo settore e altre agenzie che, in base alle specifiche competenze, intervengono nel restituire alle persone coinvolte un orizzonte di dignità e di migliore qualità della vita, attivando al contempo tutte le risorse personali (ivi incluse le risorse economiche) e della rete naturale<sup>7</sup>.

Con tale documento, la Regione Calabria, riconoscendo l'innovatività e l'utilità di tale strumento, ne formalizza la possibilità di avvio attraverso sperimentazioni sul territorio.

Nel quadro così delineato si inserisce questa ricerca, quale momento di studio per esaminare, rispetto alla possibilità di avvio di tali progettualità, le condizioni concrete su cui poterle realizzare.

#### MAPPATURA DEI SERVIZI TERRITORIALI, IN BASE ALLE INFORMAZIONI DISPONIBILI

L'utilizzo del Budget di Salute, come già detto, presuppone una presenza significativa dei servizi pubblici, in particolare dei CSM, in capo ai quali vi è la responsabilità della presa in carico delle persone con problemi di salute mentale.

<sup>7</sup> *Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona*, Allegato 1, in Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le autonomie locali sul documento recante *Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti*, pp. 1-2.

Pertanto, per poter individuare – come da obiettivo della ricerca – le condizioni di applicabilità di tale dispositivo, si è scelto di indagare innanzitutto questi presidi territoriali, procedendo in prima battuta con l’identificazione di quelli attivi sul territorio. Attraverso una ricerca desk, è stato possibile ricostruire l’articolazione dei Dipartimenti della regione e dei CSM loro afferenti, i quali risultano distribuiti sul territorio come nella figura seguente.

FIGURA 1. Mappatura dei Centri di salute mentale presenti nella Regione Calabria

CALABRIA				
DSM CROTONE	DSM REGGIO CALABRIA	DSM COSENZA	DSM CATANZARO	DSM VIBO VALENTIA
CSM Crotone	CSM Reggio Calabria	CSM Castrovilliari	CSM Lamezia Terme	CSM Tropea
CSM Cirò	CSM Nord	CSM Roggiano Gravina	CSM del Lametino, Polo Area del Reventino	CSM Serra San Bruno
CSM Mesoraca	CSM Scilla	CSM Cosenza	CSM Catanzaro	
	CSM Tiberio Evoli	CSM San Giovanni in fiore	CSM Soverato	
	CSM Taurianova	CSM Corigliano		
	CSM Cinquefrondi	CSM Trebisacce		
	CSM Palmi	CSM Cariati		
	CSM Gioiosa Marina	CSM Rossano		
	CSM Locri	CSM Amantea		
		CSM Paola		

CALABRIA				
DSM CROTONE	DSM REGGIO CALABRIA	DSM COSENZA	DSM CATANZARO	DSM VIBO VALENTIA
		CSM Scalea		
		CSM Acri		
		CSM Montalto		
		CSM Rende		

La ricerca desk ha consentito di raccogliere – per ognuno dei CSM rilevati – le informazioni disponibili in rete, in termini di accessibilità dei servizi; in particolare, quelle relative all’ubicazione della sede, ai contatti, al personale operante.

Il DSM di Catanzaro è risultato essere il più completo e aggiornato in termini di informazioni presenti, al contrario del DSM di Vibo Valentia, per il quale è stato difficile rintracciare informazioni pertinenti, trovandosi in rete dati addirittura contrastanti.

Dopo aver censito i CSM, si è tentato anche di reperire informazioni sui servizi residenziali attivi nel territorio regionale e degli ETS operanti nel settore. Per questo aspetto, è stato contattato direttamente il sub-commissario alla Sanità, il quale si è reso disponibile a fornire un elenco di tali servizi, lasciando intravedere anche la possibilità di recuperare i dati relativi alla popolazione beneficiaria dei servizi residenziali stessi. Dopo un primo incontro tenutosi in Regione, ci sono stati dei contatti con un dirigente del Dipartimento Tutela della salute e Politiche sanitarie della Regione Calabria, al quale era stato affidato il compito di recuperare le informazioni in discorso. Nonostante la disponibilità dimostrata da entrambi i funzionari, nessuno dei dati in questione è stato però effettivamente fornito.

Si è tentato perciò di raccogliere almeno una parte di queste informazioni – che, ricordiamo, dovrebbero essere pubbliche – consultando alcune fonti disponibili. Dall’ultimo rapporto Istisan, per esempio, si può ricavare l’informazione relativa alle SRP<sub>3</sub> C (con presenza di personale h24), in cui si registra la presenza di 15 utenti

(0,1 per 10.000 abitanti). Non è stato possibile rilevare ulteriori dati risultando incomplete le caselle relative alle SRP1, alle SRP2, alle SRP3 A (con presenza di personale sanitario per fasce orarie) e alle SRP3 B (con presenza di personale sanitario nelle 12h) (Scattoni, 2023).

Inoltre, dall'Allegato 1 del già citato DCA n. 65 del 2020, pare evidente, come poc'anzi indicato, lo squilibrio tendente a una maggiore offerta in termini di strutture residenziali psichiatriche ad alta intensità assistenziale. In base al documento citato, l'offerta residenziale psichiatrica regionale risulta così composta<sup>8</sup>:

ASP DI RIFERIMENTO	OFFERTA RESIDENZIALE PSICHIATRICA
Asp di Cosenza	6 SRP1 ad alto trattamento e elevata intensità assistenziale, per un totale di 96 posti letto; 4 SRP2 socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria, per un totale di 50 posti letto; 1 SRP3 Gruppo convivenza, per un totale di 6 posti letto, 1 Centro diurno psichiatrico con un totale di 20 posti letto
Asp di Crotone	3 SRP1, di cui una ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale e due con trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo, per un totale di 80 posti letto
Asp di Catanzaro	5 SRP1, di cui tre ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale e due socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria, per un totale di 100 posti letto
Asp di Vibo Valentia	1 SRP1, ad alta intensità assistenziale, per un totale di 9 posti letto
Asp di Reggio Calabria <sup>9</sup>	2 SRP1, di cui una ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale e una socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, per un totale di 20 posti letto

<sup>8</sup> Allegato 1, *Riorganizzazione della Rete territoriale*, DCA n. 65, 2020.

<sup>9</sup> Vedi nota 55.

## 2. Nota metodologica

Individuati i servizi territoriali attivi sul territorio, si è proceduto con la ricerca sul campo. L'approccio utilizzato è stato quello della ricerca qualitativa, portata avanti prevalentemente attraverso interviste semi-strutturate. Nella scelta degli attori da intervistare si è convenuto di privilegiare i responsabili dei CSM contattati. Quando non è stato possibile intervistare il responsabile, si è effettuato un focus group con gli altri componenti dell'équipe, e questo ha permesso anche di osservare le dinamiche relazionali e organizzative del servizio stesso.

Dove si è ritenuto opportuno, in base alle singole situazioni di contesto, sono state realizzate anche interviste a responsabili di enti del terzo settore impegnati sul terreno della salute mentale.

Avviati i contatti con i diversi rappresentanti dei CSM, non tutti si sono mostrati disponibili. Risulta difficile effettuare una ricostruzione precisa e dettagliata dei numerosi tentativi – riusciti o meno – di approccio. Fatto sta che tra gli attori individuati – compresi i direttori dei dipartimenti di salute mentale della regione – solo una parte di essi si è lasciata intervistare. Tra questi, per alcuni è stato necessario procedere tramite richieste formali, con conseguente autorizzazione da parte del DSM ai singoli CSM afferenti; per altri è bastato un semplice contatto informale per avere piena disponibilità di tempo e di apertura al racconto del proprio vissuto professionale. Ciò che ha fatto la differenza, tenenzialmente, è stato l'utilizzo di reti relazionali informali per il raggiungimento delle singole persone da intervistare.

I CSM raggiunti sono stati poco meno della metà di quelli operanti sul territorio regionale. La diversificazione territoriale

è stata abbastanza omogenea rispetto ai DSM presenti, come risulta dal seguente schema riassuntivo:

DSM regionali	CSM contattati
DSM Crotone	sono stati contattati, attraverso l'intervista al direttore di dipartimento, tutti e 3 i CSM afferenti
DSM Reggio Calabria	sono stati ascoltati, attraverso le interviste a tre responsabili di servizi, 4 dei 9 CSM afferenti – uno dell'entroterra, uno dell'area tirrenica, due dell'area ionica
DSM Cosenza	sono stati raggiunti, attraverso due interviste a dei responsabili di servizi e ad un focus group dell'équipe di un altro servizio, 6 dei 15 CSM afferenti – tre dell'area urbana, uno dell'area tirrenica, due dell'area ionica
DSM Catanzaro	sono stati indagati, attraverso le interviste a due responsabili e a un tecnico della riabilitazione psichiatrica 3 dei 4 CSM afferenti – uno dell'area ionica, due dell'area tirrenica

Sono stati contattati anche i rappresentanti di tre differenti organizzazioni di terzo settore: ETS<sub>1</sub> di Reggio Calabria; ETS<sub>2</sub>, per il Dipartimento di Cosenza; ETS<sub>3</sub>, per il Dipartimento di Catanzaro.

La scelta è ricaduta su tali realtà in quanto indicate – in alcuni casi dal CNCA Calabria, in altri dallo stesso CSM territorialmente competente – come attori chiave nel percorso di cura delle persone prese in carico dai servizi.

### 3. Analisi dei contenuti più rilevanti emersi dalle interviste effettuate

Lo scopo delle interviste è stato quello di indagare, partendo da alcuni input iniziali, le condizioni di lavoro nei diversi CSM della regione. A ogni persona intervistata è stato posto un quesito iniziale su quali fossero i punti di forza e i punti di debolezza – da loro percepiti e vissuti – all'interno dei CSM di appartenenza. Gli aspetti emersi sono stati poi utilizzati come guida per la conduzione in profondità delle singole interviste. Nella griglia seguente, suddivisi per DSM di appartenenza, sono indicati gli aspetti indagati attraverso le interviste:

---

Personale operante

---

Prese in carico

---

Principali attività eseguite

---

Presenza e modalità di lavoro dell'Unità di valutazione integrata (Uvi)

---

Modalità di gestione del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI)

---

Collaborazioni sul territorio, sia col terzo settore che con il settore pubblico

---

Modalità di lavoro con le famiglie

---

Raccolta dati

---

## PERSONALE OPERANTE

### *Crotone*

In tutti e tre i CSM contattati si registra una generale mancanza di personale. Risultano totalmente assenti le figure dell'assistente sociale, dell'educatore e del tecnico della riabilitazione psichiatrica. Mentre la prima figura un tempo era presente, le altre due non sono mai state assunte. Tali carenze sono ritenute molto gravi. Si cerca, in maniera informale, di sopperire quantomeno alla mancanza dell'assistente sociale, tentando di mettere in atto attività tipiche di tale professione, ma nella consapevolezza del carattere volontaristico di queste iniziative.

### *Reggio Calabria*

Vi è una grave carenza di personale, con una totale assenza di educatori e di tecnici della riabilitazione psichiatrica, mentre le altre figure sono sottorappresentate. Nell'entroterra manca, da un po' di tempo, anche la figura dello psicologo; si cerca di ovviare con il supporto di tirocinanti di psicologia e con il lavoro gratuito di medici-psicoterapeuti.

### *Cosenza*

Vi è una grave carenza di personale. A mancare totalmente sono anche qui gli educatori e i tecnici della riabilitazione psichiatrica. Il numero dei medici è ridotto e la loro presenza è distribuita generalmente tra più servizi.

### *Catanzaro*

Situazione differente rispetto agli altri DSM. Sebbene la pianta organica non sia completa, pare esserci un numero maggiore di operatori e una maggiore diversificazione degli stessi. In questo Dipartimento troviamo il CSM dell'area tirrenica come l'unico tra quelli analizzati a non lamentare la carenza di personale. Sono

presenti, difatti, anche educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica. Il numero dei professionisti presenti non è comunque considerato ottimale: per uno dei CSM contatti si ritiene necessario un aumento del numero di medici e psicologi; per l'altro quello degli assistenti sociali e degli psicologi (un tempo però presenti).

TABELLA 1. Riepilogo delle informazioni sul personale operante nei CSM considerati

CSM CONSIDERATI	PROBLEMA PRINCIPALE SEGNALATO	BISOGNI SPECIFICI
Crotone	Carenza di personale	Totale assenza di assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica
Reggio Calabria entroterra	Carenza di personale	Totale assenza di psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica
Reggio Calabria jonica	Carenza di personale	Totale assenza di educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica
Reggio Calabria tirrenica	Carenza di personale	Totale assenza di educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica
Cosenza area urbana	Carenza di personale	Totale assenza di educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica
Cosenza jonica	Carenza di personale	Totale assenza di educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica.
Cosenza tirrenica	Carenza di personale	Totale assenza di educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica.
Catanzaro jonica	Pianta organica non completa ma sufficiente	Percepiti come necessari più medici e psicologi.

CSM CONSIDERATI	PROBLEMA PRINCIPALE SEGNALATO	BISOGNI SPECIFICI
Catanzaro tirrenica	Pianta organica non completa ma sufficiente	Percepiti come necessari più assistenti sociali.

Alcune delle conseguenze più significative della situazione descritta dagli intervistati possono essere così sintetizzate:

a. centralità dei medici e conseguente aggravio di lavoro per loro:

il medico funambolo insomma, quello che suona più strumenti. Però è comunque una limitazione il fatto che non ci siano le altre figure professionali<sup>1</sup>;

b. problemi nella gestione dei singoli percorsi, con impossibilità di effettuare accompagnamenti sul territorio:

è un qualcosa di imperfetto, di non evoluto, di mai sviluppato [...] La presenza delle altre figure professionali potrebbe in qualche maniera mantenere almeno quello che è stato avviato. A parte il fatto che io sono sempre stata dell'idea che non è detto che il primo [...] che incontri debba avere il camice<sup>2</sup>.

Manca la possibilità di dare ad un paziente che ha una grave patologia mentale la possibilità di mantenere un livello di funzionamento il più adeguato possibile [...] fare un lavoro completo di questo tipo richiede personale, personale qualificato (n.d.r., si riferisce ai terapisti della riabilitazione psichiatrica e agli educatori), del quale non c'è stata mai ombra<sup>3</sup>;

c. scarsa qualità degli interventi messi in atto:

<sup>1</sup> R.A.F, responsabile CSM, *Intervista*, 22.06.2023.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> T.B., responsabile CSM, *Intervista*, 09.06.2023.

su alcune problematiche, del tipo assistenza sociale e progetti riabilitativi, vi è scarsa efficienza<sup>4</sup>;

- d. numero limitato di attività da poter svolgere e nel numero limitato di ore di apertura del centro:

Copriamo l'orario dalle 8 alle 14, proprio perché c'è mancanza di personale. E alle 14 subentra l'attività del 118 che poi diventa necessariamente un'attività di emergenza con conseguente aumento del numero dei ricoveri in maniera inopportuna e una maggiore spesa<sup>5</sup>.

#### PRESE IN CARICO

##### *Crotone*

Tra gli utenti, si registra un aumento della presenza giovanile.

Ci facciamo carico anche di fasce di età inferiore rispetto a quelli che dovrebbero afferire per competenza di età<sup>6</sup>.

Gli intervistati sottolineano l'aumento, tra le richieste di accesso, di giovani con disturbo del comportamento alimentare, dipendenze affettive e/o dal gioco d'azzardo, con problematiche legate all'uso di alcolici, autolesionisti, con depressioni gravissime accompagnate a volte da tentativi di suicidio,

Numeri che obiettivamente noi non avevamo mai visto<sup>7</sup>.

Rispetto alle patologie più frequenti, sono in aumento depressione, disturbi d'ansia e, soprattutto dopo il Covid, disturbi ossessivi compulsivi e fobie. In numero inferiore, ma che assorbono molte

<sup>4</sup> F.P., responsabile CSM, *Intervista*, 27.07.2023.

<sup>5</sup> T.B., responsabile CSM, *Intervista*, 09.06.2023.

<sup>6</sup> P.S., direttore DSMD, *Intervista*, 30.05.2023.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

più risorse nella presa in carico, sono quelle più problematiche e gravi tipo le psicosi, le schizofrenie, o anche i disturbi bipolari.

Rispetto alle modalità di accesso, le principali sono due: quella tramite Cup – agenda esterna – per le situazioni non di urgenza con tempi di attesa di circa 2/3 mesi, quella tramite medico curante, per situazioni urgenti – agenda interna – e tempi di attesa al massimo di pochi giorni. In aumento sono gli accessi tramite casi giudiziari, quelli mediante invio da parte della scuola o pediatri, e attraverso il passaparola tra amici, soprattutto nel caso di adolescenti.

### *Reggio Calabria*

Il numero delle prese in carico, nell'entroterra si è ridotto del 30% circa da quando manca la figura dello psicologo. Negli altri casi si riferisce in linea con le richieste ma con un tempo di attesa per la prima visita di circa 4 mesi.

Quando l'équipe era al completo l'assunzione di incarico era immediata<sup>8</sup>.

Il target e le patologie sono molto variegati. Nell'entroterra si riferisce una prevalenza della fascia d'età 30-50 (con una presenza del 60 per cento di donne); le persone prese in carico manifestano soprattutto disturbi del comportamento e disturbi depressivi (nel 50 per cento circa dei casi), oppure disturbi psicotici, tra cui schizofrenia e bipolarismo.

L'accesso ai servizi avviene prevalentemente in maniera spontanea. In aumento sono ovunque i casi giudiziari e le richieste di certificazioni. Uno dei CSM, nell'area dell'entroterra, riferisce inoltre di essersi informalmente staccato dal sistema di prenotazione del Cup, così da poter gestire in autonomia gli accessi e il numero di colloqui e da poter fare il maggior numero possibile di visite nell'arco di una stessa giornata, riducendo il tempo di attesa delle persone in lista.

<sup>8</sup> T.B., responsabile CSM, *Intervista*, 09.06.2023.

### Cosenza

Dai racconti emergono tre situazioni differenti. Nell'area urbana si ha avuto un aumento degli accessi sia di giovani che di anziani. Il maggiore accesso di giovani è dovuto – così si esprimono gli intervistati – al momento storico attuale, svuotato di valori, alle famiglie difficili e poco presenti e all'uso e abuso di sostanze e di mezzi tecnologici. Quello degli anziani invece sarebbe causato dell'aumentata solitudine e dalla disgregazione delle reti amicali e di vicinato. Le patologie prevalenti si riferiscono cangianti nel tempo, "a ondate": nell'ultimo periodo sono aumentati i disturbi psicotici forse legati all'uso di sostanze. L'accesso è prevalentemente spontaneo.

Nell'area jonica il numero delle prese in carico viene considerato eccessivo, sempre a causa della già rilevata carenza di personale. La fascia d'età 20-30 è quella che impegna di più gli operatori, per le caratteristiche dei disturbi manifestati; mentre quella numericamente più rilevante è la fascia 30-50. Le tipologie di disturbi trattati sono variegate, fino a comporre uno spettro ampio che comprende anche la patologia da internet. Un problema molto grosso è quello legato all'utilizzo di alcol e altre sostanze. Ci sono molti disturbi psicotici, soprattutto bipolari. Viene segnalato il fatto che alcune condizioni patologiche segnano in particolare alcuni territori: ad esempio, a Cariati vi sono molte famiglie con problemi legati al bipolarismo; a Rossano sono statisticamente rilevanti le disabilità intellettive lievi; a Mirto è forte l'incidenza sia di problematiche legate all'uso di sostanze sia di disfunzioni di tipo relazionale e familiare. Si sottolinea inoltre l'aumento, nell'area jonica in generale, di autolesionisti, suicidi e borderline.

Nell'area tirrenica invece si riscontra un ridotto numero di prese in carico: i vuoti di operatività sono percepiti come la conseguenza di una organizzazione carente e di contrasti interni all'équipe. Il numero delle prese in carico effettivo è inferiore a quello stimato: in piattaforma ci sono molte prese in carico che risultano ancora attive, perché non è mai stata effettuata la chiusura del percorso, ma che riguardano pazienti che non

si presentano da anni, o che sono stati seguiti solo per alcuni mesi nell'arco di tutta la loro vita. La situazione raccontata è quella di una progressiva desertificazione del CSM, a causa della rarefazione del personale e dell'utenza. Tre sono le principali tipologie di pazienti seguite: i cronici, prettamente psichiatrici, che hanno bisogno di un TSO, o si sono recati al servizio dopo un TSO, dopo un ricovero, o una crisi; persone che si rivolgono al servizio a seguito ad esempio di incidenti stradali (per es. disturbo post traumatico) e che vengono seguiti per periodi molto brevi, generalmente della durata di due mesi, i quali non dovrebbero accedere al CSM, quanto a un servizio intermedio. Infine ci sono i pazienti seguiti a casa poiché riscontrano difficoltà nel recarsi presso il servizio, si tratta di pazienti oncologici, che dovrebbero in realtà essere seguiti dalla psico-oncologa. Anche qui si vive con difficoltà il sistema di accesso tramite Cup, definito «farraginoso» e demotivante per i pazienti

[...] tant'è che molti pazienti dicono «no, tutta questa trafia c'è? Ciao, non vengo più, sto a casa, sto meglio<sup>9</sup>.

### *Catanzaro*

Il numero delle prese in carico si dice adeguato rispetto alle esigenze del territorio, nonostante il carico di lavoro e il dispendio di energie rilevanti nella gestione dei pazienti affetti da patologie più gravi, i quali richiedono interventi complessi e multidisciplinarità dell'approccio. In entrambi i CSM indagati, al classico sistema di prenotazione tramite Cup – non gradito, perché «una telefonata non può diventare un filtro»<sup>10</sup> – si affianca un sistema interno più celere: nell'area jonica i pazienti con patologie più importanti hanno libero accesso al centro, anche senza appuntamento; nell'area tirrenica si effettua direttamente presso il servizio un triage dalle 9.00 alle 11.00, con un medico

<sup>9</sup> R.P., psicologa CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

<sup>10</sup> R.M., responsabile CSM, direttore DSMD, *Intervista*, 12.07.2023.

o un assistente sociale che valutano le richieste comunicando alle persone il percorso da avviare. In questo modo è possibile assumere dati utili già in una fase di primo accesso.

TABELLA 2. Le principali evidenze riferite alle prese in carico da parte dei CSM considerati

	TARGET	PATOLOGIA	ACCESSO
Crotone	In aumento i giovani e i casi giudiziari	Depressione, disturbi d'ansia, fobie, disturbi ossessivi compulsivi	Tramite Cup (2-3 mesi di attesa), in emergenza, tramite autorità giudiziaria
Reggio Calabria entroterra	Prevalente fascia 30-50 anni, ma anche diversi pensionati. 60% donne.	50% disturbi del comportamento e depressivi. A seguire psicosi.	Principalmente tramite medico curante; in aumento richieste di certificazioni. Discostati informalmente dal Cup.
Reggio Calabria jonica	Variegato	Variegata	Prevalentemente spontaneo e su invio dell'autorità giudiziaria
Reggio Calabria tirrenica	Variegato	Variegata	Da medico curante, spontaneo, da SPDC, da strutture medico-legali, servizi sociali.

	TARGET	PATOLOGIA	ACCESSO
Cosenza area urbana	Giovani e anziani	In base al periodo. Al momento principalemente psicosi.	Prevalentemente spontaneo.
Cosenza jonica	Fascia 20-30, 30-50. In aumento i giovani.	Variegato, in base soprattutto al contesto. In aumento autolesionisti e suicidi.	-
Cosenza tirrenica	-	Variegato, anche persone che non dovrebbero accedere al CSM	Cup
Catanzaro jonica	Variegato	Variegato	Tramite Cup; libero accesso per i casi urgenti
Catanzaro tirrenica	In aumento casi giudiziari	Principalmente patologie gravi (psicosi)	Triage interno per ovviare sistema Cup

#### PRINCIPALI ATTIVITÀ ESEGUITE

La carenza di personale incide sulle attività che i CSM considerati riescono a realizzare con riferimento alle persone prese in carico. Visite psichiatriche, somministrazione delle terapie, colloqui, gestione dei casi giudiziari e degli inserimenti in struttura sono le attività comuni che prevalentemente vengono poste in atto. In generale, si lamenta l'appiattimento del lavoro del CSM su funzioni meramente ambulatoriali;

[...] è un problema nazionale: ha perso un po' lo spirito della legge 180, che era quello del servizio, proprio "servizio" e non ambulatorio<sup>11</sup>.

### *Crotone*

Nonostante le difficoltà di cui sopra, oltre alle prime visite e controlli successivi, si effettuano psicoterapie individuali, di gruppo, di tipo relazionale familiare e di coppia. Prima del Covid si realizzavano svariati progetti; con un gruppo di circa 20 ragazzi, ad esempio, si è preso parte a un progetto internazionale, "La testa nel pallone", un torneo svolto a Lecce in cui partecipavano squadre nazionali e internazionali, composte da pazienti e operatori che ha dato esito anche a un film; si è preso parte ad un progetto a tema con la vela in cui pazienti e operatori hanno circumnavigato l'Italia; nel periodo estivo si garantivano attività per alcuni di questi ragazzi, come il mare e altre gite. A oggi, non vi sono più nemmeno le attrezature: manca anche il pulmino. Il centro ha riaperto solo da qualche mese e si sta provando a riprogrammare qualcosa.

### *Reggio Calabria*

Si svolgono prevalentemente attività ambulatoriali: diagnosi, somministrazione della terapia, visite psichiatriche e psicologiche. Nel CSM dell'entroterra, ogni medico ha una visita ogni 20-25 minuti, e non ha tempo per fare altro; le visite domiciliari si riescono ad effettuare solo nei due giorni in cui è previsto il rientro pomeridiano.

### *Cosenza*

La situazione appare piuttosto variegata. Presso il CSM dell'area urbana si effettuano prevalentemente colloqui, controlli clinici,

<sup>11</sup> R.P., psicologa CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

controlli farmacologici, e somministrazione della terapia, fino a 200 *depot*<sup>12</sup> al mese.

È un lavoro enorme!... non si vede<sup>13</sup>.

Il CSM dell'area jonica, nonostante le difficoltà, tenta di mantenere una presa in carico strutturata con terapie farmacologiche e non. Il servizio dell'area tirrenica sta tentando di programmare meglio il lavoro, con l'introduzione di una riunione d'équipe settimanale, ma con scarsi risultati;

[...] se mancano alcune figure importanti, nell'ambito della riunione d'équipe in cui si parla di un caso clinico, in cui mancano figure importanti, poi quel lavoro, parlare del caso diventa un lavoro monco<sup>14</sup>.

Le principali attività svolte qui sono quelle individuali – psicoterapia individuale, colloquio psicologico, visita psichiatrica, terapie infermieristiche. Viene denunciato il problema della esiguità degli spazi disponibili. Con più difficoltà si effettuano visite domiciliari, contatti con le famiglie, attività di accompagnamento e sostegno individualizzato con i pazienti fuori dal CSM: si tratta di attività che non sarebbero supportate dall'intera équipe, in quanto una parte degli operatori non condividerebbe l'approccio bio-psico-sociale alla sofferenza mentale.

### Catanzaro

Nell'area jonica si effettuano principalmente visite psichiatriche, visite psicologiche, colloqui sociali e attività del centro diurno. Nell'area tirrenica il ventaglio delle attività effettuate è più ricco. Anche sotto questo aspetto, quest'area risulta la più strutturata: oltre alle classiche attività di consulenza, ai colloqui, alla somministrazione di terapia, nella realizzazione del PTRI si effettuano

<sup>12</sup> Si tratta di psicofarmaci a lento rilascio.

<sup>13</sup> G.V., responsabile CSM; F.F., direttore DSMD, *Intervista*, 19.06.2023.

<sup>14</sup> R.P., psicologa CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

attività di gruppo e singole – sulla base del programma individuale – con prevalenza di attività riabilitative in ambito cognitivo, emozionale, di capacitazione generale. Inerenti a queste attività, si svolgono visite domiciliari e si sviluppano contatti con il territorio. Nonostante ciò, dalle interviste emerge la difficoltà di lavorare con metodo e programmazione:

[...] io stessa in questi anni, mi deve credere, ne avevo idee da sviluppare, ma sono stata, come dire, assorbita [...] non ti fanno poi lavorare sull'aspetto della programmazione che è fondamentale, nel nostro assetto, proprio per dare delle risposte più a senso compiuto<sup>15</sup>.

Si riconosce inoltre la necessità, riferita al Centro diurno, di guardare di più verso l'esterno:

[...] intervenire di più sul territorio, andare di più nei domicili, anche la riabilitazione. Perché molto spesso il nostro paziente, deve essere riabilitato nel suo luogo di vita, non deve essere riabilitato qua, perché i problemi ce li hanno molto spesso dove vivono, dove passano il loro tempo, è là che bisogna aiutarli a trovare anche delle strade di autonomia [...] non possiamo creare cronicari<sup>16</sup>.

Nel corso degli anni sono stati realizzati progetti teatrali, con il coinvolgimento di enti e associazioni del territorio, onde evitare la ghettizzazione dell'esperienza, assieme alla partecipazione nell'attività stessa di operatori del CSM. Nel periodo del Covid è stata inoltre avviata una iniziativa sperimentale di telemedicina «fatta in casa», per riuscire a raggiungere i pazienti più lontani.

<sup>15</sup> R.M., responsabile CSM, direttore DSMD, *Intervista*, 12.07.2023.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

TABELLA 3. Le principali evidenze relative alle attività svolte dai CSM considerati

CSM CONSIDERATI	PRINCIPALI ATTIVITÀ SEGNALATE
Crotone	Prime visite e controlli successivi Psicoterapie individuali, di gruppo, di tipo relazionale familiare e di coppia Prima del covid: attività con il centro diurno anche sul territorio e attività di socializzazione
Reggio Calabria entroterra	Solo attività ambulatoriali, visite. Due volte a settimana visite domiciliari
Reggio Calabria jonica	Diagnosi e terapia, principalmente
Reggio Calabria tirrenica	Visite psichiatriche/psicologiche, controlli clinici, somministrazione terapia pronta e depot
Cosenza area urbana	Colloqui, i controlli clinici, i controlli farmacologici, somministrazione della terapia
Cosenza jonica	Presa in carico strutturata con terapie farmacologiche e non. Gestione delle richieste, dell'inserimento nelle strutture, condivisione programma individualizzato, consulenze presso il SERT, tenuta informale dei contatti con il territorio, gestione dei casi con Servizio Sociale comunale.
Cosenza tirrenica	Solo individuali. Psicoterapia individuale, colloquio psicologico, visita psichiatrica, terapie infermieristiche. Con più difficoltà: visite domiciliari, e sostegno individualizzato sul territorio.
Catanzaro jonica	Visite psichiatriche, visite psicologiche, colloqui sociali. Attività nel centro diurno.
Catanzaro tirrenica	Telemedicina, triage, presa in carico strutturata con PTRE (valutazioni, colloqui, attività di gruppo e singole di riabilitazione, visite domiciliari, contatti con il territorio); gestione delle residenzialità, gestione delle richieste dell'autorità giudiziaria, attività di socializzazione (per es. progetti di teatro).

## PRESENZA E MODALITÀ DI LAVORO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (UVI)

### *Crotone*

L’Uvi non è presente. Dato il numero ridotto del personale si riesce a fare poco: si tenta di collaborare con il PUA – per fare valutazioni rispetto agli inserimenti nelle strutture – ma non si tratta di un lavoro di équipe.

Ognuno lavora per il proprio settore ma ovviamente un lavoro di insieme non riusciamo in qualche modo a garantirlo, non riusciamo a dare seguito a quanto necessario<sup>17</sup>.

### *Reggio Calabria*

Neanche qui l’Uvi è presente. I CSM dell’entroterra e dell’area tirrenica riferiscono della presenza dell’Unità di valutazione multidimensionale (Uvm) di competenza distrettuale con la quale si collabora solo in termini di relazioni che la stessa chiede al CSM.

Non vi sono altri tipi di collaborazioni o di rete<sup>18</sup>.

Nell’area jonica si riscontra difficoltà nel comprendere a che tipo di Uvi ci si riferisca, non viene fatta menzione nemmeno della presenza o meno dell’Uvm; a volte arrivano richieste di valutazioni ai CSM ma «non c’è un’équipe di valutazione integrata per seguire il paziente»<sup>19</sup> con l’inevitabile conseguenza che i pazienti vengono seguiti male, mancando completamente un’assistenza primaria.

<sup>17</sup> P.S., direttore DSMD, *Intervista*, 30.05.2023.

<sup>18</sup> R.Z., responsabile CSM, *Intervista*, 31.05.2023.

<sup>19</sup> T.B., responsabile CSM, *Intervista*, 09.06.2023.

### Cosenza

Non è presente l’Uvi ma solamente l’Uvm in capo al distretto. Essa ha una composizione ridotta solo ad una parte delle figure professionali che dovrebbero essere invece presenti, per cui generalmente vi operano un medico, un assistente sociale, uno psicologo, un geriatra:

[...] sono sempre gli stessi poi, fondamentalmente sembra quasi che stia disegnando, non so, una figurina: quella del suonatore che porta piatti, tamburi, armonica in bocca... è un po’ così<sup>20</sup>.

L’Uvm non prende in carico però tutte le persone afferenti al CSM, ma si attiva nel momento in cui è necessario decidere rispetto all’ingresso in struttura di un paziente. La collaborazione in questo caso riguarda la valutazione del caso e la scelta del tipo di struttura.

Noi dovremmo avere anche l’Uvi, nel senso: devi fare un ricovero [nelle strutture di riabilitazione]... e nessuno mai ha sollevato la problematica, nessuno dei direttori che recepiva la proposta di un ricovero, laddove è prevista la valutazione del bisogno del paziente, finalizzata a quel ricovero che stai chiedendo, la firma diciamo dell’Uvm [...] lì è previsto un progetto riabilitativo a firma dell’équipe, quindi dell’Uvm e che mai qualcuno ci ha detto «ma perché mi avete mandato sta cosa senza la firma dell’Uvm?» Perché intanto io te la mando, perché non mi assumo la responsabilità, perché nemmeno so cos’è un progetto riabilitativo<sup>21</sup>.

### Catanzaro

È l’unico caso in cui si segnala la presenza di un’Uvi – informale – all’interno dei CSM esaminati. Nell’area jonica la stessa si riunisce prevalentemente per decidere l’inserimento in struttura o per gestire i casi giudiziari. Nell’area tirrenica, oltre all’Uvm

<sup>20</sup> R.A.F., responsabile CSM, *Intervista*, 22.06.2023.

<sup>21</sup> M.C.S., assistente sociale CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

dipartimentale che si occupa dei ricoveri, delle scelte di residenzialità – comprendendo necessariamente anche la valutazione ai fini del PTRI – vi è un’Uvi non istituzionalizzata all’interno del servizio: si tratta del gruppo di lavoro, l’équipe multidisciplinare, che segue i pazienti, caso per caso, e si forma di volta in volta in base al tipo di presa in carico.

TABELLA 4. Le principali informazioni relative alle Uvi (Unità di valutazione integrata) nei CSM considerati

Crotone	Non presente.
Reggio Calabria entroterra	Non presente. C’è l’Uvm distrettuale, solo contatti per eventuali relazioni in caso di inserimenti in residenzialità.
Reggio Calabria jonica	Non presente.
Reggio Calabria tirrenica	Non presente. C’è l’Uvm distrettuale.
Cosenza area urbana	Non presente. C’è l’Uvm, si attiva prevalentemente nei casi di inserimenti in residenzialità.
Cosenza jonica	Non presente. C’è l’Uvm, si attiva prevalentemente nei casi di inserimenti in residenzialità.
Cosenza tirrenica	Non presente. C’è l’Uvm distrettuale.
Catanzaro jonica	Presente un’Uvi interna. Si attiva principalmente per decisioni su casi giudiziari o internistici.
Catanzaro tirrenica	Presente presso il CSM, non formalizzata. Si crea caso per caso.

## MODALITÀ DI GESTIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (PTRI)

### *Crotone*

Rispetto ai PTRI si evidenziano molte difficoltà: si cerca di fare il possibile nelle condizioni date. Si tenta di cucire il progetto addosso al paziente, utilizzando la disponibilità anche dei familiari. Per poter fare un discorso più ampio di progetto sulla persona mancano le risorse anche sul territorio, vi è solo qualche cooperativa a cui poter fare riferimento. Non si riesce a lavorare però sull'inserimento lavorativo.

Sono almeno un 5-6 anni che non riusciamo a programmare, a mettere su un progetto con borse lavoro, con altre possibilità di inserimento dei nostri pazienti...<sup>22</sup>.

Si sottolinea la mancanza di risorse economiche ed umane per portare avanti delle vere progettualità.

### *Reggio Calabria*

Sono state individuate tre situazioni differenti rispetto alla stesura del PTRI. Nell'entroterra si lamenta l'impossibilità di lavorare con PTRI formalizzati a causa della carenza delle professionalità giuste. La personalizzazione degli interventi con progetti viene fatta solo tra i pochi professionisti presenti nel CSM, in maniera informale, per organizzarsi su come andare avanti, come procedere con la presa in carico dell'utente. Anche nell'area ionica, si riconosce l'importanza dei PTRI, tuttavia si dichiara di non averli mai predisposti e che la personalizzazione dell'intervento consiste nel curare bene il malato attraverso una buona terapia farmacologica.

<sup>22</sup> P.S., direttore DSMD, *Intervista*, 30.05.2023.

Queste tre regole fondamentali: farmaco giusto, dose giusta e tempi giusti. Questo è personalizzare<sup>23</sup>.

Nell'area tirrenica, invece, il PTRI viene redatto dal singolo medico solo per gli inserimenti in strutture riabilitative residenziali.

### Cosenza

Nell'area urbana e nell'area jonica si riferisce l'impossibilità di effettuare un reale progetto che sia anche formalizzato. «Eh... navighi a vista» è l'espressione utilizzata dalla responsabile che più rappresenta lo stato d'animo e delle cose. Il progetto viene ipotizzato dal/la professionista che prende in carico la persona, si delinea nel quadro del rapporto tra paziente e terapeuta, che cerca di gestirlo alla meglio, ma non ci sono altri aiuti. In qualche caso, si tenta di coinvolgere la famiglia, se presente, o altre figure vicine:

coinvolgi il padre/la mamma/il figlio del signore che hai di fronte... cioè... mancando le figure... tu lo sai le cose che... cioè lo fai il progetto... però lo gestisci alla meglio, chiedendo aiuto ai familiari<sup>24</sup>.

A causa della carenza di personale non si ha la possibilità di effettuare riunioni di équipe per la discussione dei casi:

io con chi ne parlo? Con gli infermieri ne parlo. È finita là [ride]. Con un collega, se condividiamo qualche caso, se c'è tempo!<sup>25</sup>

Nell'area jonica si riscontra però una gestione condivisa con il servizio sociale del comune, cosa che permette di effettuare interventi più idonei. Nell'area tirrenica si vive invece una difficoltà maggiore, dovuta a difficoltà interne all'équipe. Il PTRI vero e proprio non si fa. Alcuni operatori provano a realizzare dei progetti personalizzati (non formali né istituzionalizzati)

<sup>23</sup> T.B., responsabile CSM, *Intervista*, 09.06.2023.

<sup>24</sup> G.V., responsabile CSM; F.F., direttore DSMD, *Intervista*, 19.06.2023.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

avendo come obiettivo quello di investire globalmente sulla vita del paziente, sulla famiglia, sull'ambiente, sulle condizioni lavorative e sociali. Gli strumenti ci sono ma

quegli operatori che fanno questo, vengono derisi...diciamocela la verità! [...] Non c'è una condivisione di obiettivi, se non tra pochi operatori, oppure sul singolo caso<sup>26</sup>.

Solo alcuni operatori, i quali si definiscono di formazione basagliana, riescono tra loro a discutere di alcuni casi e a mettere in piedi un programma d'azione condiviso, sebbene non formalizzato. Parte dell'équipe ritiene questo lavoro non utile, avendo una visione solamente medicalizzata del disagio mentale.

### *Catanzaro*

In entrambi i CSM contattati, dalle informazioni raccolte risulta che lavoro tramite PTI sia abbastanza frequente. L'analisi del responsabile CSM dell'area ionica non entra nel dettaglio della gestione. Un lavoro ben articolato e puntuale viene svolto nell'area tirrenica, lì dove sono presenti i tecnici della riabilitazione psichiatrica, che appunto si occupano in prima persona della definizione di tale progettualità. Al momento dell'indagine, i PTI attivi presso il servizio sono circa 40. Quando la persona accede al CSM, viene fatta una valutazione psichiatrica, quando si tratta di un bisogno complesso e il paziente viene preso in carico si chiede la collaborazione dei tecnici. Un'équipe multidisciplinare (composta da psicologo, psichiatra, assistente sociale se c'è un disagio sociale, e il tecnico, che si occupa della riabilitazione vera e propria) lavora per redigere il PTI. Inizialmente si fa una valutazione non strutturata per conoscere il paziente, le sue potenzialità. Si incontra anche la famiglia, mediante interventi domiciliari, per avere un quadro completo della persona. Sulla base del PTI (piano di trattamento individuale), delle valuta-

<sup>26</sup> M.C.S., assistente sociale CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

zioni effettuate anche con l'ausilio di scale come Fps<sup>27</sup> o Bprs<sup>28</sup>, si indaga la quotidianità della persona, suddivisa per aree. A seguire, vengono stabiliti gli obiettivi per il raggiungimento dei quali si mettono in atto gli interventi. Ad esempio vengono creati dei gruppi, che siano cognitivi, emotivi, di skills training. Si continuano ad effettuare le visite domiciliari, per rendersi conto della quotidianità della persona a trecentosessanta gradi. Viene determinata l'équipe che si occuperà del caso. L'insieme delle valutazioni, degli obiettivi, degli interventi, della partecipazione della famiglia, della storia della persona, sono racchiuse nel PTI.

Il programma prevede i colloqui psichiatrici, [...] psicoterapie, farmaco terapia, interventi domiciliari [...] sosteniamo e coinvolgiamo la famiglia, perché sennò quello che facciamo con lui o con lei viene [...] distrutto nell'ambito familiare, e quindi famiglia, contesto socio familiare e paziente camminano di pari passo. [...] Poi gli interventi sociali, gli interventi riabilitativi; se c'è l'inserimento al centro diurno, se c'è un inserimento previsto nella struttura, inserimento lavorativo... perché adesso stiamo lavorando molto per il budget di salute, che prevede l'asse casa-lavoro-tempo libero<sup>29</sup>.

Generalmente la durata è di medio periodo. Si valuta anche l'adesione della persona all'intero percorso, la sua collaborazione. Si appone la firma dell'utente, di un familiare, del *case manager*. Si tiene d'occhio la sintomatologia e puntualmente si monitora e si verifica il procedere del percorso.

<sup>27</sup> Scala di funzionamento personale e sociale, in <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/VADO-02-Scala-FPS.pdf>.

<sup>28</sup> *Brief Psychiatric Rating Scale*, in <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/BPRS-4.0-ampliata-Brief-Psychiatric-Rating-Scale.pdf>.

<sup>29</sup> A.B., tecnico della Riabilitazione psichiatrica CSM, *Intervista*, 12.07.2023.

TABELLA 5. Le principali informazioni raccolte a proposito del PTRI (Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato) nei CSM considerati

Crotone	Non vi sono risorse economiche ed umane per poterlo realizzare. Si cerca di fare il possibile nelle condizioni date per personalizzare l'intervento.
Reggio Calabria entroterra	Impossibile realizzarlo a causa della carenza di personale. Si tenta di favorire un minimo di personalizzazione tra pochi operatori in maniera informale.
Reggio Calabria jonica	Non si fa: la riabilitazione non è mai esistita. La personalizzazione viene svolta in termini di trattamento farmacologico principalmente.
Reggio Calabria tirrenica	Redatto dal singolo medico solo per gli inserimenti in strutture riabilitative residenziali.
Cosenza area urbana	Non è possibile farlo principalmente a causa della carenza di personale. Si cerca di fare il possibile nelle condizioni date per personalizzare l'intervento.
Cosenza jonica	Si tenta di personalizzare gli interventi, nella difficoltà delle condizioni di lavoro in maniera prettamente informale.
Cosenza tirrenica	Non viene fatto. Alcuni operatori tentano un lavoro programmato e personalizzato, ma gran parte dell'équipe ha una visione medicalizzata dell'intervento.
Catanzaro jonica	Si effettuano PTRI, non per tutti i pazienti.
Catanzaro tirrenica	Viene realizzato, si ha un lavoro ben strutturato ed organizzato. Attivi nel CSM di Lamezia circa 40 PTRI.

## COLLABORAZIONI SUL TERRITORIO – TERZO SETTORE

Quasi tutti i CSM esaminati vivono una situazione molto simile in termini di frammentazione delle collaborazioni con gli enti del terzo settore del territorio, principalmente dovuta al loro indebolimento o alla loro difficoltà di lavorare in rete.

Noi dovremmo lavorare sempre di più, soltanto che noi come calabresi, non ce l'abbiamo nel DNA questa cosa della collaborazione, preferiamo, come dire, coltivare i nostri orticelli in maniera individualistica, piuttosto che mettere in rete i nostri saperi [...] sono costruzioni che bisogna fare con una pervicacia...ma, bisogna stare a battere continuamente [...] lo devi continuamente rinforzare, e rafforzare. Sicuramente ci sono delle buone belle risorse e secondo me ci sono anche delle persone in grado di interpretarle, queste parti, è necessario che, che si uniscano e che si faccia rete e che si mettano in gioco proprio queste, piuttosto che posti di potere, vedere di costruire dei posti di servizio<sup>30</sup>.

A *Crotone* si racconta della presenza, un tempo, di progetti messi in piedi dalla Caritas, da cui erano nate anche delle cooperative, con cui si lavorava bene.

A un certo punto la Caritas si è spostata di lato, e molti di questi progetti son venuti meno, e non c'è stato chi si facesse carico delle aspettative che avevamo posto<sup>31</sup>.

Al momento sul territorio non c'è alcun progetto attivo e risulta comunque difficile avviare delle collaborazioni soprattutto a causa della mancanza di professionisti dedicati. Gli operatori rimasti al centro hanno un carico di lavoro tale da non riuscire a dedicare del tempo alla programmazione di collaborazioni con altri enti. Sul territorio è rimasto poco rispetto alla cura della salute mentale, si interagisce principalmente con servizi residenziali per l'inserimento dei pazienti.

<sup>30</sup> R.M., responsabile CSM, direttore DSMD, *Intervista*, 12.07.2023.

<sup>31</sup> P.S., direttore DSMD, *Intervista*, 30.05.2023.

Situazione analoga nel territorio di *Reggio Calabria*. Nell'entroterra la problematica principale è la mancanza di enti che si occupano di salute mentale (un tempo era presente un'associazione di familiari, sostenuta dal CSM, che col tempo è andata a perdersi).

[...] grosse cose non riusciamo a farle sinceramente<sup>32</sup>.

Nell'area jonica la difficoltà maggiore è la carenza di personale da dedicare alla tessitura di relazioni e creazione di reti, con tentativi falliti di avviamento di protocolli d'intesa, perché carenti degli operatori che potessero poi concretamente seguire tali processi.

Nell'area tirrenica dell'ambito di *Cosenza* non vi è alcun tipo di collaborazione con i servizi privati – eccetto per l'infermiere che è tenuto a recarsi per le terapie – perché

[...] sono dei privati sociali che non hanno a che fare con la psichiatria, con la salute mentale, con la tipologia di utenza [...] tant'è che credo che anche i Nas credo abbiano avuto da ridire [...] parlo proprio di corrispondenza tra tipologia di servizio erogato e tipologia di utente accolto<sup>33</sup>.

Nella zona jonica si ha una collaborazione limitata con qualche centro diurno in cui affluiscono pazienti dei CSM, ma con generale penuria di associazioni che si occupano di salute mentale. Particolare è invece il caso dell'area urbana, in cui vi è un passato ricco di storia di riabilitazione. Viene raccontato che in questo territorio, un tempo, grazie alla collaborazione tra il pubblico e il privato era nata una cooperativa ed erano stati avviati svariati progetti orientati alla capacitazione delle persone prese in carico e delle loro famiglie. A oggi tutto questo si è perso, anche a causa di quella che viene percepita come una grave assenza di associazionismo dedicato. Permane, tuttavia, una collaborazione

<sup>32</sup> R.Z., responsabile CSM, *Intervista*, 31.05.2023.

<sup>33</sup> M.C.S., assistente sociale CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

costante – sia formale che non formale – con un ente del territorio, a cui il CSM si rivolge per ovviare alle carenze territoriali, nel tentativo di una gestione comune dei singoli casi.

Anche su questo aspetto, si differenziano i CSM di *Catanzaro*, che nei rispettivi territori collaborano con cooperative, associazioni, enti del terzo settore organizzando corsi di formazione, laboratori, progetti teatrali. Nell'area ionica, in passato sono stati effettuati progetti di inserimento lavorativo che hanno funzionato molto bene. Nell'area tirrenica da tempo si sta iniziando a lavorare, assieme agli ETS del territorio, sulla formazione e la progettazione del Budget di Salute:

[...] perché poi quando devi lavorare su delle progettualità, hai bisogno di risorse anche, per potere portare avanti il lavoro. [...] una persona deve potere essere, fare parte della società, viversi almeno questa dimensione; non possono essere [i centri diurni], non possiamo creare dei cronicari<sup>34</sup>.

TABELLA 6. La collaborazione dei CSM considerati con gli enti del terzo settore.

Crotone	Un tempo vi era collaborazione con la Caritas, e altre cooperative nate da progetti da questa finanziati. A oggi non vi sono grosse collaborazioni: carenza di ETS, carenza di personale.
Reggio Calabria entroterra	Carenza di ETS che si occupano di salute mentale; quelli presenti sono principalmente <i>autosufficienti</i> .
Reggio Calabria ionica	Carenza di personale che si occupi di creare rete. Tentativi falliti di protocolli di lavoro: manca personale dedicato.
Reggio Calabria tirrenica	strutture riabilitative, strutture residenziali e semiresidenziali private. Non vi sono limitazioni per nessun soggetto che abbia interesse a collaborare.

<sup>34</sup> R.M., responsabile CSM, direttore DSMD, *Intervista*, 12.07.2023.

Cosenza area urbana	In passato significative collaborazioni con enti e associazioni, oggi vi è carenza. Forte collaborazione – canale diretto informale – con una struttura di accoglienza.
Cosenza jonica	Penuria di associazioni che si occupano di salute mentale. Qualche collaborazione con CD in cui si recano i loro pazienti.
Cosenza tirrenica	Rifiuto di collaborazione con enti privati perché <i>non adatti</i> .
Catanzaro jonica	In passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavorativo; a oggi si collabora con cooperative e associazioni che organizzano corsi di formazione e laboratori.
Catanzaro tirrenica	Collaborazioni con ETS. Si sta avviando un lavoro assieme attorno al BdS.

#### ALTRI ENTI PUBBLICI

Tra le esperienze di collaborazione con altri enti del settore pubblico, le persone intervistate considerano particolarmente rilevanti quelle legate alla gestione dei casi giudiziari, che negli ultimi anni hanno determinato il progressivo aumento dei contatti tra i CSM e il Tribunale, l'UEPE, le forze dell'ordine. In generale si lamenta lo scarso numero di strutture sia residenziali che semi-residenziali:

[...] abbiamo una carenza di strutture specifiche [...] sia per quanto riguarda i percorsi possibili in, in diciamo non residenzialità, quindi sul territorio, e sia per quanto riguarda la residenzialità<sup>35</sup>, e la scarsa presenza di servizi di neuropsichiatria infantile.

A Crotone si segnala una intesa efficace con il servizio ospedaliero, con cui si crea una vera e propria continuità assistenziale, e

<sup>35</sup> R.A.F., responsabile CSM, *Intervista, 22.06.2023*.

con il SERD, questo grazie anche al fatto che lo psichiatra opera in tutti e due i servizi.

Nel territorio di *Reggio Calabria* si rileva una buona collaborazione, in particolare nell'entroterra, con i servizi sociali del comune: si cerca di realizzare interventi programmati, facendo leva a volte sui rapporti e le conoscenze personali. Si tratta infatti di collaborazioni non sempre formalizzate, ma che si attivano sulla base delle conoscenze personali degli operatori, allo scopo di affrontare e risolvere le situazioni in maniera più celere. Sempre qui, si contattano le scuole per la realizzazione di progetti di prevenzione primaria: sono poche però quelle che rispondono positivamente. Nell'area jonica, al contrario, si lamenta la difficoltà di collaborazione con il servizio sociale dei comuni;

[...] scrivono, stanno dietro la scrivania... per esempio una nostra assistente sociale dietro mia sollecitazione ha richiesto un intervento dell'assistente sociale del comune per pazienti che hanno magari l'amministratore di sostegno che capisci che non se ne occupa, non è stato prodotto nulla...non... c'è...un caso di un nostro paziente che vive con la mamma in uno stato di totale abbandono, abbiamo sollecitato il comune di prendere, attraverso le assistenti sociali, di prendere provvedimenti, da quello che mi risulta non è stato fatto nulla<sup>36</sup>.

Nel territorio di *Cosenza*, rispetto alla collaborazione con i servizi sociali del territorio, si trovano due situazioni totalmente differenti: da un lato, nell'area urbana, i CSM presenti sperimentano difficoltà notevoli, al punto che un intervistato dichiara: «preferisco non parlarne guarda (dice con tono rassegnato)... per favore stendiamo un velo pietoso»<sup>37</sup>; dall'altro, sia nell'area jonica sia in quella tirrenica vi sono delle collaborazioni molto forti. Nell'area jonica, in seguito all'implementazione del servizio sociale professionale, è aumentato tantissimo il lavoro condiviso. Nell'area tirrenica, oltre al lavoro sui singoli casi, si stanno mettendo in campo delle progettualità condivise con i

<sup>36</sup> T.B., responsabile CSM, *Intervista*, 09.06.2023.

<sup>37</sup> G.V., responsabile CSM; F.F., direttore DSMD, *Intervista*, 19.06.2023.

servizi sociali del territorio, come nel caso del caffè Alzheimer, o della creazione dei gruppi famiglia:

da quando c'è questo servizio sociale del comune noi siamo *rinate* [...] perché sono persone giovani, competenti, che ci hanno stimolato<sup>38</sup>.

Nell'area jonica, inoltre, si tengono buone collaborazioni anche con il SERT e con l'ospedale. Nonostante la fatica che l'interazione comporta, essa è valutata positivamente:

[...] a me piace comunque che ci sia una sorta di presenza su tutti i punti della rete, quindi il punto ospedaliero, anche se è una cosa in più, comunque non è negativo perché in realtà il ricovero per le acuzie, diventa un momento in cui il medico del territorio può anche vedere in un'altra situazione i pazienti, e nello stesso tempo assicura alla persona la propria presenza, quindi una persona anche conosciuta...di riferimento<sup>39</sup>.

A Catanzaro si segnalano collaborazioni formali con altri servizi pubblici. In particolare, nell'area tirrenica si è tentato di avviare una serie di protocolli operativi con l'UEPE e con la procura, per avviare una linea di confronto nella fase di decisione delle misure:

[...] perché noi i pazienti li conosciamo, sappiamo anche le loro risorse [...] allora se si crea una comunicazione, quantomeno si comunicano tutta una serie di cose che magari il perito spesso deve individuare, ma invece potrebbe anche avvalersi delle nostre conoscenze [...] che poi possono integrarsi<sup>40</sup>.

Anche qui si ripresenta il caso di operatori che prestano la loro opera in più servizi.

**TABELLA 7.** Le informazioni più rilevanti riguardanti le collaborazioni dei CSM considerati con altri servizi pubblici

<sup>38</sup> R.P., psicologa CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

<sup>39</sup> R.A.F., responsabile CSM, *Intervista*, 22.06.2023.

<sup>40</sup> R.M., responsabile CSM, direttore DSMD, *Intervista*, 12.07.2023.

CSM	CARATTERI E ASPETTI CRITICI DELLE COLLABORAZIONI IN CORSO
Crotone	Principalmente con il servizio ospedaliero, (continuità assistenziale) e con il SERD (condivisione dello psichiatra). Autorità giudiziarie in per evadere a richieste.
Reggio Calabria entroterra	In particolare con i servizi sociali dei comuni, per interventi programmati. Tentativi di collaborazione con le scuole per progetti di prevenzione. Autorità giudiziarie in per evadere a richieste.
Reggio Calabria jonica	Difficoltà nel lavorare con i servizi sociali dei comuni a causa della carenza di personale (anche presso questo ente) e di personale <i>qualificato</i> .
Reggio Calabria tirrenica	Commissioni invalidi civili e patente, autorità giudiziaria, UEPPE, SERD. Non vi sono limitazioni per nessun soggetto che abbia interesse a collaborare.
Cosenza area urbana	Difficoltà nel collaborare con i servizi sociali del comune. Collaborazioni formali buone con tutti i servizi pubblici.
Cosenza jonica	Ottima collaborazione con i servizi sociali del comune, soprattutto in termini di progettazione e presa in carico dei singoli casi buone collaborazione con tutti i servizi pubblici, in particolare SERT, ospedale, USCA.
Cosenza tirrenica	Ottima collaborazione con i servizi sociali del comune, soprattutto nella progettazione di interventi (es. caffè Alzheimer, gruppi famiglie). SERT, Servizio ospedaliero.
Catanzaro jonica	Soprattutto collaborazioni formali rispetto alle richieste ricevute (es. servizi sociali del comune).
Catanzaro tirrenica	Si collabora molto con tutti i servizi pubblici.

#### MODALITÀ DI LAVORO CON LE FAMIGLIE

Il coinvolgimento delle famiglie è ritenuto da tutti fondamentale nel percorso di cura delle persone prese in carico, ma non sempre di possibile realizzazione.

Nel territorio di *Crotone* ad esempio le relazioni con le famiglie sono prevalentemente informali; gli operatori intervistati dichiarano di fare il possibile per tentare di supportarle, anche attraverso contatti telefonici, riconoscendo che su di esse si scaricano le maggiori responsabilità di cura:

Per quanto noi possiamo provare a fare qualcosa, la stragrande parte del lavoro poi resta veramente a loro<sup>41</sup>.

Le informazioni raccolte parlano di famiglie messe a dura prova dalla presenza, al loro interno, di persone con patologia psichiatrica ed evidenziano anche le difficoltà di assicurare loro aiuti adeguati. Alcune famiglie sono totalmente sfiancate, senza energie. Altre provano a resistere: il riferimento è a fratelli, sorelle, genitori ormai in tarda età che si preoccupano per il futuro dei loro figli quando loro non ci saranno più. È difficile dare risposta alle loro angosce anche perché sul territorio c'è veramente poco.

Tra i responsabili dei CSM di *Reggio Calabria* contattati, quelli dell'area ionica e dell'area tirrenica dichiarano di riuscire a collaborare solo con le famiglie che si recano di loro iniziativa presso il servizio, oppure con quelle che hanno strumenti e capacità per sostenere un lavoro condiviso.

Nell'entroterra, invece, si registra uno sforzo maggiore nel rispondere alle richieste di aiuto delle famiglie, che nonostante ciò, vivono una notevole solitudine:

noi più che dare un conforto, un sostegno, un incoraggiamento, sinceramente non andiamo oltre... siamo... le famiglie sono completamente abbandonate... ti ripeto... non avendo la possibilità di uno sfogo, uno sfogo anche temporaneo nella giornata, tipo una mezza giornata, hanno in carico queste persone 24h su 24, e spesso sono... le famiglie sono veramente distrutte. Spesso si tratta di mamma e un figlio, di un papà e un figlio... che completamente assorbito dalla malattia del figlio, quindi non... non... non hanno soluzioni<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> P.S., direttore DSMD, *Intervista*, 30.05.2023.

<sup>42</sup> R.Z., responsabile CSM, *Intervista*, 31.05.2023.

Nell'ambito territoriale di Cosenza si vivono tre situazioni differenti. Nell'area urbana, le relazioni con i familiari sono prevalentemente buone, costruite lentamente nel tempo, con molta pazienza ed empatia

[...] ci vogliono anni... non è una cosa che tu risolvi subito... ci vogliono anni. Devi guadagnare la fiducia ma anche capire<sup>43</sup>.

Nell'area jonica i contatti si mantengono prevalentemente per via telefonica, oppure tramite le assistenti sociali dei comuni del territorio, riconoscendo però che, rispetto al passato, ad oggi tale interazione è più contenuta, meno regolare. Si percepisce, qui, un problema a livello di supporto comunitario alla famiglia.

Si rende sempre più necessario il bisogno di una comunità che assuma questa capacità [...] Bisognerebbe lavorarci [...] i comuni, i sindaci... [...] che ci fosse un lavoro su questo versante, perché comunque non si può far ricadere tutto sulle famiglie, perché sarebbe veramente criminale. Ci sono delle persone che sono in sofferenza piena, perché si sentono sole... perché comunque non è un peso che si può mai sostenere da soli<sup>44</sup>.

Un caso particolare è quello dell'area tirrenica, in cui vi è pochissima collaborazione con le famiglie a causa soprattutto dell'organizzazione interna dell'équipe: la psicologa ha ottenuto da poco la possibilità di utilizzare la macchina di servizio una volta alla settimana per recarsi presso le famiglie, con l'obiettivo di coinvolgere nel percorso di cura anche la rete amicale, i vicini, i commercianti del luogo, per fare in modo che in tutti gli attori coinvolti aumenti la consapevolezza e la conoscenza rispetto alle problematiche sulla salute mentale e al contempo per profilare meglio il paziente. Manca però il consenso da parte dell'équipe rispetto a questa iniziativa:

<sup>43</sup> G.V., responsabile CSM; F.F., direttore DSMD, *Intervista*, 19.06.2023.

<sup>44</sup> R.A.F., responsabile CSM, *Intervista*, 22.06.2023.

[...] è sempre quell'impronta solo ed esclusivamente clinica di come è la psichiatria oggi, non è più basagliano. [...] sembrerebbe che a volte andiamo a giocare<sup>45</sup>.

Nonostante le difficoltà appena evidenziate, grazie alla collaborazione con il servizio sociale professionale dell'ambito, si stanno avviando dei gruppi famiglia.

Dalle interviste effettuate nel territorio di Catanzaro, emerge che il CSM dell'area tirrenica si propone di coinvolgere attivamente le famiglie attraverso il lavoro con i PTRI, anche per avere un quadro completo della situazione relativa alla persona presa in carico. A questo riguardo, si segnala anche l'esperienza dei gruppi riabilitativi familiari, basati sul metodo di Ian Falloon<sup>46</sup>, in cui si forniscono informazioni sulla patologia, sui trattamenti farmacologici, su come risolvere problemi, sul tipo di comunicazione da tenere, perché spesso la comunicazione stessa in famiglia risente della patologia ed è negativa. Il familiare partecipa al PTRI formalmente firmando anche il relativo documento. In ogni caso, è anche riconosciuta in termini non giudicanti l'autonoma scelta del familiare di non voler partecipare alla presa in carico del congiunto, quando questa eventualità si verifica:

Ma un fratello o una sorella, non possiamo acchiappare e costringerli, no? Ad occuparsi di situazioni da cui hanno cercato di fuggire. Dobbiamo pensarci a questo, perché è normale che sia così, molte volte questi nuclei, soprattutto, familiari molto patologici, dove ci sono situazioni di grande precarietà anche affettiva, emotiva, hanno generato

<sup>45</sup> M.C.S., assistente sociale CSM, *Intervista*, 11.07.2023.

<sup>46</sup> «Metodo di psico-educazione per la gestione delle psicosi, che prevede il coinvolgimento attivo dei familiari nel progetto riabilitativo. È un intervento standardizzato composto da una parte diagnostica, una parte informativa e una parte formativa rispetto alle abilità di comunicazione e di soluzione dei problemi. Il punto essenziale è la gestione dell'emotività espressa: una famiglia ad alta emotività espressa va ad inficiare il percorso di guarigione, invece, a bassa emotività espressa sono le famiglie che vanno a supportare in maniera efficace ed efficiente il loro coniunto» (A.B., tecnico della Riabilitazione psichiatrica CSM, *Intervista*, 12.07.2023).

persone malate, ma anche perché che hanno evitato la malattia perché sono scappate, perché hanno agito qualche elemento di autonomia e di fuga. Dicevo a loro «non è che la fuga è una cosa sbagliata. Certe volte dobbiamo fuggire sennò ci ammaliamo»<sup>47</sup>.

TABELLA 8. Aspetti più significativi dei rapporti dei CSM considerati con le famiglie delle persone prese in carico

Crotone	Prevalentemente contatti informali, relazioni radicate nel tempo. Si percepisce la loro solitudine rispetto ai servizi.
Reggio Calabria entroterra	Si cerca di essere sempre presenti alle loro richieste. Si percepisce la loro solitudine rispetto ai servizi.
Reggio Calabria jonica	Poca collaborazione: principalmente quando la famiglia ha gli strumenti e la volontà di fare richiesta.
Reggio Calabria tirrenica	Le famiglie interagiscono con il CSM quando ne hanno la necessità. Non vi è un programma specifico.
Cosenza area urbana	Ottimi rapporti: relazione di fiducia instaurata nel tempo.
Cosenza jonica	Più contenuta e meno regolare rispetto al passato. Si cerca sempre di mantenere contatti, sia per via telefoniche, sia attraverso le assistenti sociali del comune.
Cosenza tirrenica	Pochissima collaborazione. Ottenuta da poco la possibilità di recarsi presso il domicilio degli utenti. Équipe non votata a questo tipo di lavoro.

<sup>47</sup> R.M., responsabile CSM, direttore DSMD, *Intervista*, 12.07.2023.

---

Catanzaro jonica	Coinvolte quando possibile.
Catanzaro tirrenica	Ottima collaborazione nella realizzazione del PTRI.

---

## RACCOLTA DATI

Un’ulteriore dimensione esplorata è stata quella riguardante la raccolta dati da parte dei CSM considerati, quale aspetto trasversale rispetto agli obiettivi della ricerca.

Le informazioni relative alle persone che accedono ai CSM, alla loro profilazione e agli interventi che le riguardano sono fondamentali per capire qual è il punto da cui partire per la ricerca di eventuali risposte più adeguate. Riguardo a questo punto, la ricerca sul campo ha preso atto dell’assenza di dati regionali fruibili, confermata anche dal sub-commissario alla sanità, in più occasioni pubbliche.

Il fatto che non sia consultabile una banca dati delle attività dei CSM del territorio, non vuol dire però che le informazioni non esistano. Dalle interviste effettuate, emerge infatti che presso la quasi totalità dei CSM contattati i dati relativi alle prese in carico effettuate vengono pressoché sistematicamente raccolti.

In merito a tale aspetto, la ricerca si è svolta in un momento di transizione rispetto all’utilizzo della piattaforma regionale utilizzata come data base. Nella fase iniziale delle interviste, i CSM contattati utilizzavano regolarmente una piattaforma attiva dal 2015 circa, denominata Sigemona. Intorno alla fine del mese di giugno la stessa è stata bloccata in favore di un’altra piattaforma – di proprietà di un differente gestore – che però alla fine del ciclo delle interviste non risultava ancora concretamente accessibile.

Al momento, il problema rappresentato dall’assenza di una banca dati regionale consultabile resta aperto. Inoltre, nelle more del passaggio annunciato dalla vecchia alla nuova piattaforma, alcuni intervistati hanno segnalato la temporanea impossibilità di accedere alle informazioni caricate sul sistema precedente.

Nel dettaglio,

A Crotone si effettua regolarmente la raccolta dati: ogni operatore compila un format con degli indicatori, e ogni tre mesi questi vengono comunicati all'ufficio locale dell'Asp competente, che poi li trasmette ad un ufficio regionale. Annualmente si fa poi il riepilogo dei quattro trimestri. I numeri raccolti riguardano: prime visite, visite psichiatriche di controllo, colloqui psicologici, psicoterapie, utenti in carico, nuovi accessi nel periodo preso in esame, accertamenti visite, certificazioni, trattamenti territoriali integrati, telefonate, prestazioni infermieristiche, ricoveri – ASO, TSO – colloqui familiari. Dalle ultime informazioni disponibili, relative al 2022, si ricava che i pazienti in carico sono 7654, i nuovi accessi durante il 2022 sono stati 1513. In 12 anni sono state caricate su Sigemona oltre 40 mila cartelle.

Tutti i miei pazienti sono caricati là sopra, tutte le loro cartelle. Appena arriva un mio paziente io apro la cartella e guardo tutto quello che sono i dati del paziente, se mi vengono cancellati [...] veramente qui ci sarà da far scoppiare un caso nazionale, e io sarò in prima fila<sup>48</sup>.

A Reggio Calabria si rileva che nell'area tirrenica e in quella jonica si raccolgono puntualmente i dati su Sigemona – con conseguente eliminazione del cartaceo – seppur lamentando, nell'area jonica, difficoltà rispetto alla strumentazione di scarsa qualità, obsoleta; nell'entroterra invece, la raccolta tramite Sigemona non è mai stata avviata a causa di scarse – quasi carenti, condizioni strutturali (es. connessione internet, computer obsoleto):

[...] dopo tantissime richieste ci hanno dato un nuovo pc che ci è arrivato proprio l'altro ieri, ci stiamo organizzando a fare il Sigemona<sup>49</sup>.

Viene però effettuata la raccolta interna di alcune informazioni rilevanti (relative a visite ambulatoriali, prime visite in base alla fascia di età, visite domiciliari, TSO, interventi in urgenza). Non

<sup>48</sup> P.S., direttore DSMD, *Intervista*, 30.05.2023.

<sup>49</sup> R.Z., responsabile CSM, *Intervista*, 31.05.2023.

viene effettuata la profilazione degli utenti, anche perché nessun servizio – tanto meno il Dipartimento – ha mai chiesto la ricezione di dati in tal senso. Del caricamento dei dati si occupano l'assistente sociale e un infermiere.

Nel territorio di *Cosenza* si utilizza puntualmente Sigemonia sia nell'area jonica sia nell'area tirrenica; nell'area urbana, invece, dopo un primo utilizzo della piattaforma, un problema tecnico (perdita della password...) ne ha impedito l'uso. A oggi quindi le cartelle sono ancora cartacee e non viene effettuata alcuna raccolta dati interna al CSM, per mancanza di tempo e di personale dedicato. È stata curata però – anche se per un periodo – una raccolta circa i Depot effettuati (numero, tipologia, fascia d'età).

Nell'ambito di *Catanzaro* viene effettuata puntualmente la raccolta dati su piattaforma. Nell'area jonica, a questa si associa comunque il cartaceo.

TABELLA 9. Le informazioni sulla raccolta dati effettuata nei CSM considerati

CSM	UTILIZZO SIGEMONA	TIPOLOGIA DI DATI RACCOLTI
Crotone	Sì, puntualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>n. delle prime visite,</li> <li>n. visite psichiatriche di controllo,</li> <li>n. colloqui psicologici,</li> <li>n. psicoterapie,</li> <li>n. utenti in carico,</li> <li>n. nuovi accessi nel periodo preso in esame,</li> <li>n. accertamenti visite,</li> <li>n. certificazioni,</li> <li>n. trattamenti territoriali integrati,</li> <li>n. telefonate,</li> <li>n. prestazioni infermieristiche,</li> <li>n. di ricoveri,</li> <li>n. colloqui familiari.</li> </ul>

CSM	UTILIZZO SIGEMONA	TIPOLOGIA DI DATI RACCOLTI
Reggio Calabria entroterra	No, causa strumenti non idonei	n. visite ambulatoriali, n. prime visite, in base alla fascia di età, n. visite domiciliari, n. TSO, n. interventi in urgenza
Reggio Calabria jonica	Sì, puntualmente	Per realizzare una raccolta dati servirebbe una persona dedicata e strumenti idonei.
Reggio Calabria tirrenica	Sì, puntualmente	- cartella clinica individuale - flussi informativi da trasmettere al Ministero
Cosenza area urbana	Per un periodo, poi ci sono stati problemi con la password per accedere.	Difficile effettuare raccolta dati. È stata fatta solo una raccolta sui Depot (tipologia, fascia d'età).
Cosenza jonica	Sì, puntualmente	Report delle attività inviati all'Asp; registro degli accessi agli atti. Altro
Cosenza tirrenica	Sì, puntualmente	-
Catanzaro jonica	Sì, puntualmente	-
Catanzaro tirrenica	Sì, puntualmente	Si tratta di dati sulle prestazioni, non sulle prese in carico



## 4. Percorsi possibili

Nel corso della ricerca sono state individuate, come sopra anticipato, tre realtà del terzo settore, operanti nell'area della salute mentale in vario modo, che, dalle testimonianze raccolte, sono risultate essere attori chiave per eventuali sperimentazioni del Budget di Salute.

Tale approfondimento ha permesso di indagare i ruoli, le responsabilità e le forme di collaborazione tra le organizzazioni segnalate e i servizi pubblici, con l'obiettivo di acquisire elementi utili sul contesto territoriale di riferimento e sull'approccio alla salute mentale.

### VERSO LA FORMALIZZAZIONE NELL'AREA LAMETINA

In questa area della regione, recentemente si è iniziato a lavorare all'idea del Budget di Salute, nell'ambito di collaborazioni informali tra Centro di salute mentale ed enti del terzo settore. L'ETS3 da quasi 10 anni ha iniziato a riflettere sulle possibilità di avviare esperienze di BdS e ad avviare micro sperimentazioni con progetti finanziati attraverso l'8 × mille della Chiesa cattolica.

Il bisogno di avviare questa sperimentazione nasce dalle persone che «hanno bussato alla porta della nostra organizzazione», dalle famiglie che hanno chiesto di poter creare qualcosa sul territorio di alternativo alle strutture residenziali.

La collaborazione con il CSM si è sedimentata nel tempo. Si è trattato, al principio, per lo più di collaborazioni puntuali, avviate per affrontare sia l'isolamento delle persone con problemi

di salute mentale sia la tendenza a sanitarizzare la risposta alle loro difficoltà. Con l'assunzione dei tecnici della riabilitazione psichiatrica presso il CSM, la collaborazione si è intensificata, aumentando le richieste, da parte loro, di inserimento sociale di persone in via di chiusura del percorso riabilitativo. Si tratta, a oggi, comunque, di un rapporto quasi di delega: terminato il percorso presso il CSM e il Centro diurno, gli operatori si affidano all'ETS3 per il prosieguo delle terapie sul territorio e l'avvio di ulteriori attività nell'area della socializzazione e nell'area del lavoro. Vi è, da parte del servizio territoriale pubblico, un riconoscimento del ruolo tenuto da questa organizzazione, che avverte però il rischio di ricevere una delega di compiti eccessiva.

Rispetto al PTRI non vi è condivisione effettiva tra i due enti: nella presa in carico del CSM viene redatto un PTRI e, al momento in cui la persona termina il percorso, viene presa in carico sul territorio dall'ETS3 che redige un nuovo PTRI: si utilizza, a questo proposito, la cartella IEA, uno strumento condiviso con i gruppi del CNCA che sono partiti con una sperimentazione simile. L'équipe è composta principalmente da tre figure: un educatore professionale, un'educatrice e una coordinatrice psicologa. Le persone prese in carico nella sperimentazione sono diciotto.

L'area maggiormente curata è quella della socializzazione e dell'autonomia: a Settingiano sono stati realizzati dei luoghi di aggregazione, dove ci sono delle casette, che si utilizzano per i percorsi legati all'autonomia; mentre a Lamezia è stato preso in affitto un locale in cui si sta creando un luogo di aggregazione e di riferimento per la città, come una biblioteca, in cui avviare delle iniziative aperte alla città. Si lavora molto sull'accompagnamento nelle attività quotidiane, sulla relazione con gli educatori, tra beneficiari, e con la popolazione tutta, in maniera integrativa e non ghettizzante, facendo leva sugli hobby di ognuno.

Rispetto all'area della formazione al lavoro si collabora con svariate cooperative di tipo B. Per l'inserimento lavorativo vero e proprio si fatica a trovare soluzioni efficaci, non essendoci fondi sufficienti per coprire eventuali tirocini formativi

Si lavora molto anche sull'informazione e la consapevolezza: sia nel territorio, con luoghi di aggregazione o aziende varie, sia con attori chiave nell'area della salute mentale.

Sull'asse casa non è stato finora possibile lavorare, non avendo fondi sufficienti.

Volendo identificare un contesto in cui avviare l'utilizzo dello strumento del BdS, l'area lametina, con la sua forte presenza sia del servizio pubblico che del terzo settore, potrebbe risultare un luogo candidabile. Rispetto all'analisi svolta in entrambi i servizi, appare necessario evidenziare alcune questioni.

- a. Se il CSM vive la difficoltà di non riuscire a realizzare a programmare adeguatamente il lavoro – a causa delle continue emergenze che subentrano nel quotidiano, l'ETS<sub>3</sub> vive dal canto suo la difficoltà della delega in una condizione in cui il futuro dei progetti in corso è reso precario – data la fonte privata dei finanziamenti – dalla continua incertezza circa la possibilità di proseguire o meno i percorsi avviati.
- b. Si avverte la necessità, da parte dell'ETS<sub>3</sub> di formalizzare la collaborazione avviata tra i servizi.
- c. Rispetto al PTRI si ravvisa un lavoro puntiglioso di personalizzazione, centrato sul percorso riabilitativo dei singoli, gestito però separatamente dai due enti esaminati, e non tra loro cogestito. Nel percorso di cura della persona si realizzano difatti: un PTRI durante il percorso di riabilitazione messo in atto dal CSM, e un PTRI, successivo, realizzato da parte dell'ETS<sub>3</sub>, nel momento in cui vi è la “consegna” della presa in carico, segmentando il percorso di cura della persona tra pubblico ed ETS<sub>3</sub>.
- d. I due enti – il CSM da un lato ed ETS<sub>3</sub> dall'altro – giocano nel territorio entrambi un ruolo centrale nella presa in carico delle persone affette da disturbi, al punto da essere arrivati – recentemente – a svolgere degli incontri sul tema anche con il servizio sociale comunale. Far leva sull'esperienza e sulla conoscenza del territorio potrebbe aiutare a creare una filiera integrata di servizi che realmente prendano in carico la persona nel proprio luogo di vita, ognuno per il proprio ruolo, ma con una maggiore integrazione tra servizi pubblici e privati.

- e. I recenti incontri avvenuti tra i servizi, per discutere di BdS fanno sperare che l'obiettivo di una integrazione effettiva possa essere raggiunto, e che le incertezze, che pure permangono, possano essere superate:

Quando penso a come si potrebbe realizzare il budget di salute nella nostra regione...e che cosa sia metter in piedi... ho spesso una visione sfocata<sup>1</sup>.

#### LA Sperimentazione Nella Locride

Situazione differente si trova nell'area jonica del Reggino, in cui a fronte di un CSM totalmente affannato e ormai disincantato rispetto alla possibilità di avviare un lavoro di riabilitazione con le persone prese in carico, vi è una organizzazione, l'ETS1 che si accinge ad avviare una sperimentazione di BdS. Le informazioni relative a questo percorso sono state raccolte attraverso interviste alla psicologa e all'assistente sociale che stanno progettando questo intervento.

ETS1 è un grosso consorzio di cooperative, di cui fanno parte la residenza psichiatrica ad alta intensità assistenziale "Alfa" e la residenza psichiatrica ad elevata integrazione sanitaria "Beta". Attualmente accoglie circa venti persone in struttura e tre nei gruppi appartamento. La necessità di allestire una cooperativa nasce dall'esigenza avvertita dagli operatori di creare alternative alla mera residenzialità, mediante risposte diverse, in grado di consentire alle persone accolte di sperimentare una maggiore autonomia. La durata media delle accoglienze è infatti molto alta, con pazienti che risultano presenti in struttura anche da più di dieci anni, con conseguente grave indebolimento della loro autonomia personale.

<sup>1</sup> A.M., coordinatrice psicologa, gruppo di sperimentazione del BdS di ETS3, *Intervista, 27.07.2023*.

Il rischio di diventare un’istituzione totalitaria, e un po’ lo siamo... perché noi abbiamo un mazzo di chiavi e loro no... quindi secondo me la cosa che più ti preserva da una deriva poi eccessiva è il tenere sempre a mente e una costante riflessione in équipe, che questo rischio è dietro l’angolo tutti i giorni, ad ogni minuto, perché è chiaro che noi siamo quelli con le chiavi e loro no. Noi siamo quelli che organizzano le cose, prendono le decisioni, e loro sì, vengono coinvolti, ma l’ultima parola è sempre la nostra. E quindi in questo siamo un’istituzione totalitaria...<sup>2</sup>.

Da questa spinta nascono, prima di tutto, gli appartamenti protetti: si tratta di esperienze di convivenza caratterizzate da un’assistenza non intensiva, con possibilità per le persone accolte di frequentare anche un Centro diurno.

La sperimentazione del BdS si inserisce in questo contesto. Attraverso un progetto della fondazione Enel Cuore si andrà a realizzare un’intera filiera facente capo alle persone prese in carico, in base alle esigenze specifiche di ognuno, con percorsi cuciti in maniera sartoriale. L’idea – al momento dell’intervista si è ancora in fase di progettazione e non di realizzazione delle attività – è quella di utilizzare il BdS «per comprare ad esempio un pacchetto di abbonamenti al cinema per un progetto personalizzato incentrato sulla cinematografia, o per avviare un tirocinio formativo, comprare un pacchetto di psicoterapia, e così via, in base alle specifiche esigenze di ognuno». L’équipe di progetto è composta da una psicologa, un’assistente sociale, gli educatori, il medico e qualche OSS.

Sin da ora, si è lavorato molto sulla sensibilizzazione del luogo in cui gli appartamenti vengono allestiti, per realizzare una piccola rete informale di attori consapevoli attorno alla persona, «una piccola stampella in caso di bisogno»<sup>3</sup>. Tale lavoro è stato realizzato con i pazienti stessi, attraverso una prima intermediazione degli operatori per smussare il preconcetto che

<sup>2</sup> Psicologa, gruppo di sperimentazione del BdS di ETS1, *Intervista*, 14.06.2023.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

ruota attorno al paziente psichiatrico, ma principalmente con la frequentazione da parte dei diretti interessati: è la relazione che cambia tutto.

Non rientra, nella filiera che si sta creando nella progettazione, il CSM: per quanto si riconosca la necessità di una collaborazione tra i servizi, si percepisce la difficoltà a cooperare da parte del CSM a causa della penuria di personale e della mancanza di risorse nella gestione della routine ordinaria. A oggi, l'unico contatto che si ha con il servizio è quello di mera condivisione, per conoscenza, dei singoli progetti personalizzati. Al momento del ricovero delle persone, il CSM dovrebbe inviare il progetto stilato per le stesse: di fatto si tratta generalmente di qualche mera indicazione, dopodiché il progetto vero e proprio viene predisposto all'interno della struttura, dopo un mese di osservazione e valutazione: non vi è alcun tipo di integrazione.

Alla luce di quanto emerso dalle interviste ai due servizi – CSM ed ETS1 – e dalla futura sperimentazione del BdS in tale contesto, appare necessario evidenziare anche qui alcuni punti.

- i. Così come nel caso del lametino, una sperimentazione fondata su finanziamenti privati, tanto più per un progetto una tantum, appare rischiosa rispetto all'avvio di percorsi di cura che potrebbero, terminati i fondi, venire stroncati senza trovare delle alternative sul territorio.
- ii. La precarietà futura interroga anche gli operatori di ETS1, i quali, per ovviare al rischio di interrompere bruscamente dei percorsi complessi, temono di dover eventualmente ricalibrare gli stessi percorsi da avviare, direzionando il proprio lavoro verso interventi più limitati, con un approccio dunque non globale come il Budget di Salute correttamente inteso esigerebbe. D'altro canto, la speranza è quella di mettere le basi per una filiera in grado di assicurare continuità a questa sperimentazione.
- iii. Va evidenziata in questa esperienza la totale assenza del servizio pubblico che, come si è avuto modo di chiarire nella prima parte del lavoro, riveste invece una importanza centrale nella pratica del Budget di Salute. Senza la fun-

zione regolatrice che solo le istituzioni pubbliche possono esercitare, l'esperienza del BdS può risolversi in una mera esternalizzazione di funzioni. D'altronde, è la stessa psicologa della struttura a riconoscere questa pecca.

Queste difficoltà di lavorare in rete coi servizi... crea un po' dei buchi, no? In termini di assistenza<sup>4</sup>.

#### NAVIGANDO A VISTA NEL COSENTINO

Situazione ancora diversa si trova nel cosentino, in cui il CSM vive il ricordo melanconico di un passato di grande lavoro di riabilitazione sociale e di accompagnamento sul territorio, di progettualità differenti, vicine alla vita delle persone, di creazioni di alternative e di contaminazione pubblico-privato. Questa impronta *basagliana* vive nella memoria degli operatori, che si trovano però sopraffatti dal carico di lavoro che incombe, dalla rarefazione delle risorse umane disponibili e dalla deficitaria collaborazione con gli altri servizi del territorio. Su indicazione della responsabile del CSM di Cosenza, sono stati intervistati alcuni operatori – il direttore, un'assistente sociale e un'operatrice socioassistenziale – di ETS2, organizzazione indicata come attore principale per la cura e il sostegno sul territorio di persone affette da disturbo mentale.

Questa struttura nasce principalmente come servizio di assistenza e di accoglienza di persone in stato di bisogno. Delle circa 70 persone accolte al momento dell'intervista, secondo i testimoni intervistati un buon 80% porta con sé una sofferenza mentale. Costoro dovrebbero intraprendere un percorso di cura adeguato, che l'organizzazione in questione non è in grado di assicurare. Come nel caso della Locride, anche qui, dalla constatazione degli operatori relativa alle lunghe permanenze in struttura delle persone accolte – alcune anche da 20 anni – e

<sup>4</sup> Psicologa, gruppo di sperimentazione del BdS del Gruppo ETS1, *Intervista*, 14.06.2023.

dalle conseguenze che questo comporta, nasce l'esigenza di creare qualcosa di diverso.

Non si può vivere tutta la vita in una comunità, è disumano, io ti sto levando tutto, ti sto levando la dignità. Ogni uomo ha diritto alla sua casa<sup>5</sup>.

Da queste riflessioni, sono nate nel tempo due esperienze diverse: una più strutturata, "Gamma" che accoglie 15 donne con disturbi psichiatrici; una meno strutturata, un gruppo appartamento formato da 6 uomini – di cui 2/3 con disturbi mentali – che vivono autonomamente, vigilati da un operatore, ma autogestendosi. In entrambi i casi, dicono le operatrici, per quanto la *mission* fosse quella di realizzare un'alternativa che potesse essere di passaggio – tra la comunità e la vita autonoma – anche queste esperienze, col tempo, sono andate a cristallizzarsi:

[...] per fare effettivamente il lancio, serve altro. Noi non possiamo fare tutto<sup>6</sup>.

A causa della mancanza di un lavoro integrato con/tra i servizi pubblici, la risposta offerta sul piano dell'accoglienza è di contenimento e assistenzialistica, anche rispetto a persone che, se fossero seguite in maniera personalizzata e accompagnate sul territorio, potrebbero tranquillamente vivere in piena autonomia.

Si vive anche qui, in maniera molto forte, la difficoltà della delega da parte dei servizi del territorio: la struttura viene vista spesso come unica risposta al bisogno, perciò, in mancanza di alternative, si viene contattati per ogni necessità di accoglienza. Gli operatori si sentono soli: auspicerebbero una collaborazione diversa anche tra gli altri enti di terzo settore, che viene considerata invece carente. L'aumento delle richieste di accoglienza riduce ulteriormente la qualità delle risposte,

<sup>5</sup> I.S., operatrice sociosanitaria ETS2, *Intervista*, 06.07.2023.

<sup>6</sup> M.N., assistente sociale ETS2, *Intervista*, 06.07.2023.

...e la cosa più triste che mi veniva detto, come viene detto sempre a lei (Operatrice) «eh, ma se non sta da voi dove sta... eh, ma se non le fate voi chi le fa»... ci sono competenze che devono essere rispettate. Noi non siamo onnipotenti, non possiamo fare tutto. Ci sono richieste e pratiche che devono esser avanzate da chi di dovere<sup>7</sup>.

Le collaborazioni che si riescono a realizzare sono per lo più legate alle relazioni personali che si sono tessute tra gli operatori della struttura e quelli dei servizi pubblici di riferimento e si attivano in maniera puntuale, non sistematica. La forza di ETS2 sta proprio nella reputazione di cui gode presso le istituzioni pubbliche e nella capacità degli operatori di intrecciare collaborazioni ad hoc: presso ogni ente e servizio, gli operatori individuano un riferimento valido che possa tornare utile in più situazioni. Tramite questo canale informale riescono a ottenere supporti di vario tipo. Gli stessi operatori riconoscono in questo la difficoltà però di non avere nulla di formalizzato.

Una buona collaborazione si ha con il CSM del territorio, con cui si è creato nel tempo un canale diretto: grazie a questo canale informale si riescono a seguire meglio i percorsi di cura delle persone.

Appare necessario, anche in questo caso, porre in evidenza alcuni punti fondamentali, che si riportano di seguito.

Il CSM ed ETS2 lavorano sul territorio, ognuno per le proprie competenze, in maniera cooperativa nella gestione di alcuni casi. La collaborazione è però totalmente informale, e si fonda sulla disponibilità dei singoli operatori. Per quanto primordiale sia questa connessione, si riesce comunque a lavorare in modo da rispondere ad alcuni bisogni complessi, tentando di sopperire anche alle carenze altrui, quale ad esempio il servizio sociale comunale.

In entrambi gli enti si riscontra da un lato la volontà di lavorare per personalizzare gli interventi, puntando all'autonomia di quanti sono presi in carico, ma si registra anche la difficoltà, nelle condizioni date, di realizzare quanto sperato.

<sup>7</sup> *Ibidem.*

Qualora venisse arricchita la pianta organica del CSM e valorizzato il loro ruolo, questo ambiente potrebbe rappresentare un altro ipotetico luogo di sperimentazione del BdS.

# Conclusioni

Alla luce di quanto emerso attraverso le interviste raccolte, il contesto calabrese risulta carente, in linea generale, rispetto alle basi su cui un avvio di progettualità attraverso lo strumento del Budget di Salute dovrebbe strutturarsi.

In particolare, dopo più di dodici anni di commissariamento della sanità regionale, i Centri di salute mentale si presentano come servizi desertificati, con personale sempre più ridotto numericamente e spesso allo stremo delle forze, anche perché costretto a lavorare in situazioni costantemente emergenziali, per cui nella maggior parte dei casi i CSM si sono ridotti a funzionare alla stregua di meri presidi ambulatoriali.

La ridotta presenza di unità di valutazione integrate – e l'attivazione delle unità valutative multidisciplinari distrettuali principalmente per decisioni riguardanti il collocamento delle persone prese in carico nelle strutture residenziali – quasi mai permette una presa in carico globale e multidisciplinare della persona e il conseguente lavoro tramite PTI.

Sembra di poter affermare – alla luce delle testimonianze offerte – che nessuno degli elementi qualificanti e di quelli attutativi esplicitati nelle Linee programmatiche sul BdS, recepite queste ultime dalla Regione Calabria con DCA n. 158 del 2022, risultò sufficientemente garantito. A questi elementi di analisi bisogna aggiungere le difficoltà strutturali del welfare calabrese, derivanti dal fatto di non aver ancora realizzato l'integrazione tra l'ambito sociale e quello sanitario.

Alla luce delle informazioni raccolte attraverso le interviste, risulta evidente che in Calabria non sia più rinviabile la realizzazione di un piano credibile di rafforzamento dei servizi di salute

mentale territoriali, quali presidi in grado di assicurare la presa in carico effettiva delle persone, insieme alle attività di prevenzione sul territorio e di affiancamento e supporto alle famiglie, a oggi quasi assente. Senza questa azione di rinvigorimento, l'introduzione del BdS su vasta scala appare improbabile.

Gli elementi raccolti attraverso l'indagine fanno tuttavia intravedere in alcuni territori l'esistenza di esperienze che si propongono di prevenire o superare l'istituzionalizzazione, attraverso interessanti pratiche di cooperazione tra servizi pubblici e organizzazioni del terzo settore. Tenuto conto dei limiti e degli eventuali rischi sopra esaminati in tali contesti, sarebbe necessario allora fare leva su quanto di già positivo esiste e, al tempo stesso, promuovere il rafforzamento dei servizi pubblici – anche attraverso azioni mirate di *advocacy* territoriale – che, a oggi, subiscono le conseguenze del processo di desertificazione raccontato dai testimoni privilegiati.

L'occasione per intervenire efficacemente sul fabbisogno organico dei CSM potrebbe essere rappresentata dal Piano operativo<sup>1</sup> che la Regione Calabria ha adottato nel 2023 e che descrive i progetti che dovrebbero essere realizzati nell'ambito del Programma nazionale Equità nella Salute 2021-2027. Una delle tre aree tematiche previste dal Piano operativo riguarda proprio la salute mentale<sup>2</sup>, a cui viene riservata la metà circa dell'intero budget disponibile. Le attività realizzabili consistono nell'adeguamento strutturale degli spazi dei DSM e nel potenziamento tecnologico per l'attivazione sperimentale di Progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati (con una dotazione finanziaria di circa 8 milioni di fondi FESR); nell'acquisizione di personale sanitario e sociosanitario (ovvero psichiatri, psicologi e assistenti sociali) in vista dell'applicazione sperimentale del

<sup>1</sup> Per la realizzazione del piano citato, la Regione Calabria dispone di 40.562.060,00 euro di risorse, di cui 16.292.764,00 euro su FESR e 24.269.296,00 euro di risorse su FSE+, comprensive delle premialità per il raggiungimento degli obiettivi di spesa previsti.

<sup>2</sup> Le altre tre due aree sono: "maggiore copertura degli screening oncologici" e "genere al centro della cura".

BdS e dell'attivazione di PTRP (con una dotazione finanziaria di più di 8 milioni di fondi FSE+); nel sostegno alle attività poste in essere con gli enti di terzo settore per la co-progettazione finalizzata all'inserimento delle persone prese in carico (con la possibilità di utilizzare più di 3 milioni di fondi FSE+).

Un'altra importante novità è rappresentata dal DCA n. 16 del 21 gennaio 2025, attraverso cui il commissario *ad acta* approva la “Proposta di sperimentazione del Budget di salute in Calabria” che del provvedimento costituisce parte integrante.

La proposta citata è il frutto dello studio portato avanti nel corso del 2024 da un Tavolo tecnico sul BdS, istituito nell'ambito del Dipartimento Salute e Welfare della Regione Calabria, anche a seguito dell'azione di *advocacy* – che si è espressa attraverso diverse iniziative pubbliche a carattere sia regionale che locale – sul tema della salute mentale portata avanti da Comunità competente, un coordinamento regionale che mette insieme gruppi e persone singole con l'obiettivo di favorire l'attuazione di una riforma etica ed organizzativa della Sanità calabrese attraverso la partecipazione diffusa e consapevole. La proposta esplicita le premesse considerate necessarie per l'avvio della sperimentazione, ovvero la presenza di CSM con un numero adeguato di operatrici e operatori, l'individuazione di enti di terzo settore in grado di operare come enti cogestori, l'allestimento di opportunità di formazione per tutti gli operatori coinvolti, sia del pubblico che del privato sociale. Inoltre, presenta uno schema di governance per l'avvio della sperimentazione, indica le risorse finanziarie utilizzabili (tra cui anche quelle riconducibili al Piano nazionale Equità) e illustra gli elementi essenziali di un modello di monitoraggio e di valutazione.

Sia il Piano operativo che il DCA n. 16 ribadiscono l'orientamento favorevole del governo regionale all'applicazione del BdS, in continuità con quanto già previsto da atti di programmazione regionale precedenti.

Tuttavia, c'è anche da considerare che il Piano operativo, a distanza di circa due anni dalla sua approvazione non è ancora entrato nella sua fase operativa. E il DCA n. 16 contiene un disegno di sperimentazione del BdS ben costruito, ma senza

aver preventivamente valutato se le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di terzo settore potenzialmente interessate siano o meno in grado di gestire le fasi attuative del disegno: compito non semplice, alla luce delle difficoltà operative che segnano la quotidianità dei CSM e, più in generale, l'operatività dei DSM che l'indagine ha contribuito a disoccultare.

Nella tensione tra quanto viene codificato e le difficoltà spesso insormontabili di passaggio alla fase attuativa, si colloca la ricerca del cambiamento possibile, nel contesto considerato.

Questa ricerca non equivale a un ridimensionamento delle aspettative, ma impone di leggere con lucidità sia le potenzialità di innovazione sia i blocchi che ne contrastano il dispiegamento; di riconoscere e supportare le esperienze come quelle raccontate di resistenza alla desertificazione, portate avanti sia all'interno di quello che resta nei servizi pubblici sia sui territori da organizzazioni della società civile.

Più esattamente, la ricerca del cambiamento possibile passa attraverso una riarticolazione dei due movimenti della sussidiarietà, quello verticale, dall'alto e quello orizzontale, nel basso.

La riflessione sulle possibilità di applicazione del BdS mostra come una realtà come quella calabrese non può fare a meno dell'accompagnamento e del sostegno esterno, dall'alto, non per essere ancora una volta commissariata, ma «per essere aiutata a svolgere appieno le proprie funzioni, per orientare la sua azione all'innalzamento del benessere collettivo e della dotazione di beni pubblici. Il centro e le politiche nazionali sono determinanti per lo sviluppo regionale-locale» (Cersosimo, 2023). E lo sono nella misura in cui non impongono interventi e politiche standard, ma iniziative in grado di aderire in maniera vitale ai contesti in modo da oggettivarne vincoli e opportunità. Questo elemento di consapevolezza emerge anche dal testo del Programma nazionale Equità nella Salute 2021-2027, ove si afferma che «l'esperienza dei Piani di rientro e, in particolare, di quelle Regioni che vi sono sottoposte da un lungo periodo mostra come, in questi territori, sia necessario un intervento più intenso dell'Amministrazione centrale a supporto di quella regionale

e delle singole Aziende sanitarie»<sup>3</sup>. Per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, la politica nazionale non dovrebbe limitarsi a definire LEA e LEPS e a finanziarli adeguatamente, ma dovrebbe assicurare alle regioni soprattutto a quelle meno infrastrutturate, i livelli essenziali di processo (Caiolfa, 2022), ovvero quei livelli essenziali di organizzazione e di gestione che consentano di tradurre gli atti di programmazione nazionale e regionali in pratiche concrete, in modo che il diritto alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie – in quanto diritto esigibile – sia effettivamente fruibile da parte di quanti ne sono astrattamente titolari. Più precisamente, rispetto all'oggetto di questo lavoro, non è sufficiente emanare Linee programmatiche, sul piano nazionale, e a livello regionale recepire il dispositivo del BdS e programmarne la sperimentazione; occorre innanzitutto: precisare quali e quanti sono gli operatori e le operatrici di cui ogni singolo CSM ha bisogno per adempiere i suoi compiti istituzionali ordinari; verificare quante sono le Uvm che, formalmente censite nei singoli distretti sono effettivamente operative; rendere fruibili i dati sulle prese in carico effettuate da ogni CSM, in modo da oggettivare il bisogno effettivo di salute mentale; operare una valutazione di appropriatezza delle accoglienze residenziali; infrastrutturare adeguatamente i DSM e gli ambiti territoriali sociali, affinché le attività di progettazione, rendicontazione, monitoraggio e valutazione possano essere efficacemente adempiute.

Oltre che del fondamentale supporto dall'alto, la ricerca del cambiamento possibile nel campo della salute mentale ha bisogno di esprimersi per itinerari orizzontali, attraverso la valorizzazione di esperienze di collaborazione tra pezzi di servizio pubblico e pezzi di solidarietà organizzata, come quelle che la ricerca ha permesso di intercettare, e che dimostrano che sul territorio non c'è solo il deserto che avanza, ma anche tentativi di resistenza, che si manifesta attraverso la capacità di esprimere forme di autorganizzazione efficaci, e di sperimentare soluzioni originali ai bisogni di salute mentale.

<sup>3</sup> Piano nazionale Equità nella Salute, p. 6.

Se adeguatamente riconosciuti e supportati, questi nuclei operativi potrebbero diventare altrettanti presidi civici, capaci di leggere i bisogni di salute mentale dal di dentro dei contesti territoriali, di alimentare la tessitura intenzionale tra i servizi, gli enti di terzo settore, le persone prese in carico e i loro familiari, attivando e alimentando un movimento emancipatorio centrato sull'ascolto delle persone e dei territori. L'emancipazione «riporta al centro la costruzione di comunità, in una dimensione aperta, sia come elemento terzo tra Stato e mercato, sia come modalità organizzativa inedita dei diritti di cittadinanza», e suggerisce «modi innovativi di composizione e aggregazione della domanda sociale, capaci di valorizzare le risorse relazionali» (Carroso, Faccini, 2018, p. 75), questo anche nel campo specifico della salute mentale. Tutto ciò non equivale ad un disimpegno delle istituzioni pubbliche che, al contrario, nella logica di una sussidiarietà orizzontale correttamente intesa, sono chiamate ad accompagnare i percorsi di autorganizzazione e le sperimentazioni che si tentano nel basso e ad assumere «una postura promozionale e capacitante non solo nei confronti degli individui, ma anche verso i contesti più fragili e deprivati», promuovendo partecipazione diffusa (*ivi*, p. 76).

Si tratta di cammini che possono diventare importantissimi per un riorientamento delle politiche pubbliche, chiamate a garantire dappertutto i livelli essenziali di cittadinanza, a partire dai contesti più periferici, dove i diritti – anche nel campo della salute mentale – costituiscono spesso un involucro vuoto di contenuti, in modo che ognuno possa vivere effettivamente una vita degna di essere vissuta.

# Postfazione

## LA PRATICA DEL BDS E IL FUTURO DEL WELFARE SOSPESO TRA LA PROMOZIONE DEI VULNERABILI E LA SEGREGAZIONE DEI GRUPPI IMPOTENTI. PER CONTINUARE LA RIFLESSIONE

Fare ricerca per un cambiamento possibile, nel mondo della malattia mentale, in un contesto di *divario civico* profondo, è quanto si propone questo puntuale lavoro di Giorgio Marcello e di Giovanna Procopio. Un compito impegnativo e tanto più necessario, se si pensa alla condizione delle persone e delle famiglie calabresi che, oltre alla sofferenza, direttamente o indirettamente sono obbligate a vivere in un contesto, salvo poche eccezioni, di progressiva desertificazione strutturale dei servizi specialistici e territoriali.

Un libro che offre una ricostruzione puntuale della situazione di questa regione, quasi sempre agli ultimi posti nelle graduatorie tra bisogni e risposte garantite. In esso troviamo le discrasie tra il dichiarato – norme, piani, linee guida, ecc. – e il praticato a livello istituzionale, in primis la destrutturazione operativa dei servizi esito, tra l'altro, del commissariamento della sanità regionale. Troviamo anche un sentimento di rassegnazione degli operatori e delle operatrici coinvolte, come traspare dalle interviste, mescolato alla straordinaria capacità di *resistenza* che emerge dalle sperimentazioni, pubbliche e/o di enti di terzo settore, con pratiche innovative di cittadinanza sociale.

Un libro che impone di pensare, senza illusioni, al cambiamento auspicato, coinvolgendo chi legge in uno *strabismo sano* che, a fronte della massima consapevolezza dei vincoli imposti dalla realtà, risulta capace di superarla, o almeno intende tentarvi, grazie a uno sguardo *diverso* su di essa.

Detto con altre parole, ed è un risultato non di poco conto, chi legge non può esimersi di partecipare alla ricerca di un cambiamento possibile come qui proposta. Gli spunti e gli interrogativi che seguono vogliono essere un piccolo ma convinto contributo in tale direzione.

La tesi che l'adozione del BdS, inteso nella formulazione, citata nel volume, di Fabrizio Starace come «unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a ridare a una persona con disabilità un funzionamento sociale accettabile, attraverso un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità», sia da più punti di vista una pratica ad alto valore aggiunto è sicuramente valida.

Lo è prima di tutto per le persone destinatarie e co-parteci degli interventi di cui sono titolari. Lo è per il contesto comunitario di riferimento, che si trova necessariamente sollecitato a rafforzare relazioni, legami, pratiche cooperative attorno a e con le persone in condizione di bisogno. Lo è, non da meno, per i servizi e gli operatori pure essi chiamati “in uscita”, per parafrasare papa Francesco, rispetto a setting e procedure consolidate e spesso autoreferenziali. Di conseguenza, in un contesto come quello calabrese, se correttamente utilizzato, il BdS può giocare un ruolo non secondario di *driver* per il superamento dei problemi di *cittadinanza negata*, lì particolarmente presenti ed evidenti.

Questa tesi, però, presuppone il paradigma di un welfare costituzionalmente fondato, in particolare nell'art. 3 della Costituzione. Si potrebbe anche dire, sperando di non incorrere in reprimende da parte dei costituzionalisti, che rappresenta un dispositivo fattivo e coerente con i principi che quell'articolo, e la Carta nel suo insieme, stabiliscono.

Il problema è che, se si pone attenzione alle evoluzioni – meglio sarebbe dire *involuzioni* – del nostro sistema di welfare a partire dalle condizioni paradigmatiche dei migranti e dei profughi e di quelle, storicamente più sedimentate, riguardanti le comunità rom e sinti, giorno dopo giorno riscontriamo messe in atto trasformazioni che non solo dimostrano lo scarto con il dettato costituzionale – a causa di tagli, ritardi, inefficienze, sprechi, interessi corporativi, ecc. – ma

che sembrano volutamente perseguirne la negazione, anche o soprattutto per fini di consenso politico, peraltro sempre più corrisposto da larghi e diversificati strati dell'elettorato.

Un tempo si diceva, sinteticamente, che un conto fosse la *Costituzione scritta* e un conto la *Costituzione materiale*, sempre tra esse in tensione dialettica. Oggi sembriamo invece in presenza di fenomeni che vedono la *Costituzione materiale* strumento per l'affossamento, o quantomeno la reinterpretazione profonda in prospettiva discriminatoria se non persecutoria, della prima.

Basti pensare a cosa sta accadendo a chi è sottoposto a condizioni detentive di diversa natura, i minori in particolare; alle discriminazioni che subiscono le coppie Lgtbq+ e i loro figli; agli scolari i cui genitori non pagano, spesso perché particolarmente poveri, le rette per la mensa; ai diversi livelli di titolarità di accesso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale a seconda del paese di provenienza. O ancora, alla proposta, per ora rientrata, di ripristino di classi *differenziali* nelle scuole dell'obbligo; alle conseguenze relative alla adozione di soluzioni di *quasi mercato* (voucher) per la fruizione di servizi educativi e del tempo libero per bambini e famiglie la cui incapacità di integrare i costi di tali attività con risorse proprie è evidente ai più; agli attacchi subiti dai servizi che si occupano di affido e adozione, comprese le indicazioni che le ambasciate stanno mettendo in atto per limitare il riconoscimento della genitorialità adottiva, ecc.

Qualcuno può pensare che si tratti di condizioni minoritarie o di marginalità sociale che non intaccano le componenti e le strutture sedimentate del welfare che conosciamo, seppur con tutti i risaputi limiti per la sua implementazione a partire soprattutto dalla fine degli anni '70 del secolo scorso.

In realtà, se adottiamo *uno sguardo più largo e di più lungo periodo*, vediamo che le cose possono essere viste in modo profondamente diverso. Ovvero che i fenomeni richiamati sono *indicatori* di, o comunque strettamente correlati a, dinamiche di crescente disuguaglianza sociale e di crisi profonda delle democrazie postbelliche. Dinamiche che, per l'appunto, trasformano la funzione del welfare.

Come ricordava Hannah Arendt a proposito dei profughi, e a partire dal suo vissuto personale di persona in fuga dal regime

nazista, essi sono le «avanguardie dei loro popoli [...] e il consesso dei popoli europei è andato in frantumi quando si è consentito che i membri più deboli venissero esclusi e perseguitati» (Arendt, 2022, p. 30). Parallelamente, non è un caso che le leggi razziali volute da Benito Mussolini nel 1938 abbiano inciso profondamente, oltre che sui diritti di libertà, sui diritti sociali di quel tempo, se così si può dire, di cui erano titolari quegli *italiani che erano anche ebrei* (scuola, assistenza, previdenza, vita familiare, ecc.) (Sarfatti, 2022).

In altri contesti, per spiegare questi nessi, si è parlato di welfare *chauvinism* (Gargiulo, Morlicchio, Tuorto, 2024) o di welfare *divisivo* (Taylor Gobby, 2016), di welfare *vessatorio* (Tarantino, 2024) o altro ancora.

Riprendendo ancora, ora parafrasandola, Hannah Arendt, ci pare si possa affermare che, nel combinato disposto tra crescente frammentazione dei legami sociali, profonda iniquità dei rapporti sociali e reiterato ritiro di consenso nei confronti dei principi e delle pratiche democratiche, si stia manifestando un welfare sempre più caratterizzato da una funzione *discriminatoria e/o persecutoria* nei confronti dei «gruppi impotenti» (Arendt, 2009), cioè di chi non ha un peso politico – e in molti casi anche economico – da giocarsi.

Tutto questo, per tornare al BdS, che tipo di implicazioni ha? Prima di tutto, che in quanto modello di intervento esso rischia di essere inattuabile proprio nei confronti di alcuni di tali *gruppi impotenti*. Basti pensare alla condizione dei profughi e immigrati che soffrono di disagio psichico, spesso esito delle tremende traversie attraverso cui sono passati per fuggire a guerre e altre forme di violenza. Di quali «risorse umane, professionali ed economiche» possono disporre effettivamente, e come possono essere co-progettatori del loro percorso riabilitativo se il divario linguistico e culturale, *etnopsichiatrico* che li caratterizza è profondo a tal punto che non c'è comunicazione possibile se non con i propri conterranei? E i contesti di vita, segnati da profonde contrapposizioni tra *indigeni e stranieri*, di quali risorse comunitarie dispongono e intendono mettere in gioco?

Questo significa che il BdS appartiene a una visione di welfare di impianto universalistico, con risorse materiali e relazionali adeguate, con operatori e operatrici professionalmente preparati e riconosciuti dalle istituzioni politiche e dall'opinione pubblica nella loro autono-

mia e legittimati a promuovere innovazione sociale per tutti, ecc.? E se queste condizioni non si presentano, quale funzione verrebbe ad assumere? Quella di un buon metodo che sancisce, qualora ve ne fosse bisogno, ancora di più le dinamiche discriminatorie sopra richiamate?

Un secondo ordine di questioni riguarda due *grandi nemici* del BdS: gli psicofarmaci e i trasferimenti monetari assistenziali. È cosa risaputa che, se utilizzati in modo inappropriato come peraltro spesso accade, entrambi rappresentano strumenti di (*auto*)segregazione più o meno light. E non a caso nel contesto del BdS debbono essere bilanciati nel quadro di tutte le altre risorse necessarie. Entrambi, inoltre, sono categorie che riassumono soluzioni diversificate, per bisogni e con modalità di utilizzo altrettanto diversificati. Il tutto in un quadro poi di altissima variabilità regionale, non sempre spiegabile sulla base delle evidenze epidemiologiche<sup>1</sup>, ovvero correlato alle modalità effettive di risposta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, che vi operano. In ogni caso, in quanto soluzioni semplificate e semplificatrici di risposte ai bisogni, affinché si modifichino aspettative e comportamenti degli assistiti e dei contesti primari di riferimento, è necessario che le soluzioni diverse, se non alternative, come il BdS siano implementate dentro una visione e una strategia di medio-lungo periodo. È una questione di credibilità dei servizi e di efficacia degli interventi. La programmazione, tema nevralgico, sociosanitaria e le politiche regionali complessive di una regione come quella calabrese, garantiscono tale visione e strategia? Sono presenti le condizioni per attuare programmi degni di questo nome, ovvero per superare l'affastellamento di risposte emergenziali, peraltro inefficienti e con sprechi di risorse disponibili alquanto rilevanti? E se, come molte fonti dimostrano compresa la ricerca qui pubblicata, le soluzioni dignitose e appropriate solo fondate sulla deontologia di qualche operatore o operatrice, sulla base di quali presupposti si può tenere fede al contratto riabilitativo prodotto dal BdS? La sua introduzione, possiamo quindi affermare, presuppone una strategia

<sup>1</sup> P. Russo, *L'uso degli psicofarmaci in Italia: focus sui dati del Rapporto OsMed*, ppt 03.04.2025, [https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2769025/2025.04.03\\_Pierluigi-Russo\\_Rapporto-OsMed\\_Roma.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2769025/2025.04.03_Pierluigi-Russo_Rapporto-OsMed_Roma.pdf).

di consolidamento istituzionale del welfare regionale senza la quale è difficile pensare che possa essere condiviso da tutti gli altri attori, pazienti e familiari in primis.

Una terza, e ultima, questione si riferisce alle strategie di policy, in particolare al legame che intercorre tra *mezzo* e *fine*. Nello specifico, quello tra capacitazione dei soggetti e integrazione socio-sanitaria dei servizi. Si tratta di un tema, a scanso di equivoci, che non riguarda solo la Calabria, anche se in questa regione, vista la desertificazione dei servizi chiaramente ricostruita in questo libro, esso è per definizione un *non problema*. Ovvero, banalmente, per fare integrazione bisogna che prima di tutto i servizi vi siano, siano presenti operatori con competenze adeguate, abbiano uno standard sufficiente di risorse, e vi sia un contesto regolativo e istituzionale locale orientati in tale direzione...

A macchie di leopardo più o meno diradate, le situazioni di *disintegrazione* dei servizi le ritroviamo praticamente ovunque e, nonostante il PNRR rappresenti un unicum da una sessantina di anni a questa parte, cioè da quando si cominciò a parlare di integrazione nel nostro Paese, le ricerche empiriche e i dati di monitoraggio ci dicono che *nuove sedi con nuovi nomi*, come le Case della comunità, non cambiano la sostanza delle logiche di intervento, quando non arrivano a nascondere soluzioni puramente nominalistiche e di facciata utili solo a giustificare spese obbligate dalle risorse disponibili, peraltro a debito ed in capo alle future generazioni.

Al di là di come si spendono i soldi, l'interrogativo, confermato dai risultati del lavoro di Marcello e Procopio, riguarda il presupposto che la capacitazione passi per l'integrazione dei servizi. Detto altrimenti, se non si riesce a fare integrazione bisogna rinunciare anche a perseguire la capacitazione dei soggetti? Nel concreto, quando un'équipe di un Centro di salute mentale si trova le porte sbarrate nel promuovere percorsi integrati per i propri assistiti, ha solo come unica alternativa il ritirarsi a somministrare farmaci, fare colloqui e qualche seduta di psicoterapia, istituzionalizzare o cercare un sussidio economico per la persona e la sua famiglia? Chi scrive ritiene, assolutamente, di no. Sia perché il BdS non è e non può essere l'unico modello applicabile di capacitazione. Sia perché, magari chiamandolo in modo diverso per non creare troppa ridondanza,

si possono adottare *BdS al plurale, o a composizione differenziata, o ancora a integrazione di intensità variabile*, ecc., non necessariamente vincolati dalla partecipazione degli altri servizi sociosanitari chiamati a collaborare, né tantomeno dalla titolarità dell'iniziativa in capo ad un soggetto pubblico.

Se è vero che il BdS è uno dei frutti maturi del lungo e tutt'altro che semplice processo di deistituzionalizzazione, psichiatrica ma non solo, questo significa che si sono attuate pratiche in tal senso prima che si arrivasse alla sua formalizzazione compiuta, e che quelle stesse pratiche, allora spesso tentativi sperimentali, possono essere ancora attuali, all'opposto di pensarle archiviabili nei vari rapporti sulla storia dei servizi. Storia che, per non creare dubbi, riteniamo comunque fondamentale per lo *sguardo diverso* che fa da trama alla nostra riflessione.

Detto altrimenti, posto il valore *strumentale* che il BdS rappresenta, in *contesto diffuso di resistenza all'integrazione* come si riscontra nel nostro Paese, a cui si aggiungono le conseguenze del *divario civico* di alcune realtà come quella calabrese, i diversi attori chiamati ad utilizzarlo devono avere ben chiaro che il loro compito è la capacitazione dei soggetti in condizione di disagio, anche con altre metodiche e strategie se necessario. Di recente ho avuto modo di conoscere l'esperienza di Ciac<sup>2</sup>, una ONG di Parma impegnata con persone, famiglie e gruppi di immigrati di diversa origine. Tra essi, un adulto quasi cieco proveniente da un paese africano francofono. Persona che ha vissuto e vive, quotidianamente, la discriminazione per le soluzioni alle sue esigenze di vita quotidiana. Per esempio, non ricevere risposta da parte degli altri astanti italiani alla domanda di quale autobus stia arrivando, e via dicendo. La realtà che lo ha accolto, in un quartiere segnato, nell'immaginario della città, come zona problematica, ha deciso di acquistare un'edicola per la vendita dei giornali. Il progetto si chiama E.qu.a (Edicola di quartiere Annunziata). Una microimpresa sociale il cui obiettivo è quello di generare lavoro e integrazione sociale, garantendo almeno uno stipendio mensile. Per la start-up sono coinvolti volontari, operatori della associazione e persone immigrate, in particolare l'adulto

<sup>2</sup> <https://ciaconlus.org>.

ipovedente. In questa primissima fase il suo compito è quello di interloquire con i clienti e di scrivere, in braille, la cronaca di quanto accade. Una funzione di relazioni e di memoria, ovvero ciò che di meglio può fare questa persona ipovedente che diviene così un asset per lo sviluppo della *anche sua* microimpresa. Al contempo, giorno dopo giorno, la tessitura di relazioni che egli genera, oltre che facilitare la vendita dei giornali, trasforma il rapporto con gli altri e ciò lo capacita a muoversi sui mezzi pubblici così come negli altri funzionamenti della vita quotidiana. A ben vedere, nulla di nuovo se si pensa a cosa successe a Trieste quando si cominciò a creare percorsi lavorativi veri per le persone seguite dai servizi psichiatrici diretti da Franco Basaglia (Dell'Acqua, 2024). E forse non è un caso che questo si ripeta nella Parma di Mario Tommasini

In conclusione, questo libro sollecita a ripensare a uno slogan che per almeno un paio di decenni è stato una specie di tormentone di un'intera generazione di giovani operatori e operatrici *in cerca di innovazione*. Durante il Maggio francese, da cui si generò quello che abbiamo poi chiamato il '68, sui muri della Sorbona vi era uno slogan: «Quando il dito indica la luna, lo scemo guarda il dito». In quel tempo, il messaggio era chiaro: bisogna pensare soprattutto alla *luna* e non considerare l'indicatore *dito*. Poi, in modi tutt'altro che lineari, si è presa coscienza dell'importanza del *dito*, ovvero che senza strumenti appropriati che indicano il che fare si rischia di perdere la strada... e la luna di diventare un miraggio... Forzando necessariamente la metafora, il BdS è *una di quelle dita* che oggi abbiamo a disposizione per *guardare e avvicinarci alla luna* in modo più efficace a determinate condizioni. E questo non è poco. Grazie quindi a Marcello e Procopio e a quanti hanno messo a disposizione le proprie riflessioni, esperienze e passioni.

Massimo Campedelli  
*Direttore UP – Umanapersone*

# Bibliografia

- Accorinti M., Giovannetti M., Gramigna A., Poli C. (a cura di) 2022, *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, RomaTre-Press, Roma.
- Agnoletto S. 2005, *Un modello di welfare locale*, Franco Angeli, Milano.
- Arendt H. 2009, *Le origini del totalitarismo* (ediz. orig. 1951), Einaudi, Torino.
- Arendt H. 2022, *Noi rifugiati* (ediz. orig. 1943), Einaudi, Torino.
- Ascoli U. (a cura di) 1984, *Welfare state all'italiana*, Laterza, Roma-Bari.
- Ascoli U. (a cura di) 2011, *Il welfare in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Baldascino M. 2020, *Budget di salute: la persona al centro del welfare*, in «Impresa sociale», 18 giugno, <https://www.rivistaimpresasociale.it/>.
- Basaglia F. (a cura di) 1968, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino.
- Bianchi L., Fraschilla A. 2020, *Divario di cittadinanza. Un viaggio nella nuova questione meridionale*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Bifulco L. (a cura di) 2005, *Le politiche sociali*, Carocci, Roma.
- Bifulco L., Vitale T. 2005, *La contrattualizzazione delle politiche sociali e il welfare locale*, in Bifulco 2005, pp. 81-100.
- Bonini M.C., Carugati F., De Paolis P., Emiliani F., Palmonari A. 1976, *Diventare uguali*, Coines, Roma.
- Borzaga C., Fazzi L., Rosignoli A. 2024, *Co-progettare i servizi sociali: nuove traiettorie del welfare locale in Italia?*, in «Politiche sociali», n. 1, pp. 3-24.
- Brief Psychiatric Rating Scale, in <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/> wordpress/wp-content/uploads/2016/04/BPRS-4.0-ampliata-Brief-Psychiatric-Rating-Scale.pdf.
- Caiolfa M. 2022, *Accettare la complessità*, in Accorinti et al. 2022, pp. 51-62.
- Campanini A. (a cura di) 2014, *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma 2014.
- Castel R. 2023, *L'ordine psichiatrico* (ed. orig. 1976), Mimesis, Milano.
- Cergas 2024, *Rapporto OASI 2024. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Edizioni Egea, Milano.

- Cersosimo D. 2023, *Calabria, l'Italia estrema*, "Rivista il Mulino», <https://www.rivistailmulino.it/a/calabria-l-italia-estrema>.
- Cersosimo D., Licursi S. 2023, *Lento pede*, Donzelli, Roma.
- Cersosimo D., Nisticò R. 2013, *Un Paese disuguale: il divario civile in Italia*, in «Stato e mercato» n. 98, pp. 265-299.
- Cotturri G. 2013, *La forza riformatrice della cittadinanza attiva*, Carocci, Roma.
- Curia R. 2018, *Manuale per una riforma della sanità in Calabria*, Città del Sole, Reggio Calabria.
- Curia R. 2021, *Per una sanità partecipata*, Città del Sole, Reggio Calabria.
- De Mattia G., Zarrella I., Cerbasi A. 2016, *PTRI/BdS e la co-costruzione del benessere: uno studio esplorativo*, Paper per la IX Conferenza ESPAnet Italia *Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico in Italia e in Europa*, Macerata, 22-24 settembre.
- Dell'Acqua P. 2024, *Il lavoro e la cura. Dall'ergoterapia alla cittadinanza*, in «Nuova secondaria» n. 6, pp. 102-106.
- De Rossi A. (a cura di) 2018, *Riabitare l'Italia. Le aree interne tra abbandoni e riconquiste*, Donzelli, Roma.
- De Stefani R. 2022, *Buoni servizi e buoni cittadini. La collaborazione tra professionisti della salute mentale ed esperti per esperienza nelle comunità locali*, in «Lavoro sociale. La rivista per le professioni sociali», Centro Studi Erickson, volume, 22 n. 6.
- De Stefani R. 2023, *La rivoluzione dolce del fare assieme in psichiatria*, in <https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/lavoro-sociale/la-rivoluzione-dolce-del-fareassieme-in-psichiatria/>.
- Fantozzi P. 2011, *Il welfare nel Mezzogiorno*, in Ascoli (a cura di) 2011, pp. 283-304.
- Ferrera M., Jessoula M. (a cura di) 2025, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna.
- Fioritti A. 2022, *Prefazione. Prove di welfare futuro*, in Santuari 2022, pp. 9-16.
- Fondazione di Comunità di Messina (a cura di) 2014, *Sviluppo è coesione e libertà. Il caso del distretto sociale evoluto di Messina*, Horcynus Digital Editions, Messina.
- Foot J. 2014, *La "Repubblica dei matti"*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. 1976, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* (ediz. orig. 1975), Einaudi, Torino.
- Foucault M. 1979, *Storia della follia nell'età classica* (ediz. orig. 1961), Bur, Milano.
- Franzoni F., Anconelli M. 2021, *La rete dei servizi alla persona*, Carocci, Roma.

- Furlan M., Massiotta S., Moreira Pacileo Cruz C. 2024, *Il Budget di Salute come vettore di trasformazione della rete dei servizi nell'area dell'abitare: l'esperienza di Trieste*, in Starace 2024b, pp. 39-100.
- Galati M. 2021, *Il budget della salute tra sperimentazione e modellizzazione*, in Curia 2021, pp. 53-65.
- Gallino L. 2002, *Etica cognitiva e sociologia del possibile*, ora in P. Borgna, P. Ceri (a cura di), *Verso la sociologia mondo. La lezione di Luciano Gallino*, numero monografico di «Quaderni di sociologia», nn. 70-71, 2016, p. 228.
- Gargiulo E., Morlicchio E., Tuorto D. 2024, *Prima gli italiani. Welfare, sciovismo e risentimento*, il Mulino, Bologna.
- Giannichedda M.G., Ongaro F., (a cura di) 2018, *Conferenze Brasiliiane*, Raffaello Cortina, Milano.
- Goffman E. 2010, *Asylums* (ed. orig. 1961), Einaudi, Torino.
- Gröne O., Garcia-Barbero M. 2001, *Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1525335/>.
- Ierna R. 2023, *Attualità e contraddizioni della vita italiana al dopo riforma*, in «aut aut», n. 398, pp. 45-58.
- Istat 2024, *La spesa dei comuni per i servizi sociali*, 19 giugno, [https://www.istat.it/it/files/2024/06/REPORT\\_SPESA-SOCIALE-COMUNI.pdf](https://www.istat.it/it/files/2024/06/REPORT_SPESA-SOCIALE-COMUNI.pdf).
- Jedlowski P. 2018, *Il quotidiano e il possibile*, in S. Floriani, P. Rebughini (a cura di), *Sociologia e vita quotidiana*, Orthotes, Napoli-Salerno, pp. 49-66.
- Kazepov Y. (a cura di) 2009, *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Librandi F. 2023, *Verso un'antropologia del non ancora. Lo spopolamento e la speranza*, in Cersosimo, Licursi 2023, pp. 147-170.
- Martinelli F. 2019, *I divari Nord-Sud nei servizi sociali in Italia. Un regime di cittadinanza differenziato e un freno allo sviluppo del Paese*, in «Rivista economica del Mezzogiorno», fasc. 1, pp. 41-79.
- Merlo G., Tarantino C. 2018, *La segregazione delle persone con disabilità. I manicomi nascosti in Italia*, Maggioli, Rimini.
- Ministero della Salute 2022, *Per una salute mentale di comunità*. 2<sup>a</sup> Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, Roma, 25-26 giugno 2021, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- Ministero della Salute 2023, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia*, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- Ministero della Salute 2024, *Rapporto annuale salute mentale. Analisi dei dati del sistema informativo per la salute mentale (SISM). Anno 2023*, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

- Monteleone R. 2005, *La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: i vouchers e i budget di cura*, in Bifulco 2005, pp. 101-115.
- Moro G. 2020, *Cittadinanza*, Mondadori, Milano.
- Paci M., Pugliese E. 2011, *Welfare e promozione delle capacità*, il Mulino, Bologna.
- Pascuzzi E., Marcello G. 2020, *La riforma mancata. Cronache del ritardo, deficit e tracce di innovazione nel welfare sociale in Calabria*, in «Politiche sociali», n. 3, pp. 419-438.
- Perino A. 2022, *L'integrazione socio-sanitaria: dalla teoria alla pratica*, in Accorinti et al. 2022, pp. 23-39.
- Ranci C. 2006, *Il volontariato*, il Mulino, Bologna.
- Ranci C., Pavolini E. 2014, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: an Introduction*, in *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York, pp. 3-22.
- Ranci C., Pavolini E. 2018, *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- Rete di Economia civile (a cura di) 2020, *Position Paper 1. Budget di Salute, Instant Book Per un nuovo welfare. Le proposte della società civile*, <https://aiab.it/wp-content/uploads/2020/06/instant-book-def.pdf>.
- Righetti A. 2013, *I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*, Laterza, Roma-Bari.
- Rossi E. 2018, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, in «AIC», n. 2, p. 3.
- Rossi E. 2022, *L'integrazione tra sociale e sanitario: una "vecchia storia" che fatica a diventare realtà*, in Accorinti et al. 2022, pp. 41-49.
- Rossi P. 2019, *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci, Roma.
- Santuari A. 2022, *Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili*, Franco Angeli, Milano.
- Sarfatti M. 2022, *Le leggi antiebraiche spiegate agli italiani di oggi*, Einaudi, Torino.
- Scattoni M.L. (a cura di) 2023, *Residenzialità psichiatrica: analisi e prospettive, «Rapporti Istisan»*, 23/09, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Sen A.K. 2001, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia* (ediz. orig. 1999), Mondadori, Milano.
- Sen A.K. 2007, *La libertà individuale come impegno sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- Spisni L. 2014, *Servizio sociale e salute mentale*, in Campanini (a cura di) 2014, pp. 634-638.
- Starace F. (a cura di) 2011, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*, Carocci, Roma.

- Starace F. 2024a, *Rapporto SIEP 2024. La Salute Mentale nell'Italia del Regionalismo*, Youcanprint, Lecce.
- Starace F. 2024b, *Il Budget di salute nel sistema di welfare italiano*, il Pensiero Scientifico, Roma.
- Szasz T. 1966, *Il mito della malattia mentale* (ediz. orig. 1961), il Saggiatore, Milano.
- Taylor Gobby P. 2016, *The Divisive Welfare State*, «Social Policy & Administration», vol. 50, n. 6, novembre.
- Tarantino C. 2023, “*Per ordine di giustizia*”. *Su alcuni casi di internamento di fatto*, in «aut aut», n. 398, pp. 197-209.
- Tarantino C. (a cura di) 2024, *Il soggiorno obbligato. La disabilità tra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione*, il Mulino, Bologna.
- Vecchiato T. 2014, *Integrazione sociosanitaria*, in Campanini (a cura di) 2014, pp. 320-324.
- WHO (World Health Organization) 1978, *Alma Ata 1978. Primary Health Care*, Report of the Conference, Genève.
- WHO (World Health Organization) 2021, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, Genéve.
- WHO (World Health Organization) For Europe 2015, *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*, Copenhagen.



# Indice

Prefazione <i>di Vincenzo Carrieri</i>	5
Introduzione	7
Parte Prima	
Il BdS nel sistema italiano di welfare	
Premessa. Promuovere salute mentale	19
1. Dall’istituzionalizzazione delle persone vulnerabili al welfare delle capacità	23
<i>La rivoluzione basagliana e il mutamento di     paradigma del welfare</i>	26
<i>Verso un welfare delle capacità</i>	31
2. La cornice istituzionale del BdS: i principi sull’integrazione sociosanitaria e la difficoltà di attuarli	33
<i>Le tappe dell’integrazione sociosanitaria in Italia</i>	36
<i>La seconda riforma sanitaria</i>	38
<i>La terza riforma sanitaria</i>	40
<i>La riforma dei servizi socio-assistenziali</i>	44
<i>La definizione dei LEA</i>	46
<i>Livelli, attori e strumenti dell’integrazione sociosanitaria</i>	49
<i>Aspetti critici dell’integrazione sociosanitaria</i>	54

3. La normativa regionale e nazionale a sostegno delle sperimentazioni del BdS <i>Le Linee programmatiche sul BdS</i>	59 64
Spunti conclusivi	75
Intermezzo	79

Parte Seconda  
La ricerca

Premessa	93
<i>La rete dei servizi</i>	94
1. Le fasi preliminari della ricerca.	
L'analisi delle fonti disponibili	97
<i>Il DPGR n. 31 del 2013</i>	97
<i>Il DCA n. 65 del 2020</i>	98
<i>Il Programma operativo 2022-2025</i>	99
<i>Il DCA n. 158 del 2022</i>	100
<i>Mappatura dei servizi territoriali, in base alle informazioni disponibili</i>	101
2. Nota metodologica	105
3. Analisi dei contenuti più rilevanti emersi dalle interviste effettuate	107
<i>Personale operante</i>	108
<i>Prese in carico</i>	111
<i>Principali attività eseguite</i>	116
<i>Presenza e modalità di lavoro dell'Unità di valutazione integrata (Uvi)</i>	121
<i>Modalità di gestione del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI)</i>	124
<i>Collaborazioni sul territorio – terzo settore</i>	129
<i>Altri enti pubblici</i>	132

<i>Modalità di lavoro con le famiglie</i>	135
<i>Raccolta dati</i>	140
4. Percorsi possibili	145
<i>Verso la formalizzazione nell'area lametina</i>	145
<i>La sperimentazione nella Locride</i>	148
<i>Navigando a vista nel cosentino</i>	151
Conclusioni	155
Postfazione di Massimo Campedelli	161
Bibliografia	169

STAMPATO IN ITALIA  
nel mese di ottobre 2025  
da Rubbettino print per conto di Rubbettino Editore srl  
88049 Soveria Mannelli (Catanzaro)  
[www.rubbettinoprint.it](http://www.rubbettinoprint.it)

## #sociologie

1. Cleto Corbosanto, Vanessa S. De Francesco, *Le relazioni alimentari. Sociologia e cibo: storia, cultura, significati*
2. Charlie Barnao, *È nata al Sud! Il gruppo di Portici e le origini della sociologia italiana*
3. Maurizio Esposito, *Già fatalisti? Rapporto Lars sulla condizione giovanile nella città di Cassino*
4. Beba Molinari, *Progettare interventi di educazione alimentare. Un case study in Liguria*
5. Emilio Greco, *Sociologia della Salute. Prevenzione sociale e sanitaria delle malattie*
6. Tony Urbani (a cura di), *Centri sociali anziani della Tuscia. L'effetto ANCeSCAO sulla vita degli anziani*
7. Cleto Corbosanto (a cura di), *Narrazioni di salute nella web society*
8. Umberto Pagano, *Frammenti di un discorso alimentare*
9. Guido Giarelli, *Sofferenza e condizione umana. Per una sociologia del negativo nella società globalizzata*
10. Antonio Scaglia, *Democrazia e impero. Illusione democratica e borghesia occulta*
11. Maria Caterina Federici, Uliano Conti (a cura di), *Mondi e modi dell'abitare. Per una Sociologia della convivenza*
12. Cleto Corbosanto, Francesco Caruso, Umberto Pagano, *Sopravvivere a Rosarno. Una ricerca sociologica*
13. Fabrizio Costantino, *L'impresa criminale. La criminalità organizzata tra politiche di prevenzione e strategie di contrasto*
14. Cleto Corbosanto, *Le relazioni pandemiche. Istruzioni per l'uso*
15. Sonia Chiaravalloti, *La mediazione familiare. Uno strumento per la risoluzione dei conflitti familiari in Calabria*
16. Beba Molinari (a cura di), *L'orientamento scolastico nella complessità sociale*
17. Cleto Corbosanto, *Questioni di Sociologia pubblica. Metodo, relazioni, emozioni*
18. Cleto Corbosanto, *Storie di scienza e società. Pensare sociologicamente nell'era delle tecnoscienze*
19. Antonio Scaglia, *Max Weber. Evoluzione rivoluzionaria e modernità. Potere non legittimo e Carisma democratico*
20. Umberto Pagano (Edited by), *Transitions and Complexity*
21. Cleto Corbosanto (a cura di), *Società in transizione. Prospettive, contraddizioni, sfide*

22. Umberto Pagano, *La socialità dell'essere. Riflessioni sociologiche su Essere singolare plurale di Jean-Luc Nancy*
23. Massimo Fotino, *Ellenbogenraum. La libertà di movimento in Max Weber*
24. Giorgio Marcello, Giovanna Procopio, *L'innovazione possibile. La sperimentazione del budget di salute e la sua applicabilità in un contesto di welfare debole*