

# Budget di salute e processo di capacitazione

## Autori

R. Barone<sup>1</sup>, R. Leonardi<sup>2</sup>, A. Nicosia<sup>3</sup>

1 Psichiatra, Psicoterapeuta Gruppoanalista, Primario Dipartimento di Salute Mentale distretto Caltagirone-Palagonia

2 Psicologa, Psicoterapeuta Gruppoanalista

3 Presidente Coop. Soc. Terra Nostra, dottore in Scienze dell'educazione e della formazione, educatore psichiatrico

*La salute mentale si definisce come uno stato di benessere  
nel quale una persona può realizzarsi,  
superare le tensioni della vita quotidiana,  
svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità.*  
Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, 2013

---

## Riassunto

Quest'articolo presenta alcune opportunità per rendere operative le linee guida dell'OMS sulla salute mentale. Il Servizio Territoriale di Salute Mentale distretto di Catania e provincia ha puntato sulla rivoluzione epistemologica suggerita dall'OMS, ponendo al centro le potenzialità e competenze del paziente psichiatrico nel pensare un progetto di reinserimento sociolavorativo, che parta dal presupposto che la società civile intorno a lui si ridefinisce al fine di riaccoglierlo e valorizzarlo. La storia di Pietro, che attraverso il Budget di salute ha cambiato in un anno abitudini e comportamenti, ci guida nella comprensione dell'importanza dell'utilizzo del Budget di Salute nei PTRI, Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale. Un buon progetto terapeutico richiede tempo, cura e fatica, e spesso premia il paziente e il suo staff di cura.

Molti interrogativi restano in merito alla durata del progetto, alla difficoltà di rendere definitiva l'inversione culturale di cui sopra, a favore di una cultura democratica e portatrice di un progetto win-to-win, dove tutti possono ottenere il proprio obiettivo collaborando.

Nel caso discusso in quest'articolo, ciò è potuto accadere grazie all'impegno di tutti gli attori in gioco, soprattutto il responsabile e gli operatori della Fattoria Sociale, che ha accolto i bisogni e le difficoltà di Pietro e lo ha sostenuto e supportato nel progetto di lavoro e di co-Housing.

---

## Abstract

This article presents some opportunities to make the WHO guidelines on mental health operational. The Territorial Health Service of the district of Catania and its province focused on the epistemological revolution suggested by the WHO, placing at the center the potential and skills of the psychiatric patient in thinking about a project of socio-productive reintegration, which assumes that civil society around him redefines itself in order to welcome him back and enhance him. The story of Pietro, who through the health budget has changed habits and behaviors in one year, guides us in understanding the importance of using the Health Budget in the PTRI, Individual Therapeutic Project of Reintegration. A good therapeutic project requires time, care and efforts, and often rewards the patient and his care staff.

Many questions remain about the duration of the project, the difficulty of defining the cultural inversion, in favor of a democratic culture and the bearer of a win-to-win project, where everyone can achieve their goals by collaborating.

In the case discussed in this article, the rewards have been caught thanks to the commitment of all the players involved, above all the manager and the social operators of Social Care Farm that accepted the needs and difficulties of Pietro and supported him in the job and co-housing project.

***Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'OMS. Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. La salute mentale è importante ma, a livello mondiale, dobbiamo lavorare ancora molto per garantirle il giusto spazio. Bisognerà invertire molte tendenze sconvenienti – i servizi e le cure nell'ambito della salute mentale troppo spesso dimenticati, le violazioni dei diritti umani o la discriminazione di cui sono vittime le persone con disturbo mentale o con disabilità psicosociali. Questo piano d'azione globale riconosce il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti. Si basa infatti su un approccio che dura tutta la vita, che punta a raggiungere l'uguaglianza attraverso la copertura sanitaria universale e che sottolinea l'importanza della prevenzione.***

***Definisce quattro obiettivi principali:***

- 1. ottenere una leadership e una governance più efficaci nell'ambito della salute mentale;***
- 2. riuscire ad offrire servizi di salute mentale e servizi sociali completi, integrati e capaci di rispondere ai bisogni della comunità;***
- 3. mettere in campo delle strategie di promozione e prevenzione;***
- 4. rafforzare i sistemi informativi, raccogliere sempre più evidenze scientifiche ed implementare la ricerca.***

2013, Margaret Chan, Direttore Generale Organizzazione Mondiale della Sanità

Questa citazione del direttore generale dell'OMS, ci porta nel vivo del nostro articolo, ma soprattutto del lavoro che ci impegniamo a fare nel servizio di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania.

Nel Piano d'azione per la salute mentale 2013/2020 dell'OMS viene condotta un'attenta analisi degli elementi di criticità in merito alla Salute Mentale, delle responsabilità, e soprattutto vengono indicate delle linee guida e stabilite le competenze di chi deve prendersi carico della loro operazionalizzazione.

Tra gli elementi esaminati è interessante riportare qui l'analisi che viene fatta in merito alle conseguenze della malattia mentale su chi la vive e sui suoi familiari:

***I disturbi mentali fanno spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà. La perdita della casa e la detenzione inappropriata è molto più frequente nelle persone con disturbi mentali che nella popolazione generale, ed aggravano ulteriormente la loro condizione di emarginazione e la loro vulnerabilità. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali, e culturali – sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute. Esse possono persino essere soggette a condizioni di vita caratterizzate da scarsa igiene, quindi disumane, a sevizie e abusi sessuali, all'abbandono, a trattamenti nocivi e degradanti all'interno delle strutture sanitarie. Sono spesso privati anche dei loro diritti civili e politici, quali il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia, il diritto alla libertà personale, il diritto di voto e di partecipazione attiva ed effettiva alla vita pubblica, il diritto di esercitare la loro capacità giuridica in merito alle questioni che li riguardano in prima persona, incluso ciò che riguarda trattamenti e cure. Come tali, le persone con disturbo mentale vivono spesso in situazioni di vulnerabilità e possono essere escluse dalla società ed emarginate; ciò rappresenta un grosso ostacolo alla realizzazione degli obiettivi di sviluppo nazionali ed internazionali. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, a carattere vincolante per gli Stati che l'hanno ratificata o che vi hanno aderito, salvaguarda e promuove i diritti di tutte le persone con disabilità, incluse le persone affette da deficit mentali ed intellettuali, ed inoltre promuove la loro piena inclusione nella cooperazione internazionale, inclusi programmi di sviluppo internazionale.***

Da queste poche righe risulta evidente come l'orizzonte epistemologico ed operativo sia cambiato. Il paziente psichiatrico non può e non deve più essere considerato un peso per la Società, bensì una risorsa che come tale va valorizzata affinché porti beneficio all'intera Comunità. Il beneficio viene inteso anche come risorsa economica. Poco dopo difatti il testo continua così:

***Empowerment delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali: le persone con disturbo mentale e disabilità psicosociale dovrebbero essere rafforzate (empowered) e coinvolte nell'advocacy, nelle politiche, nella pianificazione, nella legislazione, nella prestazione di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione in materia di salute mentale.***

A ciò consegue che:

***Una politica di salute mentale è la dichiarazione ufficiale di un governo che definisce un progetto e descrive dettagliatamente un insieme di valori, di principi, di obiettivi e di ambiti d'azione volti a migliorare la salute mentale di una popolazione. Un piano di salute mentale descrive le strategie e le azioni, determina l'agenda delle attività e i budget da destinare per la realizzazione e per il raggiungimento degli obiettivi delle politiche in atto nonché i risultati, i target e gli indicatori che possono essere usati per valutare se l'implementazione ha avuto successo.*** (Piano per la salute mentale OMS 2013-2020)

**L' Azienda Sanitaria Provinciale di Catania lavora già dal 2015 ad un progetto di sviluppo del ben-essere** che si configura attraverso una serie di azioni di intervento che comprendono la formazione e promozione dei facilitatori sociali, (ovvero pazienti anche gravi, che stanno avendo l'opportunità di mettere a disposizione la loro sofferenza trasformandola in risorsa per altri pazienti), l'inclusione socio lavorativa attraverso la metodologia dell'I.P.S. (Individual Placement and Support che inverte i termini del lavoro protetto dando spazio alle capacità del paziente di trovare un lavoro e sostenendolo nell'impegno preso col datore di lavoro), oltrechè dei metodi già collaudati delle borse lavoro e dei tirocini formativi. Al centro di questa rivoluzione epistemologica c'è il **Budget di Salute**.

Questo strumento risponde alla domanda su quali e quante risorse professionali, umane ed economiche siano necessarie per restituire funzionamento sociale, diritti e prognosi positive a persone istituzionalizzate o a grave rischio di istituzionalizzazione, a causa o in modo concomitante a malattie croniche e/o cronico-degenerative e disabilità sociale, permettendo loro di attivare/riattivare un processo di **capacitazione**.

L'intento è quello di supportare la persona con disabilità affinché approdi ad un funzionamento sociale dignitoso per il suo essere Persona. Gli attori principali di questa piccola rivoluzione sono innanzitutto il paziente stesso, con la sua famiglia e la sua comunità sociale. Dentro l'unità di misura rappresentata dai LEA, Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, il **budget di salute**, si configura non come prestazione a se stante, bensì come Progetto Terapeutico/Riabilitativo Individuale, che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità. La centralità della persona e delle sue relazioni pretendono, per potersi esercitare, luoghi (e servizi) belli ed efficienti, integrazione delle risorse e omogeneità d'obiettivi fra il bene pubblico-Comune e il bene pubblico-Azienda Sanitaria.

Tale centralità deve orientare il Progetto Terapeutico/Riabilitativo Individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale, esplicitati ex ante, valutabili come aree di carenza su cui investire:

- **apprendimento/espressività**
- **casa/habitat**
- **formazione/lavoro**
- **affettività/socialità**

---

## La storia di Pietro

Pietro è una persona con una storia complessa e dolorosa. Profondamente legato alla propria famiglia d'origine, e soprattutto alla madre, uomo curato nell'aspetto, con modi attenti ed educati, seppur schivo alla vita di gruppo e a lunghi e profondi scambi relazionali. Ha una complessa storia psichiatrica che è sfociata in un ricovero presso una comunità terapeutica assistita. Non sembra il malato di mente 'classico'. È molto attento, sempre pronto ad offrire il caffè a chi gli risulta gradito, ricorda un po' un gentleman inglese. Il suo mondo interno resta criptato e inaccessibile. Quando si sente troppo 'attenzionato' gli viene in soccorso un sintomo che siamo soliti definire francamente psicotico: il suo eloquio improvvisamente somiglia alla classica 'insalata di parole', in realtà potrebbe ricordare pure il linguaggio inventato dal premio Nobel Dario Fo', il **grammelot**. Quando Pietro iniziava a parlare in grammelot diventava evidente che percepiva quell'argomento come troppo privato per il suo sentire. Lui non sapeva 'difendersi' in modo deciso e consapevole davanti a delle richieste di approfondimento della conoscenza della sua vita privata, non riusciva a dare un limite al suo

mondo interno ed esterno, pertanto gli veniva in soccorso il grammelot, che gli permetteva di restare molto conciliante nel tono e nel volume della voce, ma incomprensibile nei contenuti. Raramente Pietro si mostrava arrabbiato, mentre risultava evidente il fastidio che provava nei confronti di altri, utenti così come operatori.

La vita in comunità terapeutica gli stava decisamente stretta, sebbene in qualche modo lo facesse sentire più protetto rispetto al giudizio di chi conosceva la sua storia e fosse meno pesante dell'OPG da cui proveniva.

Un'ampia mole di studi, univocamente, segnala che le prognosi positive, per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche o a vulnerabilità bio-psico-sociali, sono più significativamente correlate con il funzionamento dei soggetti nelle aree citate piuttosto che con la diagnosi o la terapia medica.

Nel caso di Pietro vedremo come l'aver messo a punto, da parte dei servizi di salute mentale, in collaborazione con lui e la sua famiglia, un piano terapeutico con Budget di Salute, ha segnato una svolta nella sua vita, che altrimenti sembrava destinata a proseguire all'interno delle mura di una comunità terapeutica. Segnata dal dubbio sulla sua 'pericolosità sociale' e inficiata nella possibilità di tornare a condurre una vita dignitosa. Mentre attualmente, lavorando ed entrando in relazione con persone di vario tipo, Pietro finalmente può scegliere. Scegliere con chi vivere, di chi prendersi cura diviene un modo per scegliere chi 'essere'. Grazie all'inserimento nel suo piano terapeutico del budget di salute, Pietro sta riprendendo in mano la propria vita.

La metodologia del Piano Terapeutico/Riabilitativo Individuale con Budget di Salute, partendo dall'approccio unitario alla persona, attraverso la presa in carico globale della stessa e del suo contesto, orienta gli operatori pubblici, privati, i pazienti stessi e i loro contesti, verso il recupero, la valorizzazione e il sostegno di sistemi del ben-essere comunitario e familiare (Welfare di comunità). Ciò attraverso forme gestionali miste tra Enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali organizzate o meno.

Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato, in maniera integrata e concordata, tra operatori sanitari, sociali e del privato sociale, insieme agli utenti ed ai familiari, ovvero attraverso l'intreccio tra l'iniziativa pubblica e le risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio complesso e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix).

L'inserimento delle persone nei budget di salute non fa decadere la presa in carico degli utenti da parte delle Unità Operative competenti del Servizio Pubblico, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA): le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali.

Tale metodologia punta sull'integrazione: integrazione della comunità locale intorno al paziente ed integrazione del paziente con se stesso e con la comunità di appartenenza.

L'enfasi è posta sulla **co-progettazione, co-gestione e co-finanziamento**, nonché sulla valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra Enti pubblici e del privato sociale. Gli obiettivi principali, nonché le possibili trappole, sono i tre che seguono:

1. evitare l'instaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro;
2. porre attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture;
3. promuovere l'associazionismo e la cooperazione diffusa al fine di ridurre il rischio di un accentramento monopolistico ed autoriproduttivo del privato sociale.

Al fine, poi, di favorire e stimolare, sempre più, il protagonismo dei titolari del PTRI, appare opportuno introdurre forme negoziali, attraverso le quali siano essi stessi o i loro eventuali tutor a scegliere fra le varie proposte riabilitative offerte dal Sistema di Salute Mentale. Attraverso la realizzazione di un Albo Aziendale, le imprese sociali, il privato imprenditoriale e i singoli cittadini (questi ultimi in caso di proposte di affido familiare) possono presentare "manifestazione di interesse" a cogestire iniziative riabilitative (PTRI) che contengano analitica descrizione delle opportunità offerte, attivabili per le persone beneficiarie, sugli assi di intervento dell'**abitare**, dell'**inserimento lavorativo** e della **socialità**, sviluppate sulla base di precisi criteri prefissati dall'Azienda Sanitaria.

Una volta validate, le proposte organizzative costituiranno l'offerta valida per la realizzazione dei PTRI sul territorio del Dipartimento di Salute Mentale.

L'Azienda Sanitaria e il titolare del progetto riabilitativo sottoscriveranno l'impegno per la realizzazione del PTRI; impegno che verrà sottoposto alla Magistratura competente in caso di utenti con procedimenti penali in corso o con misure cautelative e restrittive. Sarà possibile nei casi eccezionali, legati alla storia personale, familiare e sociale del

soggetto, nonché alla tipologia del reato ed all'impatto dello stesso nell'ambiente, nonché alla impossibilità di stabilire relazioni significative nel territorio di appartenenza, che l'utente, d'intesa con il DSM competente, possa scegliere una offerta riabilitativa in altro territorio.

---

## Il progetto di Pietro

Nasce da un lungo lavoro di mediazione e riflessione tra il DSM che lo ha in carico, la Comunità Terapeutica presso cui risiedeva, il responsabile della Fattoria Sociale Terra Nostra, e soprattutto Pietro e la sua famiglia d'origine.

La Fattoria Sociale "Terra Nostra" è un luogo caratterizzato dalla coesistenza di reti lavorative e sociali, dalla dimensione del 'fare' intesa sia come esperienza personale, sia come modalità di partecipazione alla vita sociale, passaggio fondamentale per lo sviluppo dell'autostima e dell'autonomia.

Il progetto è stato scandito in due fasi; la **I Fase** si è concentrata sugli assi socialità/affettività, formazione/lavoro, e habitat sociale, in maniera integrata, tra il ricovero in CTA e la permanenza diurna presso la Fattoria Sociale "Terra Nostra", sita in Caltagirone (CT) per 4 giorni settimanali, 3 ore al giorno, per un totale di 48 ore mensili. Per tutta la durata del progetto le modalità di partecipazione di Pietro saranno costantemente monitorate e accompagnate attraverso l'osservazione diretta di un'Équipe così composta: **Responsabile del Progetto-Tutor Aziendale-DSM Catania-DSM Caltagirone-Case Manager**. Pietro condividerà le attività che si svolgono in azienda, in particolare ci si è mossi verso un coinvolgimento dello stesso nella cura dell'orto e nell'accudimento degli animali, al fine di ridurre l'arousal ed implementare l'empatia. Nell'attività non è stato considerato obiettivo primario il prodotto realizzato, quanto la relazione creata con il gruppo di lavoro.

---

## Il Fase (durata 9 mesi)

Al completamento dei primi 3 mesi, valutati gli output attraverso la verifica e il monitoraggio, è stata proposta a Pietro un'intensificazione del percorso intrapreso. Tale intensificazione è scaturita nel suo trasferimento presso una civile abitazione da condividere, un gruppo appartamento, in un maggior coinvolgimento nell'attività in fattoria a partire da inclinazioni/attitudini emerse, con un'azione importante di affiancamento (formazione on the job) e tutoraggio, assicurata, oltre che da personale specializzato, da un gruppo di operatori, volontari; si è reputato opportuno anche un accompagnamento alla conoscenza fisica del territorio (azione che potenzia l'asse habitat sociale).

Nel progetto di Pietro si è tenuto in conto di quegli interventi che prevede un PTRI con Budget di Salute:

- ri-orientare le professionalità degli operatori che si occupano del territorio verso la cultura della community-care;
- valorizzare gli interventi informali nelle attività riabilitative;
- approfondire le conoscenze della comunità attraverso la definizione di profili che ne rappresentano le aree-risorse e le aree problematiche;
- coinvolgere il terzo settore ed il privato imprenditoriale, divenuto soggetto attivo capace di esprimere l'utilità sociale del proprio lavoro, in collaborazione con altri soggetti del territorio e secondo logiche di partenariato con il sistema pubblico;
- promuovere, nelle realtà locali, nuove forme di mutualità con strumenti innovativi di espansione del sistema di protezione ed integrazione sociale legata al territorio, in grado di fornire nuove opportunità occupazionali e relazionali per le fasce deboli;
- valorizzare l'identità sociale, lo habitat ed il lavoro quali alternative necessarie ai percorsi di istituzionalizzazione o abbandono di persone con disabilità sociale;
- realizzare, in accordo con il privato sociale e imprenditoriale forme di habitat sociale e formazione/lavoro alternativi alla istituzionalizzazione;
- individuare, per ogni PTRI, il case manager che avrà la funzione di integrazione di tutti gli interventi multi-professionali e multi-istituzionali.

Per raggiungere questi obiettivi si è pensato di istituire un Elenco di soggetti cogestori costituito attraverso un Avviso ad evidenza pubblica.

A questo elenco possono partecipare:

1. Il Terzo Settore che sottoscrive un impegno/progetto d'investimento di risorse economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza, comprese quelle derivanti dai budget di salute, per favorire il sostegno, la ricostruzione e la valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, da intendersi come fattore produttivo di salute e riabilitazione con ricaduta su territori definiti;
2. Persone e famiglie che accettino di sottoscrivere un concreto impegno ad incrementare ed autopromuovere le proprie capacità d'inclusione, abilitazione, emancipazione delle persone e della comunità, stipulando accordi con cooperative B o plurime.

Le ipotesi operative che ne conseguono si articolano in interventi che mirano a garantire i bisogni primari e a permettere di accedere a quelli secondari.

È per questo motivo che uno dei focus è posto sulla dimensione abitativa. Il luogo dove si abita è il nido, la tana dove rifugiarsi, ma al tempo stesso il luogo del tempo per sé, il luogo da cui uscire per andare incontro alla Comunità, sapendo di avere un proprio posto a cui tornare. Le radici a cui radicarsi per crescere.

**La Casa/Habitat sociale** costituisce l'obiettivo da conseguire, e il possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata.

Le abitazioni, potranno essere disponibili per i nuovi soci che hanno formalizzato il proprio PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato) con il Budget di Salute, nelle seguenti forme in ordine di priorità:

1. Riutilizzare e ricercare una nuova possibilità imprenditoriale che agisca su beni confiscati;
2. Costituire, in accordo con i Comuni, gruppi di autocostruzione e autorecupero di immobili;
3. Individuare aree dove esercitare housing sociale e attivare fattorie sociali con possibilità ricettive e commerciali (agriturismi etc...);
4. Utilizzare beni immobili donati per scopi sociali da privati o messi a disposizione da enti pubblici e religiosi;
5. Affidamento omo-eterofamiliare;
6. Locare tra privati e il cogestore.

**Le fonti di reddito** divengono un obiettivo trasversale: i cogestori dei Piani Terapeutico/Riabilitativi Individuali con Budget di Salute si attivano per attingere a fonti di sostegno del reddito delle persone inserite prioritariamente:

- Attingendo alle fonti di finanziamento strutturate nei progetti europei e regionali il cui scopo attiene alla formazione lavoro;
- Attraverso quanto previsto per i tirocini formativi;
- Attraverso il reddito di cittadinanza, quando previsto;
- Attraverso la contrattualizzazione, così come previsto dalla legge 381/91;
- Attraverso l'IPS, Sostegno all'impiego nel libero mercato.

A tal uopo sarà necessario attivare i sistemi di protezione sociale che poggiano sulla Legge 104/92 e sulla Posizione previdenziale e sociale; dove possibile anche sull'assegno di accompagnamento ed ogni altro sostegno sociale esistente o futuro.

**L'obiettivo del budget di salute nell'area socialità/affettività** è fornire occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali). Devono, inoltre, essere fornite concrete risposte ai bisogni minimali delle persone in budget di salute relativamente alla promozione dell'avere, del possedere, della proprietà personale intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e, quindi, della contrattualità.

La persona con PTRI con Budget di Salute dovrà essere messo in grado di usare l'immaginazione e il pensiero, in collegamento con l'esperienza e la produzione di opere autoespressive, di eventi di natura religiosa, letteraria, musicale, artistica, teatrale ecc., scelti autonomamente e sostenuti collettivamente. La persona dovrà essere sostenuta nel poter usare le proprie capacità in modi tutelati dalla garanzia delle libertà di espressione politica, artistica, religiosa.

La promozione continua degli strumenti di democrazia e di partecipazione, all'interno delle organizzazioni del Terzo Settore e non, deve risultare nel piano di lavoro dei progetti individuali sostenuti dai budget di salute proposti.

In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone/utenti, potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante "abitare", o sul versante "lavoro", o su quello "apprendimento-espressività", ovvero sul versante "affettività-socialità".

Tuttavia, le quattro aree non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda dei bisogni individuali e del grado di disabilità. I cogestori dovranno, quindi, operare coerentemente su tutte le aree, lavorando in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel progetto terapeutico-riabilitativo individuale.

Anche per Pietro il processo innescato si sta sviluppando lungo una temporalità che sta permettendo di ampliare sempre di più le aree su cui lavorare. Al momento attuale Pietro vive con altre persone in un gruppo appartamento, pertanto in situazione di autonomia logistica quasi totale. I coinquilini difatti collaborano in cucina nella preparazione dei pasti collettivi, e nelle pulizie di casa. Lavorando solo mezza giornata hanno l'opportunità di gestire il resto del loro tempo dedicandolo ad attività a loro peculiari, concordate anche con gli operatori.

Pietro ha acquistato maggiore fiducia in sé stesso ed è più disponibile alle relazioni ed alla vita di gruppo. Sta acquisendo sempre più competenze relazionali. La misura cautelativa a cui è sottoposto limita in parte le opportunità di vivere appieno le risorse che la comunità locale dove è sito il gruppo appartamento offre, ma certamente la qualità di vita di Pietro è cambiata. Ha riacquisito il potere di negoziare e proporre. Conosce più chiaramente le proprie potenzialità ed i propri limiti. Il suo impegno lavorativo prevede una remunerazione che gli permette una maggiore autonomia, ma soprattutto una rinnovata progettualità. Nel corso della prima annualità è stato possibile anche lavorare con la famiglia e con la madre dando inizio ad un processo di svincolo evolutivo e di interdipendenza più sana e consapevole.

Il budget di salute è stato rinnovato per la seconda annualità con l'obiettivo di consolidare i risultati raggiunti e sostenere Pietro affinché possa porre le basi per un suo progetto di vita. Restano tanti traguardi ancora possibili, di fatto si pone un interrogativo che rimette in gioco la singolarità di ogni progetto terapeutico con budget di salute. La domanda ha a che fare col tempo. Lo spazio in cui il soggetto si muove è definibile e visibile, ma il tempo del progetto come va' determinato?

Queste prime esperienze di progetti con budget di salute ci pongono davanti a nuovi interrogativi metodologici e clinici a cui sarà possibile trovare risposte solo mantenendo la rivoluzione epistemologica che vede il nostro paziente come persona che soffre e che può, a partire dalla propria esperienza di sofferenza e di vita, proporre le proprie proposte e richieste alla Comunità di appartenenza o di accoglienza.

---

## Bibliografia

1. Righetti A. I Budget di Salute e il Welfare di comunità. Metodi e pratiche di costruzione. Bari: Laterza; 2013.
2. Tibaldi G, Piazza A. Uso appropriato degli psicofarmaci appropriatezza dei trattamenti con farmaci antipsicotici: less is more? Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2017;15.
3. Georgescu-Roegen N, Bonaiuti M. (a cura di) Bioeconomia, Verso un'altra economia ecologicamente e socialmente sostenibile. Torino: Bollati Boringhieri; 2003.
4. Basaglia F. (a cura di) L'istituzione Negata, rapporto da un ospedale psichiatrico. Torino: Baldini e Castoldi Editori; 1968.
5. Nussbaum M, Faralli F.(a cura di) Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership. Bologna: Il Mulino; 2007.
6. Legge Quadro 328/00. [www.camera.it/parlam/leggi/00328l.htm](http://www.camera.it/parlam/leggi/00328l.htm)
7. Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 - Ministero della Salute [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2448\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf)
8. Starace F. La salute mentale e i tagli alla sanità. Ecco perché si rischia il naufragio di un intero settore. Modena 2015 Tavola Rotonda: La crisi dei DSM nella Sanità delle Regioni. Dal blog di Raffaele Barone: [www.raffaelebarone.com](http://www.raffaelebarone.com)
9. Caltagirone A. la Salute Mentale per il Sostegno Individualizzato all'impiego. IPS Project. Dal blog di Raffaele Barone: [www.raffaelebarone.com](http://www.raffaelebarone.com)
10. L'inclusione socio-lavorativa per la grave patologia mentale ed il SIL. 2015 Simposio al 47° Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria. Dal blog di Raffaele Barone: [www.raffaelebarone.com](http://www.raffaelebarone.com)

11. Malinconico A, Prezioso A. (a cura di) Comunità Terapeutiche per la salute mentale. Roma: Ed. Franco Angeli; 2015.
  12. AA.VV. Bioreport 2011. L'agricoltura biologica in Italia, Rete Rurale Nazionale 2007-2013; Roma.
  13. Buzzelli A, Berarducci M, Leonori C. Persone con disabilità intellettiva a lavoro. Metodi e strumenti per l'integrazione. Trento: Erickson; 2009.
  14. Cacciola S. (a cura di) Guida all'agricoltura sociale. Fattorie sociali Sicilia. Firenze: Giunti Progetti Educativi; 2014.
  15. Cirulli F, Berry A, Borgi M et al. L'agricoltura sociale come opportunità di sviluppo rurale sostenibile: prospettive di applicazione nel campo della salute mentale. Rapporti ISTISAN 11/29. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011.
  16. Elings M. Effects of care farms. Scientific research on the benefits of care farms for clients, Plant research International. Wageningen: the Netherlhands; 2012.
  17. Van de Berg AE, Koola SL, Van der Wulp NY. Environmental preference and restoration: (How) are they related? Journal of Environmental Psychology. 2003; 32 (2): 135-146.
- 

## Filmografia

Elling. 2001 Norvegia

Si può fare. 2008 Italia