

Il Piano di benessere individuale

Parte 1. Cos'è

Il **piano di benessere individuale** (spesso definito anche come *piano di assistenza e supporto personalizzato*) è lo strumento tecnico e relazionale centrale di un percorso di prescrizione sociale. Non ha nulla a che fare con la prescrizione medica, ma è un documento dinamico e co-prodotto che mira a collegare i bisogni non clinici di una persona con le risorse disponibili nella comunità.

Di seguito i dettagli principali su come viene strutturato e utilizzato.

1. Definizione e Ruolo

Il piano viene redatto dall'operatore di contatto insieme al destinatario dopo l'ascolto attivo della persona. Il suo scopo è spostare l'attenzione dalla domanda clinica "cosa c'è che non va?" alla domanda esistenziale "**cosa conta per te?**", mettendo la persona al centro del proprio percorso di salute. L'operatore di contatto si affianca alla persona e la supporta nella definizione del piano di benessere individuale che viene redatto sulla base delle scelte della persona a cui "appartiene".

2. Contenuti principali del piano

Un piano di benessere efficace deve essere semplice, flessibile e scritto in un linguaggio comprensibile per il destinatario. In genere include:

- **Priorità e aspirazioni:** ciò che è veramente importante per la persona (valori, desideri, interessi e motivazioni).
- **Obiettivi di salute e benessere:** traguardi concreti che la persona desidera raggiungere.
- **Connessioni comunitarie:** l'elenco specifico dei servizi e dei gruppi locali a cui la persona sarà indirizzata (es. gruppi di cammino, corsi d'arte, consulenza finanziaria).
- **Aspettative:** cosa la persona può aspettarsi dal supporto ricevuto e cosa le organizzazioni devono sapere sulla sua vita e salute.
- **Risorse personali (Asset):** punti di forza, abilità, passioni e reti di supporto (famiglia, amici) su cui la persona può già contare.
- **Autogestione:** azioni concrete che la persona può intraprendere autonomamente per mantenersi attiva e in salute.

3. Il Processo di Co-produzione

Il piano non è imposto dall'alto, ma nasce da una **conversazione collaborativa**.

- **Partecipazione attiva:** se possibile, il piano dovrebbe essere compilato direttamente dal destinatario per favorire il senso di responsabilità e proprietà (*ownership*) del percorso.
- **Rimozione delle barriere:** durante la stesura, l'operatore deve considerare ostacoli pratici come costi, distanze o barriere linguistiche, garantendo che le attività scelte siano realmente accessibili.
- **Consenso e privacy:** il piano deve rispettare la riservatezza dei dati e basarsi sul pieno consenso informato del paziente.

4. Obiettivi: Empowerment e Autonomia

L'obiettivo finale del piano di benessere è l'**empowerment**. Questo strumento, mira a:

- Aumentare le conoscenze e la fiducia della persona nella gestione della propria salute.
- Ridurre la dipendenza dai servizi sanitari per problemi non clinici.
- Promuovere l'autonomia e la resilienza individuale e comunitaria.

5. Monitoraggio e Revisione

Il piano non è statico: include una sezione dedicata alla revisione periodica (ad esempio dopo 6 mesi) per valutare i progressi compiuti, celebrare i successi e apportare modifiche in base ai cambiamenti nelle condizioni di vita o di salute del destinatario.

Parte 2. La coprogettazione del Piano di benessere individuale.

La coprogettazione del piano di benessere individuale è l'elemento centrale della prescrizione sociale poiché trasforma il destinatario da paziente passivo ad **agente attivo del proprio cambiamento**. Questo processo si costruisce con una collaborazione paritaria finalizzata a ristabilire il controllo della persona sulla propria salute.

Ecco le ragioni fondamentali per cui la coprogettazione è ritenuta essenziale dalla letteratura:

- **Passaggio dal modello biomedico a quello salutogenico:** la coprogettazione permette di spostare il focus dalla domanda clinica tradizionale "Cosa c'è che non va in te?" alla domanda centrata sulla persona "**Cosa conta per te?**". In questo modo, il piano non affronta solo i sintomi ed i disagi, ma i determinanti sociali e le cause profonde del malessere.
- **Empowerment e Autonomia:** lavorando insieme all'operatore di contatto (Link Worker), l'individuo accresce le proprie conoscenze e la **fiducia in sè stesso**. L'obiettivo è evitare la creazione di nuove dipendenze dai servizi, promuovendo invece l'**autoefficacia** e la capacità di autogestire il proprio benessere nel lungo termine.
- **Personalizzazione e Aderenza:** un piano costruito insieme è intrinsecamente flessibile e adattato ai valori, agli interessi e alla realtà quotidiana della persona. La letteratura evidenzia che i destinatari hanno maggiori probabilità di impegnarsi e proseguire nelle attività (come gruppi di cammino o laboratori artistici) se queste risuonano con le loro **aspirazioni personali** e se le barriere pratiche (costi, trasporti) sono state discusse e affrontate durante la fase di progettazione.
- **Valorizzazione degli Asset Personali:** la coprogettazione permette di identificare e mettere a sistema non solo i bisogni, ma anche i **punti di forza e i talenti** dell'individuo. La persona non viene vista solo come un soggetto con necessità, ma come un componente della comunità **che ha doni da condividere**, favorendo così il senso di appartenenza e il contributo alla resilienza collettiva.
- **Costruzione di una Relazione di Fiducia:** il tempo dedicato alla stesura del piano permette di instaurare una **connessione autentica**. Questo approccio olistico, spesso basato su tecniche come il colloquio motivazionale, assicura che il paziente si senta ascoltato e compreso nella sua interezza (fisica, mentale e sociale), riducendo lo stigma e aumentando la qualità dell'esperienza di cura.

In sintesi, come abbiamo già detto, il piano di benessere individuale deve essere, dove possibile, **compilato direttamente dal destinatario**, affiancato dall'operatore di contatto (potere con), per

garantirne la proprietà (*ownership*) e assicurare che le scelte finali rimangano sotto il suo controllo

Parte 3. Un esempio

Maria è stata segnalata, all'operatore di contatto, dal suo istruttore di ginnastica dolce. È vedova da un anno e, sebbene partecipi al corso, tende a isolarsi socialmente ed ha raccontato all'istruttore che prima della scomparsa del marito passava ore in biblioteca, ma ora non ha più la motivazione per andarci da sola.

Il piano scritto da Maria con il supporto dell'operatore di contatto.

- **Cosa conta per me:** ritrovare la gioia di condividere storie e conoscenze con gli altri; rompere il silenzio della mia casa.
- **I miei obiettivi:** tornare a frequentare la biblioteca locale almeno una volta a settimana e unirmi a un gruppo di persone che amano i libri.
- **Sintesi del supporto (connessioni comunitarie):**
 - iscrizione al **Circolo dei Lettori** della biblioteca comunale.
 - partecipazione al programma di **volontariato "Nati per Leggere"** per leggere libri ai bambini (valorizzando la mia esperienza passata).
- **Cosa posso fare per me stessa:** continuare a frequentare il corso di ginnastica dolce per mantenere la mobilità fisica.
- **Come supportarmi al meglio (Il "Passaggio Caldo"):** l'operatore di contatto mi accompagnerà al primo incontro del circolo dei lettori per aiutarmi a superare l'ansia iniziale.
- **Monitoraggio:** incontro di verifica tra 4 settimane per valutare il mio livello di gradimento.