

Il Budget di Salute a Bologna

Tipologie di utenza, percorsi e coinvolgimento della comunità

Vincenzo Trono, Monica Covili, Luca Negrogno, Agata Tabuso, Fabio Lucchi, Bruna Zani, | 20 maggio 2025

Introduzione

La ricerca sull'applicazione del Budget di Salute (BdS) a Bologna nel biennio 2021-2022 aveva mostrato che la sua adozione si accompagna ad una positiva capacità di innovare i servizi, di migliorare l'integrazione sociosanitaria e di produrre occasioni generative di rapporto con il territorio[[note](#)]Fioritti A., Negrogno L., Trono V., Zani B. (2024), "Dodici anni di Budget di salute a Bologna", in F.Starace (a cura di), *Il Budget di salute nel sistema di welfare italiano*, Il Pensiero Scientifico. pp.131-148[/[note](#)]. Tuttavia alcuni temi richiedevano di essere esplorati per comprendere il grado di applicazione appropriata dello strumento[[note](#)]Negrogno, L., Zani B. (2024), "[L'applicazione del Budget di salute a Bologna. Razionalizzazione o creatività?](#)" , [Welforum.it](#)[/[note](#)]. Nel luglio del 2022 la Conferenza Stato Regioni ha pubblicato le "[Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona](#)" e questo ha dato ulteriori strumenti per approfondire le analisi relative al biennio 2023-2024.

Il monitoraggio dei percorsi per la Salute Mentale Adulti

A partire dal 2022 si sono analizzati i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) con BdS per indagare l'appropriatezza delle progettazioni da parte dei Servizi: il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) della AUSL di Bologna ha svolto tra il 2022 e il 2024 due percorsi di monitoraggio coinvolgendo le equipe dei Centri di Salute Mentale (CSM) e le Equipe Territoriali Integrate (ETI), in cui siedono rappresentanti del sanitario e del sociale. Nel percorso di monitoraggio con i CSM si sono svolti 53 incontri coinvolgendo 8 degli 11 territori della Ausl e allargando i confronti anche agli Enti di Terzo Settore (ETS) coinvolti nei PTRI con BdS. Nello stesso periodo si è avviata una verifica sui percorsi attivati tra CSM e Servizi Sociali territoriali in 5 delle 7 ETI del Comune di Bologna con l'obiettivo di valutare il livello di integrazione tra sociale e sanitario.

Nel corso del 2023, su un totale di 17.642 utenti seguiti dai CSM, sono stati 658 ad usufruire di PTRI con BdS[[note](#)]Nel 2022 erano stati 765 su 17.524; la riduzione del numero complessivo degli utenti con PTRI con BdS va attribuita a questo lavoro di revisione progettuale che ha condotto alla chiusura di progetti inappropriati e non a una logica di risparmio economico da parte del DSM-DP, per il quale esiste a monte una quota di finanziamento annuale definita con normativa regionale.[/[note](#)]; attraverso incontri con le equipe e con il privato sociale sono stati rivalutati i percorsi di 500 tra questi utenti. Tutti i circa 17.000 utenti restanti sono trattati dai CSM con progetti terapeutico-riabilitativi, con interventi mirati a seconda delle condizioni cliniche, personali e sociali (colloqui psichiatrici e/o psicologici, farmacoterapia, visite domiciliari, supporto alla famiglia, interventi educativi, infermieristici, supporto tra pari, inserimenti formativi lavorativi). La presente indagine ci ha permesso di approfondire in quali situazioni si promuove un BdS, con quali modalità e con quale livello di appropriatezza.

Caratteristiche degli utenti che usufruiscono di PTRI con BdS

Dei 500 casi analizzati, 282 sono uomini (56,4%) e 218 donne (43,6%), l'età media è di 46,8 anni; 79 (15,8%) sono persone tra i 18 e i 30 anni, 27 (5,4%) hanno più di 65 anni. Su un totale di 493 utenti per i quali si hanno dati sulla scolarizzazione, il 55,4% ha conseguito la licenza elementare o media (273 utenti), il 36,3% ha un diploma di scuola superiore (179 utenti) e l'8,3% è laureato (41 utenti). 40 utenti hanno avuto passati inserimenti in strutture residenziali, 46 periodi di ricovero in SPDC o in cliniche private, 38 presentavano problemi di dipendenza, 102 comorbidità con problemi di salute fisica e 16 vivevano con altri familiari con problemi sanitari e/o sociali. Un numero significativo di utenti (345, pari al 69%) ha certificazioni di invalidità, molti (65,4%) ricevono assegni o pensioni di invalidità, alcuni hanno l'accompagnamento (35); 27 ricevevano il Reddito di Cittadinanza, 54 ricevono altri benefit. La compartecipazione di utenti/famiglie alla spesa è risultata limitata (5), ma sono stati individuati 21 famiglie/utenti potenzialmente in grado di compartecipare alla spesa.

Si tratta di un gruppo di soggetti per cui c'è un bisogno rilevante nell'area del reddito e questo ha portato il DSM a interrogarsi sul rischio che il sistema di welfare locale sopperisca con erogazioni economiche alla mancanza di efficienti percorsi e di opportunità di inclusione lavorativa per le persone in carico. Indicativo è il dato di soli 37 utenti (7,4%) iscritti negli elenchi della L.68/99 (collocamento mirato per persone con disabilità). Dalle discussioni svolte nel monitoraggio è emerso che un eccessivo ricorso ai benefit economici può disincentivare l'utente ad intraprendere percorsi di inclusione lavorativa, che

sarebbero invece più opportuni.

Dal monitoraggio è emersa inoltre la consapevolezza diffusa che le situazioni in cui coesistono molteplici fragilità richiedono una progettazione integrata tra sanitario e sociale, la quale a sua volta necessita di un passaggio di validazione in Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) o in ETI con funzione di UVM. Esistono ancora margini di miglioramento su questa pratica; si vuole evitare che tale procedura sia vissuta solo come una formalità burocratica ma che diventi un'occasione reale di lettura approfondita dei bisogni complessi dell'utenza.

Le tipologie di intervento

1. **Lavoro.** 456 utenti su 500 sono disoccupati, 232 (46,4%) hanno avuto precedenti esperienze lavorative e 192 precedenti esperienze di tirocinio o formazione. Attualmente 215 utenti (43%) usufruiscono di misure di tirocinio o di accompagnamento al lavoro tramite ETS. La riflessione sulla necessità di aumentare i percorsi di inclusione lavorativa, limitando gli interventi di sostegno al reddito con benefit economici per gli utenti con BdS ha portato il DSM a inserire l'Individual Placement Support (Supporto Individuale all'Impiego) come strumento nell'ultimo Capitolato della gara d'appalto per i PTRI con BdS.
2. **Socialità.** I PTRI con BdS hanno riguardato azioni nell'area della socialità per 271 utenti con interventi educativi individuali e per 153 utenti con attività di gruppo, di cui 97 hanno usufruito di un accompagnamento da parte di un operatore degli ETS. E' quindi molto rilevante il bisogno dell'utenza di svolgere attività che favoriscano la relazione con gli altri e l'uscita da condizioni di isolamento. Gli interventi educativi a domicilio hanno un significativo impatto preventivo, in quanto aumentando le condizioni di benessere possono evitare/ridurre il ricorso alla residenzialità. Per gli utenti 18/30 anni vi sono attività di gruppo specifiche e maggiormente orientate ai loro bisogni.
3. **Domiciliarità/abitare.** 285 utenti che usufruiscono di PTRI con BdS vivono in una casa di proprietà, 56 in case in affitto mentre 84 risiedono in alloggi ERP (Edilizia Residenziale Pubblica); un piccolo numero (4) di utenti si trova in asilo notturno. La maggior parte vive con la famiglia o convive (288), un numero inferiore vive da solo (128) o in residenze e gruppi appartamenti (92). Gli interventi educativi individuali a domicilio hanno riguardato 41 progetti (8,2% su 500). Si tratta di un dato in crescita rispetto ad anni precedenti, coerentemente con la necessità di incrementare gli interventi di supporto alla domiciliarità e all'autonomia abitativa[*note*]Queste osservazioni coincidono con le indicazioni delle [Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna](#) (delibera di Giunta Regionale n. 1322 del 01/07/2024)[*note*].

Caratteristiche dei Progetti Terapeutico Riabilitativi con BdS

Gli operatori di riferimento più coinvolti sono educatori (per 293 utenti) e infermieri (per 185 utenti), mentre gli assistenti sociali (11 utenti) hanno avuto un ruolo minore; il 98% dei PTRI con BdS ha un operatore con funzioni specifiche di *case manager*, coerentemente con gli obiettivi di *effectiveness* e *accountability* individuati dal DSM-DP. In conclusione, 391 PTRI tra quelli osservati sono risultati progetti riabilitativi svolti dal solo DSM-DP, rivolti ad utenti non conosciuti dai Servizi Sociali: 65 di essi sono stati chiusi e 86 sono stati classificati come "progetti da ridefinire". In 70 casi si è avviato il percorso per una nuova progettazione congiunta tra sociale e sanitario; questo ultimo gruppo è composto da utenti con BdS che sono anche già seguiti dai Servizi Sociali, per i quali però la progettazione non era avvenuta in forma integrata. Dei 109 progetti già integrati tra sociale e sanitario 85 riguardano l'abitare, 7 il sostegno al trasporto e 54 il reddito/lavoro. I servizi sociali per disabili sono coinvolti in 31 casi, il servizio sociale tutela minori in 12; in 19 progetti sono coinvolte associazioni di volontariato. Complessivamente le equipe dei vari servizi ritengono che interventi maggiormente integrati permettono sia di sviluppare percorsi evolutivi sia di mantenere livelli alti di qualità della vita a domicilio, tali da prevenire l'istituzionalizzazione.

Il BdS nei Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerDP)

A partire dal 2016 il modello "Budget di Salute" è stato introdotto anche nei SerDP del DSM-DP di Bologna, per favorire interventi in co-progettazione con gli ETS. L'introduzione del BdS ha permesso di rispondere ai bisogni socio-sanitari di un gruppo di utenza che non aveva trovato risposte adeguate nei percorsi terapeutico-riabilitativi tradizionali, in particolare persone giovani - anche con problemi di comorbidità psichiatrica - e persone non autosufficienti con patologie croniche. E' stato costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale, con professionisti di diversi servizi territoriali, per condividere l'approccio della progettazione personalizzata con il BdS e elaborare una scheda di progetto, focalizzata sugli obiettivi specifici del supporto assistenziale, gestione del craving, prevenzione delle ricadute, reinserimento e riconnessione sociale, promozione del cambiamento individuale. Nel 2020 è stata avviata una formazione distrettuale su BdS e welfare di comunità, coinvolgendo servizi sanitari, sociali ed ETS: questi ultimi si sono costituiti in RTI (Raggruppamento Temporaneo di Imprese) e hanno vinto la gara europea per la coprogettazione e la co-gestione di PTRI con BdS. Nel periodo tra ottobre 2022 e marzo 2024 erano attivi 29 progetti personalizzati con BdS nel SerDP, 13 a favore di donne e 16 di uomini, con obiettivi così distribuiti tra le aree: 19 area abitare, 24 area socialità e 9 area lavoro. In molti progetti vi era la compresenza di obiettivi su più aree.

Dal gennaio 2024, a seguito di un evento formativo congiunto, è stato ripensato il metodo per la progettazione dei percorsi di inserimento in appartamento, destinati alle persone “in uscita dalle comunità”, cioè dopo i trattamenti residenziali a maggiore valenza sanitaria. Indipendentemente dalla caratterizzazione di tali percorsi (totalmente educativi oppure ancora con una rilevante componente sanitaria) è stata introdotta una modalità di costruzione personalizzata dei progetti, contemplando periodi di integrazione e gradualità con i percorsi sanitari precedenti: la progettualità con BdS, focalizzata sui diversi ambiti di vita della persona e sul suo processo di empowerment, ha un ruolo fondamentale in questo ripensamento che permette adattamenti più gradualità tra diversi ambienti e gradi di autonomia. Nel 2024 sono stati attivati 44 di questi progetti personalizzati finalizzati al reinserimento abitativo e gestiti in forte integrazione con gli Enti Accreditati.

L'attivazione di progetti con BdS per utenti caratterizzati da perdurante uso problematico di sostanze e forte emarginazione sociale pone importanti quesiti circa le ulteriori possibilità di caratterizzazione dello strumento, per esempio rispetto alla specificità delle persone che afferiscono a servizi di bassa soglia (che spesso hanno interiorizzato uno stile di vita “di strada”) e alle strategie necessarie per adattare le risorse al loro percorso esistenziale. In sintesi la metodologia del BdS nei SerDP sta accompagnando l'evoluzione del servizio, approfondendo le opportunità di personalizzazione e integrazione degli interventi, coinvolgendo attivamente la persona, la comunità e il Terzo Settore.

L'attivazione comunitaria nel Servizio Sociale di un quartiere di Bologna

A proposito dell'importanza di un maggior coinvolgimento della comunità riportiamo a titolo esemplificativo l'esperienza che il Servizio sociale di Comunità sta svolgendo dal 2023 nel quartiere Navile di Bologna sugli assi della *prossimità* e dell'*integrazione sociosanitaria*. La prossimità offre enormi vantaggi in termini di reale conoscenza del territorio e dei bisogni: è attraverso la presenza degli operatori nei luoghi informali che si riesce a cogliere - anche anticipandoli - i bisogni e a co-creare risposte pertinenti insieme a chi li esprime. Ad oggi gli operatori del servizio sociale sono presenti con diverse attività di socializzazione, laboratoriali e/o di ascolto all'interno di alcuni *dispositivi di prossimità* (in una Microarea, cinque Case di Quartiere). Nella stessa ottica, attraverso un patto di collaborazione, si è recentemente istituito presso la sede del servizio sociale un punto di accoglienza gestito da un'associazione di volontariato. Al fine di sviluppare una sempre maggiore integrazione sociosanitaria per implementare i BdS, il Quartiere sta portando avanti la *mappatura dinamica delle risorse*: da maggio 2023 l'equipe dell'area accoglienza del quartiere (operatori dello sportello sociale e assistenti sociali dell'area minori e adulti) e gli assistenti sociali del CSM hanno incontrato con una cadenza mensile, in occasione del proprio incontro di lavoro, le associazioni del terzo settore presenti nel quartiere. Il progetto consente agli operatori una conoscenza migliore delle offerte presenti sul territorio e rinsalda il senso di appartenenza tra tutti coloro che, con mandati diversi, si prendono cura del benessere del territorio. Tutto ciò stimola la realizzazione di risposte nuove e creative ai problemi che si presentano e garantisce il costante scambio di informazioni rispetto ai servizi utili ai cittadini, attivati sia dal pubblico che dal privato sociale.

Conclusioni: verso nuove forme di integrazione tra servizi e con la comunità

La progettazione individualizzata con BdS nei servizi di salute mentale bolognesi ha una storia relativamente recente rispetto all'esistenza dei servizi. Come in quasi tutta Italia, non sono stati ancora effettuati studi di esito, osservazionali o con trial randomizzati, che ne quantifichino l'impatto clinico-riabilitativo. La verifica sui 500 progetti con BdS, l'osservazione diretta nel campo delle dipendenze e il confronto con le attività nella comunità mostrano tuttavia che l'effetto generale sui servizi e sulla vita delle persone è stato positivo e merita di essere approfondito.

Alla luce di questi quattro anni di sperimentazione, è possibile procedere a una maggiore individuazione dei luoghi istituzionali e dei percorsi di integrazione socio-sanitaria, attraverso linee di indirizzo per la definizione di accordi di programma locali che valorizzino la capacità di progettazione integrata tra i servizi. Si sta cercando inoltre di ampliare e approfondire il rapporto tra istituzioni e comunità, coinvolgendo nuovi attori, come associazioni del terzo settore e fondazioni, per creare un portfolio di progetti e servizi disponibili sempre più ampio e variegato.

Un aspetto fondamentale per i prossimi anni potrebbe essere la valorizzazione delle risorse formali ed informali del territorio, delle esperienze e dei contributi esistenti attraverso rapporti di collaborazione formale tra AUSL, Comuni, enti gestori, associazioni, fondazioni. Sul tema sono da studiare e condividere anche percorsi innovativi. In questo senso rinforzare la cultura della co-progettazione con BdS potrebbe fare emergere la disponibilità a sperimentazioni con l'obiettivo di rispondere in modo sempre più efficace a bisogni a livello distrettuale.