



Audizioni su budget di salute e Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati

Dossier n° 156 - Schede di lettura
14 aprile 2021

Nel corso dell'esame della pdl "Introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" ([C. 1752](#)), la Commissione XII ha svolto un ciclo di audizioni, di cui si fornisce una sintesi.

Sintesi delle audizioni

16 dicembre 2020 ([video completo](#))

- **Associazione per l'invecchiamento attivo** ([AUSER](#)), il cui rappresentante ha sottolineato l'importanza di meglio definire:

- il rapporto tra il Progetto terapeutico riabilitativo e il [PAI](#) (Percorso assistenziale Integrato);
- l'ambito di competenza del *case manager* e quello del soggetto gestore;
- la composizione della dotazione finanziaria, specificando se, nelle risorse conferite al soggetto destinatario del progetto terapeutico, rientri anche l'indennità di accompagnamento (nel caso in cui sia percepita);
- il valore giuridico della convenzione sottoscritta per la realizzazione del progetto terapeutico, recante fra l'altro il patto di coprogrammazione e cogestione.

- **Forum Terzo settore** ([Memoria depositata](#)), la cui rappresentante ha sottolineato come, nella normativa nazionale, siano già presenti dispositivi simili al budget di salute. Fra questi i Progetti individuali per le persone disabili (di cui all'art. 14 della legge 328/2000), i budget personalizzati (previsti fra l'altro dalla linea 2 del [Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità](#)) e il budget di progetto (di cui alla [legge n. 112 del 2016](#) sul Dopo di noi). Rispetto alla pdl, è stata rilevata l'importanza di:

- definire il funzionamento delle unità di valutazione multifunzionale;
- prevedere i PUA (Punti unici di accesso) con funzioni non solo informative;
- garantire un approccio omogeneo sul territorio nazionale per il sistema di finanziamento;
- garantire che il *case manager* provenga dal sistema pubblico;
- rifunionalizzare e riorganizzare l'esistente (fra l'altro: i progetti di vita indipendente previsti dalle leggi n. 162 del 1998 e n. 104 del 1992, per i quali sono state predisposte [Linee Guida](#) per la presentazione da parte delle Regioni di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità per l'anno 2017);
- fare tesoro delle tante sperimentazioni fatte sul territorio di dispositivi simili al budget di salute.

- **Angelo Righetti**, medico specializzato in psichiatria, neurologia, epidemiologia e farmacologia, responsabile di salute mentale della Conferenza Permanente Partenariato Euromediterraneo ed esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'ONU, è stato fra i principali collaboratori di Franco Basaglia; ha inoltre sviluppato e applicato la metodologia dei budget di salute in varie parti d'Italia, a partire dalla città di Pordenone negli anni '80. L'audit ha sottolineato come la proposta di legge non richieda lo stanziamento di ulteriori risorse, bensì la riconversione delle risorse finora utilizzate per l'istituzionalizzazione (ad es. rette delle RSA a composizione sanitaria e sociale da riconvertire per percorsi domiciliari) in investimenti personalizzati produttivi di salute e sviluppo locale. Inoltre, l'audit ha sottolineato l'importanza di:

- prevedere una Direzione del Ministero della salute dedicata all'integrazione socio-sanitaria;
- sottolineare la modalità partecipata e condivisa discendente dall'utilizzo del budget di salute, che valorizza le forme di auto-organizzazione delle persone, delle famiglie e più in generale degli enti del Terzo settore, chiamati alla cogestione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;

- predisporre ed utilizzare schemi di risorse professionali ed economiche (quali i progetti terapeutici riabilitativi di comunità, i *budget* di salute, etc.) per raggiungere un miglioramento delle prognosi relative a malattie croniche o di lungo corso, per il cui esito appaiono molto importanti i [determinanti della salute](#) quali casa, lavoro ed affettività. Il budget di salute è, in tal senso, una misura di intervento dinamica che agisce sui determinanti fondamentali e relativi alla dimensione evolutiva della vita. In ultima analisi, il *budget* di salute si configura come un sistema di misurazione economica simile a quello dei [DRG](#), ma che investe sulle determinanti della salute;

- [CEVAS \(Memoria depositata\)](#), la cui rappresentante ha sottolineato l'importanza del "Progetto Luce e libertà", destinato alla fuoriuscita di 57 pazienti dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) e ad assicurare l'inserimento sociale e abitativo e forme di reddito e/o di lavoro durevoli (almeno 10 anni).

23 febbraio 2021 ([video completo](#))

- **Fabrizio Starace**, psichiatra e direttore del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche Ausl di Modena, ha seguito l'applicazione del budget di salute in diverse realtà regionali, fra cui la Campania dove tale strumento è stato tradotto in [Linee guida operative](#) e assunto da una [Delibera regionale](#).

In premessa, l'auditore ha precisato che il *budget* di salute, in Italia, è stato utilizzato a partire dalla fine degli anni '90; periodo in cui sono state predisposte importanti norme di carattere nazionale che hanno proposto in maniera più cogente il tema dell'integrazione sociosanitaria. La prima regione a sperimentarlo è stata il Friuli Venezia Giulia, a cui è seguita un'ampia applicazione in regione Campania, seguita da altre regioni, seppur in maniera più circoscritta, (Piemonte, Sicilia ed Emilia Romagna). Per tali ragioni, non ritiene corretto che la pdl preveda una introduzione sperimentale limitata ad alcuni ambiti territoriali, individuati dall'azienda sanitaria locale di riferimento (come previsto dall'art. 2, comma 4, della pdl). Ugualmente, l'auditore ritiene che la prevista riconversione di almeno il 10 per cento delle risorse destinate al finanziamento dei LEA socio-sanitari in progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del budget di salute, sia un obiettivo poco ambizioso. L'auditore infatti ritiene che, all'applicazione del dispositivo del budget di salute, potrebbe essere indirizzato il 50 per cento delle risorse destinate (nell'ambito territoriale) al finanziamento dei LEA socio-sanitari.

Per quanto riguarda il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (di cui all'art. 3 della pdl) da affidare ad un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore, l'auditore ritiene opportuno che, per evitare il proliferare di modelli regionali fra loro diffusi, venga predisposto uno strumento di indirizzo unitario (Linee guida/Raccomandazioni da sottoporre ad Intesa in sede di conferenza Stato-regioni).

Rispetto allo schema di convenzione recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra l'utente e gli altri attori previsti (famiglie, ASL, servizio sociale del comune, medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, ente del Terzo settore), l'auditore suggerisce che questo possa essere sostituito da un contratto individuale, il c.d. "contratto di salute", che, se adottato come una determina dirigenziale o del direttore del distretto, è atto esecutivo, al cui interno possono essere indicate le risorse indirizzate alla realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato. In tal senso, ha sottolineato, vanno anche le indicazioni del Gruppo interregionale che, sotto la guida dell'Emilia Romagna, sta conducendo una approfondita riflessione sugli strumenti applicativi del budget di salute.

Rispetto alla dotazione finanziaria (come prevista dall'art. 4 della pdl), l'auditore ritiene che, almeno in sede di programmazione, le poste previste nei bilanci preventivi sanitari e sociali debbano essere esplicitate e costituire un bilancio unitario al quale attingere da parte sia dei professionisti sanitari che di quelli sociali, evitando il rimpallo di competenze che, dal punto di vista applicativo, potrebbe essere l'ostacolo maggiore per un utilizzo corretto del budget di salute. Inoltre, tra le possibili risorse aggiuntive potrebbero essere comprese quelle derivanti da forme di sostegno al reddito e le risorse assistenziali (indennità di accompagnamento). In questo ambito, appare inoltre necessario precisare che la compartecipazione alla spesa (percentuali di tariffazione a carico del Ssn, dei Comuni e degli utenti) dovrebbe essere applicata esclusivamente alle strutture socio-riabilitative, escludendo completamente le strutture in cui viene applicato il budget di salute.

Infine, l'auditore ritiene necessario specificare in maniera chiara il riparto di funzioni e competenze a livello centrale (competenze e funzioni ora frammentate fra vari Ministeri), ma ancora più importante il riconoscimento di aree dedicate all'integrazione socio sanitaria sia a livello centrale che nelle articolazioni regionali (Direzione centrale a livello ministeriale, dipartimentale nelle articolazioni regionali).

- **Marco Trabucchi**, presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatrica, rileva che l'applicazione del budget di salute potrebbe incontrare degli ostacoli nelle regioni in cui sono stati cancellati i distretti (come la Lombardia). L'auditore inoltre sottolinea come la cura delle demenze sia di difficile gestione per le famiglie, richiedendo presenza costante e cure differenziate e come la risposta più efficace sia il ricovero in ambiente

protetto. Al riguardo, rilevano dunque le esperienze applicative di questo strumento nelle strutture residenziali e l'importanza della valutazione dei risultati per il rinvio alle best practices in questo ambito.

- **Maria Grazia Giannichedda**, Presidente della Fondazione Franco e Franca Basaglia, ritiene che per il budget di salute non dovrebbe essere prevista una sperimentazione, in quanto le prime applicazioni di questo dispositivo risalgono alla metà degli anni '80, quando, nei processi di chiusura degli ospedali psichiatrici, si facevano convergere risorse e professionalità provenienti da ambiti diversi. Successivamente il budget di salute e i progetti riabilitativi individualizzati sono stati introdotti in molte realtà territoriali e formalizzati da atti di programmazione regionali. Per queste ragioni, l'audita ritiene che il budget di salute dovrebbe essere applicato ed utilizzato in tutti i distretti sanitari con una riconversione delle risorse destinate al finanziamento dei LEA socio-sanitari superiore a quella prevista dalla pdl (come detto pari ad almeno il 10 per cento). Anche rispetto allo schema di convezione, l'audita ritiene che questo possa essere sostituito da un contratto individuale. Per quanto riguarda la dote finanziaria, l'audita valuta che in questa debba essere ricompresa l'indennità di accompagnamento (se percepita).

24 febbraio 2021 ([video completo](#))

- [Associazione Mito&Realtà \(Memoria depositata\)](#), la cui rappresentante ha nuovamente ricordato le esperienze ventennali partite dal Friuli Venezia Giulia e dall'Emilia Romagna ed alcuni riferimenti teorici (qui una [bibliografia](#) sul budget di salute). L'audita ha inoltre ricordato l'esperienza del budget di salute all'interno delle comunità terapeutiche, dove viene applicato soprattutto nella fase finale del percorso riabilitativo, per favorire l'inclusione abitativa e lavorativa. Lo strumento è sempre associato ai Percorsi terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI), applicati anche su pazienti con disturbi mentali gravi, che, nel tempo, riescono a sviluppare doti di autonomia. I percorsi sono in genere realizzati in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale (DSM), con le reti sociali e le reti del Terzo settore, attuando in tal modo il principio di sussidiarietà tra pubblico e privato, ampliando gli aspetti informali della cura per la realizzazione di interventi che oggi sono definiti di welfare di comunità, di prossimità o di *welfare* generativo. Rispetto alla pdl, l'audita osserva che nel testo non vi è mai un riferimento esplicito al disagio mentale, che è invece un ambito in cui il budget di salute è stato ampiamente utilizzato. Inoltre, il carico di responsabilità attribuito al *case manager* appare eccessivo, come best practice l'audita ricorda il caso di Catania, dove il concerto spetta al DSM che crea équipe trasversali in cui sono presenti tutti gli attori che lavorano al PTRI. Per quanto riguarda i finanziamenti, l'audita propone l'istituzione di un Fondo di garanzia dove appostare le risorse sanitarie e sociali.

- [Società cooperativa sociale Approdi](#) (Nuoro), l'audita illustra il lavoro della cooperativa, in cui molti ospiti, con patologia psichiatrica o gravi problemi di salute, arrivano dal circuito detentivo. Sottolinea le difficoltà legate alla gestione economica dei PTRI in quanto, per eventi imprevisti, spesso le risorse inizialmente previste non sono sufficienti, costringendo a extra budget. In questi casi la flessibilità e la possibilità di costruire dinamicamente i percorsi riabilitativi riveste particolare importanza.

- [Consorzio fra cooperative sociali Solco Civitas](#) (Imola) ([Memoria depositata](#)), ricorda che il budget di salute è stato utilizzato da alcune cooperative del Consorzio fin dal 2009 nell'ambito della riabilitazione psichiatrica. È avuta così l'opportunità di valutare gli esiti degli interventi, che hanno confermato la validità dello strumento soprattutto nella fase dedicata all'integrazione.

- [Cooperativa sociale Al di là dei sogni](#). La cooperativa, ha inserito, a partire dal 2008, soggetti provenienti da situazioni di disagio (salute mentale, ex dipendenze, ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.), area-riabilitazione), nel progetto di riqualificazione di un bene confiscato, in cui sono state attivate una fattoria didattica, progetti di agricoltura sociale e di turismo responsabile e sostenibile. Sono stati utilizzati i budget di salute ed i P.T.R.I. (in cogestione con le Asl), in un graduale percorso di autonomia e parallelo inserimento, ove possibile, in percorsi formativi e lavorativi. A tal proposito, è stato ricordato che l'esperienza è stata possibile e fruttuosa anche grazie al fatto che la Campania si è dotata di adeguati atti di programmazione a livello regionale. L'esperienza inoltre si è dimostrata efficace anche per la risposta di tutte le realtà territoriali e la capacità di coinvolgere le comunità di appartenenza. Tutte le cooperative e associazioni audite hanno evidenziato l'importanza dell'utilizzo del budget di salute e dei PTRI in piccole comunità di tipo familiare.

- **Federazione italiana per il superamento dell'handicap (Fish)**, ha premesso che, per rispondere alla richiesta di una cittadinanza piena e integrale delle persone con disabilità e delle loro famiglie è necessaria una sostanziale riforma dell'attuale sistema di welfare, basato principalmente sul sistema di protezione, che dev'essere profondamente modificato in favore di un nuovo modello basato sui diritti civili, sociali e umani. In tal senso, il budget di salute rappresenta uno strumento innovativo che ben si adatta a quanto richiesto dalla

Convenzione ONU sulla disabilità. Per questo il PTRI non deve limitarsi a individuare i servizi utili per gli utenti ma anche gli obiettivi di inclusione sociale che intende raggiungere. L'auditore ha ricordato che strumenti partecipativi e di integrazione sono già contenuti nel secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità. Per le modifiche che si intende utile appattare alla pdl, l'auditore rinvia alla Memoria depositata.

- **Federazione tra le Associazioni nazionali delle persone con disabilità** (Fand) ([Memoria depositata](#)), ha sottolineato come lo strumento del budget di salute possa trovare adeguata collocazione nella redazione del "Codice per le disabilità", che dovrà fornire i criteri base per conferire un assetto più razionale e organico alla tutela dei diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie, nonché al contrasto dell'esclusione sociale. Per quanto riguarda la pdl, è stato rilevato che sarebbe utile:

- ispirarsi a criteri di semplificazione delle procedure in un quadro di welfare di comunità;
- provvedere ad una puntuale e preventiva ricognizione, qualitativa e quantitativa, delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie nonché dei servizi sociali e dei servizi forniti dagli enti del Terzo settore, al fine di meglio definire loro funzioni e compiti all'interno della PTRI;
- definire in quale proporzione devono essere applicati i budget di salute all'interno delle diverse aree di intervento (criteri di ripartizione delle risorse assegnate al *budget* di salute dai distretti rispetto alle aree materno-infantile, anziani, disabilità, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative);
- chiarire i criteri con i quali, all'interno delle aree, vengono scelti i soggetti sui quali applicare i PTRI;
- specificare con precisione i criteri in base ai quali assegnare l'affidamento della cogestione, preferendo alle capacità certificate degli enti del Terzo settore quelle testimoniate dalle esperienze territoriali;
- dettagliare con precisione le caratteristiche del responsabile del progetto (che si propone venga così definito in sostituzione di "*case manager*");
- utilizzare per la verifica e il monitoraggio dei risultati uno degli Osservatori già esistenti (o una Direzione generale del Ministero), evitando di istituire un nuovo Osservatorio (si veda art. 5 della pdl).

- [Cittadinanzattiva](#) evidenzia la necessità attivare diversi modelli di *welfare*; necessità che è stata drammaticamente posta in primo piano dall'evento pandemico in corso. La direzione auspicata è appunto quella in cui si muove la pdl sul *budget* di salute che intende valorizzare le persone fragili e ridurre le disuguaglianze, ponendo al centro un *welfare* di comunità, non solo l'utente, ma anche la sua famiglia e la comunità territoriale di cui questi fanno parte. Rispetto alla pdl, vengono forniti i seguenti suggerimenti:

- specificare che il finanziamento attribuito al *budget* di salute è riferito a tutto il percorso riabilitativo e non alle singole prestazioni erogate;
- dare evidenza alle ottime esperienze regionali fatte, traendo da queste spunti attuativi;
- esplicitare nel testo della pdl (rispetto alle finalità e agli obiettivi del PTRI) l'inserimento lavorativo;
- inserire nel testo un rinvio esplicito al mondo della salute mentale, che è il settore in cui è stato più sperimentato il budget della salute, eventualmente indicando anche gli attori di riferimento (DSM, Centri diurni, etc.).

10 marzo 2021 ([video completo](#))

- **Giuseppe Nese**, coordinatore Rems e salute mentale in carcere della regione Campania, sottolinea come l'utilizzo del modello del budget di salute in contesti detentivi risponda non soltanto ai bisogni individuali ma anche a quelli della comunità di riferimento. A titolo esemplificativo sono citati esempi di utilizzo del budget di salute: nel Carcere di Santa Maria Capua Vetere dove sono stati applicati tredici modelli di budget di salute a bassa intensità (42 euro pro dia) a detenuti con problemi psichiatrici. Le risorse sono state utilizzate per progetti inclusivi finalizzati alla realizzazione di attività ortofrutticole e di servizi di aiuto in cucina. Nella Casa di reclusione di Aversa (precedentemente OPG) delinquenti abituali o professionali, grazie all'utilizzo del budget di salute, hanno contribuito ai lavori per la sistemazione e l'apertura al pubblico del Museo storico dell'OPG di Aversa e per la sistemazione di un'ala detentiva della Casa di reclusione, contribuendo così a migliorare l'habitat non solo personale ma anche comunitario.

- [Società italiana di neurologia](#) (Sin), ha sottolineato la numerosità e complessità delle disabilità neurologiche e quindi le ingenti risorse sanitarie a queste indirizzate. Pertanto, si è consigliato l'inserimento della figura professionale del neurologo all'interno dell'unità di valutazione integrata per la presa in carico e l'effettuazione di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari della persona affidata, a seguito della quale viene predisposto il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato. L'auditore inoltre ha evidenziato come, a suo parere, il budget di salute sia utilizzabile in maniera più proficua

nella fase post-acuta delle patologie.

- **Associazione nazionale persone con malattie reumatologiche e rare** (Aps), valuta molto positivamente la proposta di legge, suggerendo l'inserimento del medico specialista (da scegliere a seconda della patologia dell'utente) nella unità di valutazione integrata e una più puntuale elencazione dei requisiti dei componenti dell'Osservatorio (di cui all'art. 5 della pdl), nel quale dovrebbero essere compresi, quale componenti, anche i rappresentanti delle Associazioni più rappresentative dei pazienti .

31 marzo 2021 ([video completo](#))

- [Alleanza delle cooperative italiane sociali](#) - ACI sociali, ritiene più opportuno utilizzare Progetto personalizzato di capacitazione in luogo di Progetto terapeutico riabilitativo. Si sottolinea inoltre che il progetto non deve essere considerato soltanto per la sua valenza sociosanitaria, bensì deve riguardare tutti gli aspetti della vita del beneficiario, ovvero quelli relativi all'abitare, alla formazione/educazione e al lavoro. Per quanto riguarda il ruolo degli enti del Terzo settore (ETS), l'Alleanza ritiene che dovrebbero essere meglio definite le caratteristiche degli ETS chiamati ad operare ai sensi dell'art. 55 del Codice del TS (cogestione e coprogrammazione). Tale chiarificazione, si sottolinea, è ritenuta necessaria in quanto, per i compiti loro attribuiti, servono soggetti strutturati ed affidabili in grado di attivare e mettere a sistema le risorse e le attività necessarie per la realizzazione del progetto. A tal fine, dovrebbe essere previsto un sistema di qualificazione /accreditamento dei possibili soggetti partner dell'ente pubblico, individuandone con precisione le caratteristiche. Tale intervento, se troppo complesso da operare a livello normativo, si ritiene dovrebbe essere attuato attraverso la predisposizione, a livello centrale, di apposite Linee guida da approvare poi in sede di Conferenza unificata. Tornando al ruolo degli ETS si dovrebbe anche meglio chiarire se i soggetti del Terzo settore siano coinvolti solo in qualità di esecutori del progetto o se venga loro affidato il ruolo di coprogettazione a fianco dell'ente pubblico (a cui deve essere affidata la governance). In tal senso si ricorda la funzione delle cooperative come attivatori della comunità, e quindi come soggetti capaci di sostenere tale ruolo. Un altro aspetto stigmatizzato da ACI sociali è l'uso esclusivo dell'ICF come strumento di valutazione; si considera infatti l'ICF utile a fini clinici, ovvero di analisi del fabbisogno rispetto alle barriere esistenti, ma non utile ai fini della valutazione dell'efficacia di un progetto. Al contrario, si sottolinea che lo strumento di valutazione può e deve dipendere dal tipo di progetto personalizzato che si va a mettere a punto, per esempio nell'ambito della salute mentale può essere utilizzata la [Scala HoNOS](#), il modello della qualità di vita e così via. Infine, si sottolinea che il budget di salute è, e deve rimanere, uno strumento flessibile, adattabile alle diverse realtà.

- **Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali** condivide molto di quanto affermato da ACI sociali rispetto al ruolo degli ETS e degli strumenti di valutazione. Su questo ultimo aspetto, si ritiene che una soluzione potrebbe essere individuata in un elenco di modelli di valutazione (validati) da inserire nelle Linee guida da approvare in sede di Conferenza unificata. Si ricorda che il budget di salute presiede a progetti e non a una somma di prestazioni. L'obiettivo è di garantire una dote di servizi. I temi fondamentali sono dunque la governance e le risorse. Rispetto alla governance nella pdl non si trova alcun riferimento al ruolo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, né a quello degli Enti locali. Rispetto alle risorse, si ritiene che le risorse sociosanitarie non possano essere gestite da uno dei due soggetti interessati (sanitario o sociale) ma devono essere cogestiti attraverso una pianificazione sociosanitaria territoriale che garantisca pari dignità.

- **Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano** ([Memoria depositata](#)) rileva come la locuzione "Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (o Individualizzato)" attenga all'area della salute mentale e delle dipendenze, mentre la dicitura più generale di Progetto Personalizzato o Progetto di vita possa raccogliere diverse accezioni (educativo, assistenziale, socioriabilitativo, terapeutico riabilitativo, ecc.). Inoltre, si propone di eliminare ogni riferimento a malattie croniche e cronico degenerative, definizioni che comprendono una platea troppo ampia e difficilmente definibile, con il rischio di includere soggetti per i quali l'intervento sarebbe inappropriato. La Conferenza inoltre stigmatizza la finalizzazione di una quota del finanziamento dei LEA sociosanitari verso PTRI con budget di salute (art. 2, comma 4). Il finanziamento dei LEA sociosanitari comprende infatti l'attività ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e di cure domiciliari riferibile a tutte le aree di utenza; sembrerebbe pertanto più opportuno un riferimento a una programmazione regionale che definisca annualmente una percentuale di riconversione della spesa per attività residenziale verso programmi con budget di salute. La Conferenza inoltre ritiene inappropriato vincolare le Regioni all'affidamento del PTRI a un soggetto del Terzo settore. Si propone pertanto di specificare che la gestione del progetto terapeutico riabilitativo, se esternalizzato, è affidato a un ente del Terzo settore. Peraltro, la Conferenza ricorda che è stato recentemente adottato il decreto ministeriale recante le [Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo settore negli artt. 55-57](#)

7 aprile 2021 ([video completo](#))

- [Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità \(Memoria depositata\)](#) ricorda che già la legge quadro 328/2000 *per la realizzazione del sistema di interventi e servizi sociali* ha definito i suoi obiettivi indirizzandoli a promuovere interventi per garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, prevenendo, eliminando o riducendo le condizioni di disabilità, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione. A parere dell'auditore, tali principi sono stati però inseriti in un sistema di *welfare* (di protezione) che ne ha limitato la portata e la reale applicazione. La ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità ha riaperto il dibattito su come garantire quegli obiettivi centrandonli sul rapporto tra la persona e l'ambiente di riferimento. Passando ad una valutazione della pdl C. 1752, l'auditore ritiene che questa torni a proporre in maniera adeguata una trasformazione del nostro *welfare* nazionale e regionale nella direzione indicata dalla Convenzione. Per questo, si ritiene importante citare, nell'art. 1 della pdl, il riferimento all'art. 3 della Costituzione e alla Convenzione ONU, in particolare gli articoli 1, 3, 5 e 19, al fine di sottolineare come il *budget* di salute possa e debba essere considerato uno strumento di adeguamento del *welfare* nazionale ai principi della stessa Convenzione. Inoltre, si ritiene importante giungere alla definizione del *budget* di salute, sulla base di valutazioni appropriate, specificando che il medesimo possa essere gestito dalla stessa persona con disabilità beneficiaria, ove possibile, in parte o in toto, senza intermediazione del Terzo settore. L'auditore ha inoltre raccomandato di definire il *budget* di salute come uno degli strumenti di *welfare* indirizzato espressamente alle persone con disabilità, al pari dei progetti di Vita indipendente e dei progetti del Dopo di noi (inserendo e citando esplicitamente tali strumenti nei Piani nazionale e regionali per la non autosufficienza), legando inoltre tali strumenti ai fondi a disposizione delle regioni e dei comuni. Per questo, l'auditore ha suggerito di utilizzare nel testo della pdl i termini utilizzati dalla Convenzione ONU, eliminando parole inappropriate (fragili e vulnerabili) e definendo il rapporto stretto tra diritti e bisogni. L'auditore ha infine sottolineato l'importanza di costruire un dossier relativo alle valutazioni e all'erogazione dei sostegni (servizi ed interventi) alla persona beneficiaria, da aggiornarsi in maniera continuativa.