

AVVISO DI DIALOGO TECNICO IN VISTA DI UNA GARA PER LA SELEZIONE DI PARTNER PER LA COGESTIONE DI SERVIZI PER LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE REALIZZATI ATTRAVERSO BUDGET INDIVIDUALI DI SALUTE

Oggetto	SERVIZI PER LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE REALIZZATI ATTRAVERSO BUDGET INDIVIDUALI DI SALUTE
Aziende interessate	Tutte le Aziende per l'Assistenza Sanitaria della Regione Friuli Venezia Giulia

RICHIESTA DI DIALOGO TECNICO CON IL MERCATO

1. Premessa

L'EGAS, Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, istituito con la L.R. n. 17/2014 intende procedere all'indizione di idonea procedura di gara per l'affidamento di servizi volti alla realizzazione di Budget Individuali di Salute (BIS), a sostegno di Progetti Riabilitativi Personalizzati (PRP) cogestiti nell'ambito di un partenariato pubblico-privato.

Il mandato assegnato all'EGAS, in linea con le Linee di gestione del S.S.R. 2015, è quello di strutturare un modello replicabile per ciascuna Azienda Sanitaria nel rispetto della specificità del proprio contesto (anche territoriale), definire livelli di servizio omogenei (in tutto il contesto regionale), porre particolare attenzione agli strumenti di valutazione sia dei bisogni degli utenti, sia degli esiti degli interventi, anche in termini di utilizzo di risorse.

2. Quadro normativo e finalità del dialogo tecnico

Già da tempo gli indirizzi regionali hanno messo in luce l'esigenza di un radicale cambiamento nel modo di pensare i servizi per la riabilitazione psicosociale sul nostro territorio: "... non si tratta soltanto di concludere il percorso di costruzione della rete di offerta territoriale nel senso di ulteriori strutture.... ma, soprattutto, di affrontare con nuove strategie il problema più consistente: **l'effettivo ripristino del funzionamento sociale possibile degli utenti dei servizi**". I "forti rischi di cadute autoreferenziali del sistema delle strutture, con problemi di qualità dell'intervento ed importanti inefficienze", richiedono un "**cambiamento di paradigma**, non più secondo un approccio guidato dalle strutture, dove la centralità è costituita dal sistema di offerta ... ma secondo un **approccio guidato dal bisogno**, dove la centralità è assunta dalle persone e dai processi che si costruiscono...; tale cambiamento presuppone **nuovi stili operativi dei servizi**, più orientati all'integrazione con altri soggetti, istituzionali e non, attraverso lo sviluppo e l'utilizzo di nuovi strumenti gestionali".

Questo perché, "soprattutto per gli interventi nel campo della salute mentale, è fondamentale il perseguimento di una strategia che, coniugando la prevenzione e promozione della salute, l'integrazione sociosanitaria, la proattività dei servizi e lo sviluppo di comunità, **realizzi le condizioni (il sistema delle opportunità) dove rendere effettivi i percorsi di recupero delle persone con problemi psichiatrici**". Nella riabilitazione psicosociale, infatti, "se è indubbia l'importanza di un intervento di alto livello qualitativo e professionale ... è altrettanto importante l'azione sul contesto. Spesso infatti gli utenti che hanno recuperato abilità perdute, acquisito competenze e conoscenze utili per un lavoro, non trovano "luoghi" in grado e/o disponibili ad accoglierli".

In questa prospettiva, il PSSR attribuiva ai Dipartimenti di Salute Mentale e alle Aziende per i Servizi Sanitari i seguenti compiti:

- incrementare e riqualificare le risorse destinate alla riabilitazione;
- valorizzare il rapporto con il privato sociale e superare la logica cliente/fornitore dettata dal pagamento a retta per giornata di degenza, introducendo il finanziamento di progetti personalizzati, gestiti secondo modelli di partenariato e articolati su diversi livelli;
- sostenere lo sviluppo dell'economia sociale finalizzata all'inserimento lavorativo degli utenti dei servizi di salute mentale, attraverso un patto fra i soggetti istituzionali e le realtà economico-sociali del territorio;
- realizzare nuove opportunità abitative protette, evitando nuove forme di istituzionalizzazione.

In linea con le indicazioni fornite dagli ultimi documenti di pianificazione sociosanitaria, si propone l'attivazione di un sistema per la cura e la riabilitazione delle persone con disabilità mentale fondato su pratiche di "produzione di salute", sulla valorizzazione dei soggetti e dei contesti, sulla moltiplicazione degli spazi dell'informale; un sistema che ricollochi al centro la persona e nel quale la riabilitazione psico-sociale sia intesa come processo di ricostruzione dei diritti di cittadinanza, fondato sui tre assi prioritari della casa, del lavoro e della socialità.

Il sistema dovrebbe tendere, quindi, da una parte, al rafforzamento delle persone con disturbo mentale e al loro coinvolgimento nelle politiche, nella pianificazione, nella legislazione, nella prestazione di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione in materia di salute e dall'altra, al coinvolgimento dei vari settori pubblici (oltre a quelli della sanità), dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dell'abitazione, dell'assistenza sociale e di altri settori rilevanti, nonché del settore privato, secondo modalità appropriate alla situazione specifica, così come auspicato nel Piano d'azione europeo per la salute mentale 2013-2020.

In considerazione della natura progettuale dell'intera iniziativa, che presenta caratteristiche innovative rispetto alle metodologie adottate nella prassi socioassistenziale, si ritiene opportuno procedere con una fase esplorativa verso il mercato al fine di poter cogliere eventuali spunti utili per la messa a punto di un capitolato di gara effettivamente in grado di individuare il miglior offerente per la cogestione dei servizi.

3. Contesto regionale

La popolazione del Friuli Venezia Giulia è di circa 1 milione e 200 mila abitanti, distribuita in quattro Province e 218 Comuni. All'interno del Servizio Sanitario Regionale operano cinque Aziende per l'Assistenza Sanitaria: AAS 1 "Triestina"; AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina"; AAS 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio-Friuli"; AAS 4 "Friuli Centrale"; AAS 5 "Friuli Occidentale".

Gli interventi a favore di persone con problemi di salute mentale sono gestiti, attraverso l'attivazione di Progetti Riabilitativi Personalizzati, dalle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale, istituiti in ciascuna delle cinque AAS.

Il numero complessivo degli utenti coinvolti nell'attività di riabilitazione psicosociale sul territorio regionale è di circa 1200; di questi, circa il 70% sono Progetti Riabilitativi Personalizzati di diversa intensità (alta, media, bassa), definita con criteri di attribuzione differenziati in ciascuna Azienda, mentre la restante parte è costituita da interventi individuali o collettivi non configurabili come progetto e che comunque, dal punto di vista economico, si sostanziano in un valore inferiore al 5% dell'importo complessivo dei progetti attivati.

Il percorso di transizione auspicato dagli atti di pianificazione regionale (dal sistema delle strutture a un sistema guidato dal bisogno, che favorisca l'effettivo ripristino del funzionamento sociale della persona e che superi la logica cliente fornitore), ha raggiunto livelli di attuazione differenziati nei diversi contesti territoriali; per questo, attraverso le procedure di gara che porteranno alla progressiva selezione dei partner per le diverse Aziende del SSR, si intende diffondere un approccio uniforme sul territorio regionale, in linea con i principi e le finalità indicati negli indirizzi regionali.

4. Descrizione generale dell'iniziativa

4.1 - Inquadramento teorico

Con l'espressione **salute mentale** l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico grazie al quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive ed emozionali per esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri e adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Anche in Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale; si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale, che dipendono molto dal pregiudizio, ma allo stesso tempo dalle aspettative non mantenute e dalla mancanza di efficacia, provata e dimostrata, degli interventi.

Per un più precoce riconoscimento dei problemi e l'affinamento delle pratiche di cura da parte dei Servizi di Salute Mentale del DSM, sono indispensabili **progetti riabilitativi efficaci con esiti misurabili**, non esclusivi delle aree diagnostiche classiche, ma **aperti a bisogni complessi**, a cui

rispondere con **strumenti innovativi**, diversi e soprattutto modulabili in base al cambiamento dei bisogni espressi.

La malattia mentale, infatti, comporta un disagio sociale esteso, caratterizzato da un livello di complessità tale da non poter essere affrontato con strumenti che presuppongono una semplificazione classificatoria di stampo clinico e con pratiche ridotte alle prestazioni medico-infermieristiche. Le situazioni emergenti richiedono in modo sempre più significativo l'intervento di un sistema integrato dei servizi sociosanitari, in quanto trattasi di persone che affrontano condizioni di precarietà di vita, con fragilità nuove sia in termini individuali che collettivi. Per queste persone le risposte tradizionali, basate esclusivamente sull'assistenza, risultano parzialmente, se non del tutto, inappropriate.

La rarefazione delle relazioni personali e comunitarie capaci di accogliere e sostenere difficoltà derivanti da un'emergenza sociale sempre più accentuata, contribuisce a rendere più pesanti gli esiti delle condizioni di disturbo psichico.

Alla luce di queste evidenze risulta necessario definire modalità di intervento che, pur nel rispetto del principio della progettazione personalizzata, riescano a garantire risposte sociosanitarie appropriate e diversificate ad un numero sempre maggiore di persone che si affacciano ai servizi di salute mentale.

Non c'è salute mentale senza un processo di **ricostruzione dei diritti di cittadinanza**, attraverso la reintegrazione della persona nella società, l'aiuto nel riguadagnare i ruoli perduti, puntando al conseguimento del massimo grado di autonomia possibile e quindi della guarigione sociale.

Secondo il National Institut of Mental Health (USA), il concetto di **riabilitazione psicosociale** si fonda sul presupposto che il paziente può sviluppare e realizzare il miglioramento della propria qualità di vita attraverso un cammino che lo aiuti a sviluppare il massimo delle proprie potenzialità psicofisiche, affettive e relazionali, nonostante la sofferenza e la disabilità che sono indotte dalla malattia. L'approccio si rivolge all'individuo come persona, piuttosto che come paziente, stimolando la responsabilità individuale, il controllo, il senso di autostima ed incoraggiando la partecipazione al processo riabilitativo, così come richiamato più volte nella Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità.

La riabilitazione di persone con esperienza di disturbo mentale richiede il potenziamento delle risorse e delle abilità sociali residue, la riacquisizione di quelle perse, l'acquisizione di nuove (se possibile), lavorando anche sull'ambiente. In particolare, il lavoro sul contesto si propone di favorire il reinserimento sociale e/o lavorativo della persona, cercando di far sì che tutti i fattori ambientali, che fanno parte del suo contesto di vita, non siano barriere ma elementi facilitatori. Esistendo una stretta interazione tra individuo ed ambiente, ogni modificazione di uno dei due elementi produce un cambiamento sull'altro.

La riabilitazione, quindi, mette in atto un processo di adattamento reciproco secondo due strategie fondamentali: lo sviluppo delle risorse e delle abilità del soggetto, a partire dall'identificazione dei bisogni; lo sviluppo delle risorse dell'ambiente in una direzione che amplifichi e rinforzi l'intervento operato a favore dell'individuo.

Un valido percorso riabilitativo deve condurre alla guarigione sociale della persona, portandola a raggiungere un proprio livello ottimale di funzionamento indipendente nella comunità e a reinserirsi dignitosamente e con successo nell'ambiente socio-lavorativo, anche in assenza della risoluzione della patologia, facendo leva sulle abilità esistenti residue. Un cambiamento che è in linea con il concetto di **recovery** così come definita da Robert Liberman, non solo nella sua accezione di guarigione, "ritorno ad una condizione precedente", ma anche come una nuova condizione che implica dei cambiamenti rispetto alla precedente. Una condizione che significa ritrovare e mantenere la speranza, capire le proprie abilità e disabilità, impegnarsi nella vita attiva, recuperare autonomia personale, identità sociale, senso e scopo della propria vita e un'immagine di sé positiva. *Recovery* non è quindi sinonimo di guarigione clinica (*cure*), ma, così come richiamato nel documento dell'OMS Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, fa riferimento sia alla condizione interiore vissuta dalle persone che si descrivono nel loro percorso di *recovery* (speranza, ripresa, *empowerment* e recupero dei rapporti), sia ai fattori esterni che agevolano la *recovery* (rispetto dei diritti umani, cultura positiva della ripresa e servizi incentrati sulla *recovery*).

Per rendere concreto questo modello di riabilitazione si richiede un approccio basato su un **welfare locale comunitario e generativo**, come sintesi teorica e pratica per un modello di cure territoriali e inclusione sociale nelle aree dell'integrazione sociosanitaria, attraverso l'attivazione e la gestione di tutte le risorse disponibili, sia formali che informali. Si tratta di pratiche che richiedono un **forte incremento della flessibilità organizzativa** e la ricerca di strumenti gestionali che assicurino l'appropriatezza degli interventi, la qualità professionale, la sostenibilità del sistema e l'efficacia degli interventi stessi. Quest'ultima può essere incrementata solo garantendo una reale partecipazione e un effettivo **protagonismo degli utenti** nei programmi di cura che li riguardano, valorizzando la natura relazionale dei servizi alla persona e rendendo gli utenti **coproduttori** e covalutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori.

Il sistema di gestione dei servizi per la riabilitazione psicosociale basato su Budget Individuali di Salute si ispira ai principi sopra richiamati e mira a creare un modello in grado di rispondere ai bisogni concreti delle persone, alle esigenze organizzative dei Servizi, alle istanze dei partner privati con i quali il servizio verrà co-gestito.

Attraverso tale sistema, si intende realizzare i seguenti obiettivi:

- a. incrementare l'efficacia degli interventi riabilitativi attraverso la realizzazione di percorsi personalizzati di reintegrazione fondati sui tre assi prioritari abitare, lavoro e socialità, volti

alla promozione della salute e alla prevenzione, individuazione, rimozione o contenimento degli esiti invalidanti delle patologie psichiatriche;

- b. garantire, all'interno dei programmi di cura, una reale partecipazione e un effettivo protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni dell'utilità sociale attive nelle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni, orientando i servizi secondo il principio di sussidiarietà e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità;
- c. valorizzare la natura relazionale dei servizi alla persona, rendendo gli utenti coproduttori e covalutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori;
- d. incrementare il sistema delle opportunità del territorio, inteso come insieme dei luoghi e dei contesti fertili in cui la persona con l'esperienza del disturbo psichico possa "spendere" le abilità riacquistate attraverso l'intervento riabilitativo.

4.2 - Progetto Riabilitativo Personalizzato e Budget Individuale di Salute

La gara avrà ad oggetto la selezione di un partner per la cogestione di servizi volti alla realizzazione di Budget Individuali di Salute (BIS), a sostegno di Progetti Riabilitativi Personalizzati (PRP).

Con il termine PRP si definisce il percorso di cura e riabilitazione (caratterizzato da interventi sanitari e azioni di protezione sociale volti a soddisfare le esigenze di tutela della salute e di recupero e mantenimento delle autonomie personali), formulato sulla scorta di valutazioni multidimensionali e multiprofessionali, che pone al centro la persona con disabilità psichica e i suoi bisogni, definendo gli obiettivi, le modalità, le procedure e le risorse necessari a favorirne l'inclusione, l'abilitazione e la reintegrazione sociale.

Con il termine BIS, invece, si fa riferimento all'insieme delle attività richieste al partner privato a favore di persone in carico al DSM e beneficiarie di un PRP, consistenti nella coprogettazione dell'intervento, nella costruzione di opportunità nei tre assi "abitare", "lavoro" e "socialità" e nel sostegno competente alla fruizione delle stesse.

In questo senso, il BIS rappresenta il complesso dei sostegni attivati a favore della persona, intesi come l'insieme congiunto delle risorse investite e delle strategie messe in campo per la produzione congiunta di un cambiamento, attraverso logiche di co-produzione, secondo la concezione espressa dal Premio Nobel per l'economia Elinor Ostrom (Ostrom e Baugh, 1973; Parchi et al., 1981): co-produrre significa fornire servizi pubblici in un rapporto paritario e reciproco tra professionisti, persone che utilizzano i servizi, le loro famiglie ed il contesto sociale in cui vivono. Se le progettualità vengono così esplicitate, servizi e contesti ambientali diventano agenti di cambiamento di gran lunga più efficaci, poiché ciò implica il riconoscimento delle persone come risorse, promuove la reciprocità, genera fiducia e rispetto reciproco fra le persone in un dare ed

avere che consente la costruzione di reti sociali, perché la salute fisica ed il benessere mentale delle persone dipendono da relazioni solide e durature (Boyle e Harris, 2009).

Il livello di intensità e il conseguente valore economico del BIS sono parametrati all'entità dei sostegni necessari al percorso di riabilitazione della persona. Il valore economico, quindi, è determinato in base ai bisogni della persona rilevati nel caso concreto e parametrato agli interventi necessari alla soddisfazione di quei bisogni, comprensivi di tutti i costi che li compongono (impegno orario del personale, pasti, canoni di locazione, trasporti, vitto, utenze).

In virtù di tali elementi, il PSSR 2006-2008 indica il budget individuale di salute come “un efficace strumento per realizzare un passaggio effettivo da un welfare dei servizi, dove gli utenti sono destinatari passivi, ad un welfare di comunità, dove le persone riacquistano un protagonismo possibile e dove le risorse messe in campo assumono un carattere di investimento sulla comunità e sullo sviluppo, anche economico, della stessa”.

4.3 - Destinatari degli interventi

Gli interventi realizzati attraverso Budget Individuali di Salute, si rivolgono a persone in carico alla rete dei servizi per la salute mentale con rischio elevato di marginalità e disabilità sociali.

I beneficiari di Progetti Riabilitativi Personalizzati sono persone che manifestano bisogni complessi, non riconducibili semplicemente a categorie diagnostiche ma rilevabili attraverso elementi sociali, antropologici, culturali e che, per questo, richiedono una personalizzazione dell'intervento.

Le seguenti situazioni, indicative di stati complessi di bisogno, non sono rare o eccezionali, assumono un significato prognostico e si presentano spesso in associazione tra loro:

1. problemi clinici dell'area delle psicosi e dei disturbi gravi di personalità;
2. rete familiare e sociale scarsa, assente, non supportiva;
3. uso di sostanze legali e illegali;
4. azioni quotidiane di cura del sé non sviluppate in modo autonomo (rispetto al cibo, agli spazi abitativi, alla struttura del tempo, ai progetti personali di formazione, studio, lavoro, all'accesso alle opportunità sociali, all'uso degli strumenti di comunicazione);
5. insufficienza di risorse economiche (lavori precari, perdita di lavoro, lavori non soddisfacenti);
6. discontinuità delle cure e aumento della frequenza di ricadute;
7. problemi con la legge, rischio di reati e recidive di reati;
8. rischio di nuove istituzionalizzazioni (carceri, REMS).

5. Configurazione e caratteristiche funzionali dei servizi oggetto di fornitura

5.1 - Assi degli interventi

Lo sforzo più significativo che si richiede ai Servizi e al partner privato nell'ambito del sistema proposto è legato alla necessità di trasformare i contesti, di costruire processi di inclusione abitativa e lavorativa, di rendere le comunità più accoglienti per le persone con problemi psichiatrici, di ricostruire il tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza. Accanto agli interventi di sostegno, diretti alla riappropriazione da parte degli utenti di abilità perse, devono essere garantiti luoghi e situazioni (contesti) dove "spendere" queste abilità: il sistema delle opportunità.

Come detto, il Budget Individuale di Salute è l'insieme delle azioni e degli interventi messi in campo dal partner privato e diretti alla realizzazione delle condizioni per il ripristino del funzionamento sociale della persona coinvolta in un Progetto Riabilitativo Personalizzato. Tali azioni e interventi sono parametrati al bisogno della persona e si realizzano attraverso occasioni concrete di lavoro, di abitare e di socializzazione.

L'impegno richiesto al partner nella realizzazione dei BIS non si limita alla messa a disposizione di operatori e risorse, ma si compone di tre elementi:

- coprogettazione dei singoli BIS,
- costruzione di opportunità nei tre assi (casa, lavoro, socialità),
- sostegno competente alla fruizione delle stesse.

La costruzione delle opportunità e il sostegno competente sono declinate su tre assi di intervento:

- a. Abitare:** il BIS promuove la cura della persona e dell'ambiente, nonché lo sviluppo di possibilità e capacità nell'abitare.

Gli interventi si concretizzano nella creazione di "opportunità di abitare" attraverso sistemazioni individuali o di gruppo in strutture messe a disposizione o indicate dall'Azienda o dal partner o al domicilio della persona. Le abitazioni a disposizione delle persone possono essere a supporto variabile, in base alle necessità riscontrate, attraverso adeguate forme di sostegno, sempre volte al perseguimento dell'autonomia abitativa, compreso il sostegno allo svolgimento delle attività di base e strumentali della vita quotidiana (ADL, I-ADL). Al partner è chiesto di sviluppare progressivamente strategie alternative all'abitare tradizionale protetto di tipo residenziale (comunità protette 24 ore), volte a reali percorsi di emancipazione e autonomizzazione, individuando e realizzando forme di convivenza in appartamenti di uso civile dislocati nel territorio, tramite contratti di locazione e accordi con soggetti pubblici e privati.

- b. Lavoro e formazione professionale:** il BIS mira alla costruzione di una piena cittadinanza attraverso l'aumento delle capacità e della possibilità di scelta, l'incremento del potere contrattuale, l'ingresso nel circuito produttivo, il raggiungimento di un'integrazione sociale e di una sempre maggiore indipendenza dal circuito assistenziale.

Gli interventi si concretizzano, da un lato nella creazione di opportunità di esperienze di inserimento socio-lavorativo, attraverso la messa a disposizione di luoghi caratterizzati da vera imprenditorialità, in cui la persona possa esercitare un'attività lavorativa, pur in un contesto formativo adeguato alle sue esigenze riabilitative; dall'altro nello svolgimento di attività di sostegno competente all'accesso e alla fruizione delle opportunità create.

- c. Socialità e inclusione sociale:** il BIS promuove lo sviluppo di abilità (percorsi di formazione artistica ed espressiva) e competenze sociali e mira a costruire relazioni e reti amicali, familiari e sociali, attraverso la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive, in spazi e tempi della normale quotidianità, specificamente organizzate o svolte nei contesti e nei luoghi di vita delle persone. Al partner è chiesto, inoltre, di svolgere attività di sostegno competente all'accesso e alla fruizione delle opportunità create.

Le Aziende per l'Assistenza Sanitaria dispongono, oggi, di diverse risorse strutturali (strutture abitative, luoghi di socializzazione, luoghi per l'inserimento lavorativo), che verranno rese disponibili nell'ambito dell'affidamento.

Il BIS opera, tendenzialmente, su tutti e tre gli assi, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel PRP.

Preso atto del bisogno di cambiamento del sistema dell'offerta verso una riduzione progressiva degli interventi di natura residenziale e un contestuale incremento del sostegno riabilitativo in campo sociale e lavorativo, le aziende individueranno lo standard d'offerta iniziale commisurato al fabbisogno rilevato al momento dell'avvio della gara.

Al partner privato verrà richiesto nel corso del rapporto, secondo la filosofia del documento di cui trattasi, di adeguare progressivamente il proprio sistema di offerta alle nuove esigenze degli utenti attraverso i meccanismi della cogestione.

5.2 - Cogestione

Elemento imprescindibile e caratterizzante del sistema proposto è che la gestione dell'intervento avvenga nell'ambito di una solida interrelazione fra il soggetto pubblico e il partner privato, improntata su dinamiche di cogestione dei BIS. Si propone, quindi, una programmazione e gestione dell'intervento che superi lo schema tradizionale, fondato sul conferimento al privato della gestione di un servizio o sull'acquisto dal privato di fattori produttivi da "internalizzare" nel processo

di erogazione del servizio stesso e di introdurre un nuovo approccio, in base al quale il partner non si limiti a gestire strutture ma valorizzi il suo ruolo attivo di soggetto imprenditoriale, chiamato a costruire occasioni di abitare, lavoro e socialità e a fornire gli adeguati supporti non specialistici per la fruizione di queste opportunità da parte degli utenti.

Il privato sociale coinvolto nell'intervento dovrà, quindi, porsi come mediatore e integratore tra gli spazi della cura e gli spazi della normalità, tra il formale e l'informale, tra l'assistenza e il lavoro, tra l'esclusione e la cittadinanza. I soggetti che si candideranno a operare nel settore della riabilitazione psicosociale dovranno, perciò, saper costruire processi operativi in grado di superare la relazione duale tra operatore e paziente (o tra Servizio e utente), contrastando gli stili professionali riproduttori di separatezza e di esclusione.

Il superamento della logica cliente-fornitore nel rapporto tra soggetto pubblico e privato, comporta la strutturazione di un vero e proprio partenariato, diretto alla realizzazione congiunta (cogestione) dei progetti personalizzati.

Il cambiamento prospettato, quindi, porterà alla sperimentazione di nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato che consentano di utilizzare le risorse economiche destinate alle attività di riabilitazione come investimento per la creazione di legami sociali e nuove opportunità di sviluppo locale. Nuove proposte che evitino il ricorso alla delega, ma che abbiano l'obiettivo di costruire un percorso comune, adeguando e modulando le proposte, verificandone in tempo reale la congruità ed il senso, fino alla costruzione di un prodotto finale, complesso ed articolato, in risposta alle diverse dimensioni del bisogno, frutto di relazioni tra i partner e con il territorio, in grado di generare salute mentale.

Attraverso i meccanismi di cogestione dei PRP si mira a garantire la **flessibilità** necessaria affinché lo scambio relazionale fra i Servizi aziendali e il partner possa adeguarsi al mutare delle circostanze, permettendo di determinare le modalità di realizzazione delle attività, adattandole alle specifiche contingenze future.

6. Quesiti

Dati gli elementi di contesto sopra descritti, è interesse dell'Amministrazione precedente conoscere il parere dei potenziali partecipanti alla procedura di selezione, in merito ai seguenti punti:

- a. Quali elementi di criticità rilevate nell'approccio descritto e quali potrebbero essere eventuali correttivi da porre in essere?
- b. Quali forme organizzative e quali strumenti operativi dovrebbero caratterizzare le dinamiche di cogestione?
- c. Posto che in un sistema basato sulla cogestione, il privato è chiamato a partecipare al partenariato attraverso idee e interventi che superino la mera corrispondenza retributiva delle

prestazioni, in relazione alle finalità dell'intervento, quali sono le risorse, le idee e gli interventi che dovrebbero essere considerati e valorizzati nell'ambito di un sistema di cogestione?

- d.** Elementi generici da considerare per il superamento di eventuali criticità gestionali, per consentire il mantenimento/raggiungimento dell'equilibrio tra risorse impiegate/servizi erogati (break even point).