



Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati - A.C. 1752

Dossier n° 327/Seconda edizione - Schede di lettura
31 marzo 2021

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	1752
Titolo:	Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	D'Arrando
Numero di articoli:	5
Date:	
presentazione:	15 dicembre 2020
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali, II Giustizia, V Bilancio e Tesoro, VII Cultura, VIII Ambiente, XI Lavoro e della Commissione parlamentare per le questioni regionali

Contenuto

La proposta di legge in esame, **composta da 5 articoli**, intende introdurre sperimentalmente il metodo del **budget di salute** per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

In proposito si ricorda che l'**art. 1 del D.L. 34/2020 (c.d. Decreto Rilancio)**, al **comma 4-bis**, ha previsto la stipula di una **Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni**, sulla base della quale vengono **attribuiti al Ministero della salute incarichi di coordinamento per la sperimentazione, nel biennio 2020-2021**, di:

- **strutture di prossimità** ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili, in cui vengano coinvolte tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore *no profit*;
- **progetti** (proposti dalle strutture di prossimità) con modalità di intervento che riducano le logiche di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a **strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di continuità**.

Per l'intervento sono stanziati 25 milioni di euro con differenti autorizzazioni di spesa per il 2020 e il 2021. Al termine della sperimentazione, le regioni e le province autonome provvedono a trasmettere ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze una relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti.

Si procederà preliminarmente ad un'**esposizione sintetica del contenuto** del provvedimento.

L'articolo 1 indica le finalità e gli obiettivi generali della proposta di legge.

Il **budget di salute** è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati interessano infatti l'area sanitaria e sociale ma anche quella riferibile ai diritti individuali e di cittadinanza (apprendimento, *habitat* sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), nella logica della centralità della persona e del valore della comunità. Poiché strutturato sui bisogni della persona, il **budget di salute** si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore.

L'articolo 2 impegna le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata ed entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, a individuare gli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale e per la durata di tre anni, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, da finanziare attraverso il metodo del **budget di salute**, relativamente alle seguenti aree di

intervento: materno-infantile, anziani, *handicap*, 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. Negli ambiti territoriali, individuati dalle regioni e dai comuni, l'azienda sanitaria locale provvede a riqualificare e a riconvertire 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.

A tal fine, nell'ambito del distretto della ASL competente, presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale, è costituita una 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. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) sia al momento della presa in carico del progetto sia nei controlli periodici e programmati non superiori a trenta giorni. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato assume tre livelli di intensità (alta, media e bassa), ai quali corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento e prevede, quale obiettivo progettuale, il passaggio degli utenti da un livello di intensità maggiore a uno di intensità minore. L'attuazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è affidata, dall'amministrazione pubblica procedente (ufficio socio-sanitario distrettuale) a un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore. A tal fine, è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra l'utente, eventuali tutori, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente del Terzo settore, il referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari. La convenzione prevede anche il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente, e sulla comunità di riferimento del medesimo. Tra i soggetti che sottoscrivono la convenzione, tenuto conto della specifica e prevalente area di competenza sociale o sanitaria del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, è individuata la figura professionale o l'operatore responsabile del progetto, denominato *case manager*, identificato in un soggetto diverso dall'Ente del Terzo settore che la stessa convenzione individua nel ruolo di cogestore (**art. 3**).

Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è finanziato dal *budget* di salute, che, dal punto di vista economico comprende: le risorse che lo Stato destina ai LEA socio-sanitari e alle politiche sociali; le risorse ulteriori che gli enti locali destinano alle politiche sociali; le risorse del Fondo sociale europeo e dei progetti regionali, nazionali ed europei volti all'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate o vulnerabili; le eventuali risorse conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, anche derivanti da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa.

Le risorse del *budget* di salute sono trasferite al soggetto cogestore sulla base dello stato di avanzamento del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, certificato trimestralmente dai soggetti che hanno sottoscritto la convenzione recante il patto di coprogrammazione e di cogestione, tenuto conto degli esiti della valutazione qualitativa e quantitativa, nonché di una specifica relazione elaborata dal *case manager*. L'ufficio socio-sanitario distrettuale, al quale è affidata la gestione del *budget* di salute, dispone i controlli amministrativi e contabili sul corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali attribuite all'ente cogestore ed assicura, altresì, il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati. In caso d'inadempienza, è fatto divieto alla ASL competente di trasferire ulteriori risorse già destinate al progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (**art. 4**).

Viene infine prevista, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, l'istituzione (con decreto del Ministro della salute) di un Osservatorio che provveda a monitorare l'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e a verificare i risultati conseguiti sulla base di rilevazioni periodiche semestrali e della documentazione trasmessa dagli uffici socio-sanitari distrettuali. Per ciascun anno della sperimentazione, l'Osservatorio pubblica gli esiti della propria attività nel sito internet istituzionale del Ministero della salute e, al termine della sperimentazione, il Ministro della salute presenta una relazione alle Camere. Sulla base delle conclusioni indicate nella relazione e degli esiti positivi della sperimentazione, le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, individuano misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del *budget* di salute (**art. 5**).

Esperienze regionali

Diverse regioni hanno adottato il *budget* di salute quale strumento integrato di gestione degli interventi socio-sanitari, più precisamente:

Friuli Venezia Giulia: art. 41 della [legge regionale 6/2006](#) istitutivo del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto al finanziamento di prestazioni e interventi diretti al sostegno della domiciliarità di soggetti non autosufficienti. Nel Fondo confluiscono risorse regionali e nazionali, nonché risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati. Alla ripartizione tra gli enti gestori del Servizio sociale dei Comuni si provvede secondo criteri stabiliti con regolamento regionale, tenendo conto dei dati demografici e dei fabbisogni espressi dal territorio;

Lazio: art. 53 della [legge regionale 11/2016](#) che impegna la Regione ad adottare una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da *budget* di salute, costituito dall'insieme di risorse economiche, umane e professionali necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito.

Campania: art. 46 della [legge regionale 1/2012](#) che disciplina e definisce i progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con *budget* di salute (meglio precisati dalle Linee guida regionali [DGRC 483](#) del 1° ottobre 2012), con la finalità di promuovere la centralità e la partecipazione dei cittadini, con forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati;

Emilia Romagna: [DGR 45/2016](#) *Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute* a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi. Il *budget* di salute, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, è attivato per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità, interventi relativi all'abitare e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale con la finalità di contrastare e, se possibile, prevenire, la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali;

Sicilia: Il [Piano socio sanitario del 2017](#) prevede il *budget* di salute e le indicazioni per l'elaborazione e la gestione dei progetti di vita individualizzati e di vita indipendente;

Toscana: [DGR n. 1449 del 19 dicembre 2017](#), in particolare l'Allegato A, che definisce un modello sperimentale regionale di presa in carico della persona con disabilità, da attuare attraverso il Progetto di vita e l'introduzione dello strumento organizzativo-gestionale denominato *budget* di salute.

A seguire si procede ad un'esposizione più dettagliata del contenuto dell'articolato.

Articolo 1 Finalità ed oggetto

L'articolo 1 elenca le **finalità della proposta di legge**, specificando, alla lettera a), che il perimetro, all'interno del quale si intende intervenire, è **l'assistenza socio-sanitaria**, con l'obiettivo specifico di contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al [D.p.c.m. 12 gennaio 2017](#) (c.d. Nuovi LEA).

Il Capo IV (articoli 21-35) dei Nuovi LEA (di cui al citato D.P.C.M.) dispone in merito alle norme riguardanti l'assistenza sociosanitaria, indicando le categorie di utenza a cui è garantita (malati cronici, non autosufficienti, persone con disturbi mentali, malati terminali, minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo, persone con dipendenze patologiche, persone con disabilità) nonché gli ambiti di intervento e i regimi assistenziali (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, specialistiche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative), integrate con le prestazioni sociali. Il provvedimento individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità; ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi assistenziali. I bisogni sanitari e di protezione sociale del paziente sono rilevati dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia con strumenti standardizzati e uniformi sul territorio regionale. Al termine della valutazione multidimensionale, il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed indirizza gli operatori ad organizzare l'intervento socio-sanitario in uno specifico regime assistenziale di cura (a domicilio, in residenza o in centro diurno). Per una puntuale descrizione dell'assistenza socio-sanitaria nei Nuovi LEA si rinvia alla [sezione dedicata](#) del Ministero della salute.

Le lettere b), c) ed e) illustrano le finalità dell'intervento legislativo relativamente agli effetti desiderati sull'utenza. In tal senso, si intende:

- valorizzare le persone fragili e vulnerabili, affette da patologie croniche e invalidanti e da una limitazione della capacità di agire e di interagire a livello sociale, favorendo le potenzialità delle medesime, delle loro famiglie e della comunità in cui vivono, stimolando pertanto modelli di *welfare* di comunità (lettera b);
- incidere sulla prognosi delle persone affette da esiti invalidanti di malattie croniche e cronicodegenerative, riducendone l'istituzionalizzazione e migliorandone l'aspettativa di vita e la qualità della salute (lettera c);
- promuovere la partecipazione attiva e diretta dell'utente nella definizione delle risposte necessarie a

soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, secondo le indicazioni dell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità (lettera e);

Nel 2001, l'OMS ha elaborato l'ICF, uno strumento unitario di classificazione che analizza e descrive la disabilità come una esperienza umana che tutti possono sperimentare nel corso della vita. All'elaborazione di tale classificazione hanno partecipato i rappresentanti dei governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia, che ha offerto un significativo contributo attraverso una rete collaborativa informale denominata *Disability Italian Network* (DIN), costituita da 25 centri dislocati sul territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia. L'ICF è una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che le disabilità possono causare nel contesto socio-culturale di riferimento. L'ICF suggerisce infatti di tener conto delle componenti classificate (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali e fattori personali) per una valutazione e un accertamento delle disabilità che ponga al centro la persona, permettendo di sintetizzare le informazioni raccolte dagli operatori dei diversi servizi e dalla famiglia nella prospettiva di costruire un progetto di vita completo e reale. Lo strumento descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo.

Le lettere d), f) e g) individuano le finalità riferibili all'organizzazione dei servizi che erogano le prestazioni socio-sanitarie. Più in particolare, con l'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati si intende:

d) razionalizzare, riconvertire e rendere sostenibili gli oneri delle prestazioni socio-sanitarie inserite nei LEA, attraverso la riduzione dei costi connessi alla disparità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, all'eccessiva istituzionalizzazione dei bisogni socio-sanitari delle persone fragili e vulnerabili nonché a una non appropriata gestione sanitaria dei medesimi bisogni. La platea dei destinatari dell'intervento è indifferenziata dal **comma 2** dell'articolo in esame con le aree di intervento indicate dal comma 4 dell'articolo 3-*septies* del D. Lgs. 502/1992 (aree materno-infantile, anziani, *handicap*, 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). ;

Più in particolare, l'art. 3-*septies*, comma 4, del D.Lgs. 502/1992 definisce "prestazioni socio-sanitarie" tutte le attività che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Il processo di integrazione sociosanitaria è stato descritto nei suoi contenuti dal [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Integrazione Sociosanitaria"](#), che, all'art. 4 comma 3, chiarisce che "Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti".

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, ovvero tutte le attività caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, *handicap*, 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. Tali prestazioni sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ma, in base a criteri regionali, può essere prevista la partecipazione alla spesa di utenti/Comuni;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Di competenza del Servizio sanitario nazionale sono a carico del Fondo sanitario nazionale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalle leggi regionali, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 112/1998, in base alle quali può essere prevista la partecipazione alla spesa degli utenti.

f) introdurre strumenti di coprogrammazione, cogestione e corealizzazione personalizzata dei bisogni delle persone fragili e vulnerabili, idonei a garantire la gestione congiunta delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA. Gli attori sono identificati in: servizi sanitari delle aziende sanitarie locali (ASL), servizi sociali degli enti locali, enti del Terzo settore (ETS) individuati dal Codice del Terzo settore (CTS di cui D.Lgs. 117/2017), persone destinatarie di tali prestazioni, rispettive famiglie e soggetti civilmente obbligati

Si valuti l'opportunità di chiarire cosa si intenda con tale ultima espressione, che, non essendo correntemente utilizzata nella legislazione statale, risulta non identificare in maniera univoca una categoria di soggetti. Si ricorda inoltre che, ai sensi dell'art. 433 c.c. le "persone obbligate" sono quelle tenute a prestare

gli alimenti nel caso in cui una persona versi in stato di bisogno e non sia in grado di provvedere a se stessa;

L'art. 55 del Codice del Terzo settore (CTS) pone in capo ai soggetti pubblici il compito di assicurare il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo settore (ETS) nella programmazione, nella progettazione e nell'organizzazione degli interventi e dei servizi, nei settori di attività di interesse generale definiti dall'art. 5 del medesimo CTS. In tal senso, il CTS valorizza anche la dimensione verticale della sussidiarietà in quanto, nella maggior parte dei casi, alle attività di interesse generale corrispondono funzioni tradizionalmente svolte e organizzate a livello locale e disciplinate dai legislatori regionali in quanto servizi pubblici o di interesse generale (quali interventi e servizi sociali e sociosanitari; formazione professionale; interventi di *housing* sociale). Si instaura, in questi termini, tra i soggetti pubblici e gli ETS, un canale di amministrazione condivisa: la «co-programmazione», la «co-progettazione» e il «partenariato» (che può condurre anche a forme di «accreditamento») si configurano come fasi di un procedimento complesso, espressione di un diverso rapporto tra il pubblico ed il privato sociale, non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico (si veda in tal senso la recente [sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale](#)), bensì sulla costruzione di "comunità solidali" o *welfare community*. In tal senso, le organizzazioni della società civile sono stimolate e sostenute a programmare, insieme ai soggetti pubblici, percorsi di autorganizzazione e di autodeterminazione fondati sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune. In tal senso, di fronte a una domanda sempre più forte di servizi complessi, la collaborazione pubblico/privato è proposta come modello in grado di affiancare all'intervento pubblico iniziative flessibili, innovative e in grado di sopperire alla progressiva crisi di risorse pubbliche.

g) promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, con forme di cogestione dei percorsi di cura e di riabilitazione, caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

Articolo 2 Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati

L'articolo 2 impegna le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in commento, a individuare, nel territorio di competenza, gli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale e per la durata di tre anni, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, da finanziare attraverso il metodo del budget di salute per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 del D.Lgs. 502/1992 (vedi quanto detto al proposito *supra*).

Si osserva che non viene indicato un termine temporale intermedio per la stipula dell'Intesa.

L'**intesa**, primo passo verso la definizione del *budget* di salute, deve **definire le modalità attuative e di coprogrammazione** (da definirsi fra soggetti pubblici ed ETS ai sensi del dell'art. 55 del Codice del Terzo settore) finalizzate all'individuazione dei bisogni da soddisfare attraverso i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, nonché gli interventi a tal fine necessari e le **modalità di realizzazione** degli stessi, **nell'ambito di queste ultime devono essere altresì definiti** ;

- lo schema della convenzione di cui all'articolo 3, comma 6;
- il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo;
- gli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito rispetto a indicatori predefiniti;
- la composizione e i compiti dell'Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, nonché gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti dai progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

Negli ambiti territoriali, individuati dalle regioni e dai comuni, **l'azienda sanitaria locale provvede a riqualificare e a riconvertire 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**. In tal senso, le risorse economiche non vengono erogate adattandosi a *setting* assistenziali predefiniti (sul punto si rinvia a quanto detto *supra* circa il sistema di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie discendente dall'art. 3-*septies* del D. Lgs. 502/1992), ma utilizzate per la costruzione di progetti personalizzati, alla cui realizzazione e finanziamento possono concorrere anche soggetti della società civile nonché gli utenti e le loro famiglie.

Articolo 3 Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato

L'**articolo 3** definisce il **progetto terapeutico riabilitativo individualizzato** come l'insieme di azioni indicate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, anche dei bisogni sociali, delle preferenze della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità. **La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF sia**

al momento della presa in carico del progetto sia nei controlli periodici e programmati non superiori a trenta giorni. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato assume tre livelli di intensità, alta, media e bassa, ai quali corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento e prevede, quale obiettivo progettuale, il passaggio degli utenti da un livello di intensità maggiore a uno di intensità minore.

Per quanto riguarda l'**unità di valutazione integrata**, questa è **costituita** nell'ambito del **distretto della ASL competente presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale** ed è **integrata da**: servizi sociali dei comuni; operatori sanitari; utenti; familiari; medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta; un referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero; operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale; amministratori di sostegno eventualmente nominati; ulteriori soggetti ritenuti necessari per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona.

Sulla base delle valutazioni effettuate, l'unità di valutazione integrata, definisce le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e per la sua sostenibilità attraverso il metodo del *budget* di salute.

Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è affidato, dall'amministrazione pubblica procedente (ufficio socio-sanitario distrettuale) a un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore individuato, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del CTS, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti *partner*. In tal senso, i compiti di definizione dei progetti terapeutici restano una prerogativa della sanità pubblica, mentre il Terzo settore, nel ruolo di cogestore, è chiamato ad attivare la risposta territoriale e personale, necessaria per l'attivazione del progetto.

L'affidamento tiene conto della capacità certificata (*andrebbe meglio specificato cosa si intenda con questa locuzione*) di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, nonché dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché di ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio-sanitari della persona.

Per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra l'utente, eventuali tutori o soggetti civilmente obbligati (*come precedentemente osservato andrebbe meglio specificato cosa si intenda con questa locuzione*), le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente del Terzo settore, il referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari. Ai sensi del comma 7, tale convenzione prevede anche il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo, come definito dall'Intesa da stipularsi in sede di Conferenza unificata, ai sensi del precedente articolo 2.

Si ricorda che l'art. 56 del Codice del Terzo Settore (CTS) dà facoltà alle amministrazioni pubbliche di individuare, se presenti nel mercato e a condizioni più favorevoli, le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, con cui sottoscrivere convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale. Le convenzioni possono prevedere esclusivamente il rimborso alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale delle spese effettivamente sostenute e documentate. Il terzo comma, del citato articolo, impone espressamente che l'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale deve rispettare i principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime, rilevando una procedura selettiva che opera all'interno di questo settore. I soggetti, per poter aspirare ad una valida partecipazione, devono: possedere dei requisiti di moralità professionale; dimostrare adeguata attitudine. L'Amministrazione, nel selezionare i partecipanti, non può prescindere da valutazioni complessive della proposta presentata in termini di effettività, ovvero di capacità di operare e realizzare l'attività oggetto di convenzione, ma soprattutto della struttura e dall'attività concretamente svolta, sotto una serie di profili cogenti: quello delle finalità perseguite; del numero degli aderenti; delle risorse a disposizione; della capacità tecnica e professionale; dell'esperienza maturata; dell'organizzazione; della formazione e aggiornamento dei volontari. Le convenzioni devono contenere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuità le attività oggetto della convenzione, nonché il rispetto dei diritti e della dignità degli utenti, e, ove previsti dalla normativa nazionale o regionale, degli *standard* organizzativi e strutturali. Devono inoltre essere previsti: la durata del rapporto convenzionale, il contenuto e le modalità dell'intervento volontario, il numero e l'eventuale qualifica professionale delle persone impegnate nelle attività convenzionate, le modalità di coordinamento dei volontari e dei lavoratori con gli operatori dei servizi pubblici, le coperture assicurative necessarie, i rapporti finanziari riguardanti le spese da ammettere a rimborso, fra le quali devono figurare necessariamente gli oneri relativi alla copertura assicurativa, le modalità di risoluzione del rapporto nonché forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità.

Tra i soggetti che sottoscrivono la convenzione, tenuto conto della specifica e prevalente area di competenza sociale e sanitaria del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, è individuata la figura professionale o l'operatore responsabile del progetto, denominato **case manager**, diverso dall'Ente del Terzo settore che la stessa convenzione individua nel ruolo di soggetto cogestore. Al *case manager* sono affidate le seguenti **funzioni e compiti**:

- coordinamento degli operatori professionali che hanno in carico l'utente;
- valutazione dei bisogni dell'utente;
- promozione ed attivazione della rete di assistenza sociale e sanitaria;
- collegamento, monitoraggio e valutazione;
- controllo della qualità; dei servizi e degli interventi;
- interventi in caso di criticità;
- elaborazione e trasmissione della relazione (di cui all'articolo 4, comma 4) necessaria per il trasferimento delle risorse del *budget* di salute al soggetto cogestore .

Articolo 4 Budget di salute

Il *budget* di salute è l'insieme delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie per realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

La **dotazione finanziaria** del budget di salute necessaria a realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato comprende:

- a) le risorse che lo Stato destina ai LEA socio-sanitari e alle politiche sociali;
- b) le risorse ulteriori che gli enti locali destinano alle politiche sociali;
- c) le risorse del Fondo sociale europeo e dei progetti regionali, nazionali ed europei volti all'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate o vulnerabili;
- d) le eventuali risorse conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, anche derivanti da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa.

La dotazione finanziaria del *budget* di salute, le quote rispettivamente a carico della ASL e dei comuni, ed eventualmente le quote conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, sono individuate a livello distrettuale, dove sono assicurati i servizi di assistenza relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie e dove (ai sensi dell' art. 3-*quater* del D. Lgs. 502/1992) sono determinate le risorse per l'integrazione socio-sanitaria (di cui all'art. 3-*septies* del D. Lgs. 502/1992) e le quote rispettivamente a carico dell'azienda sanitaria locale e dei comuni.

Le risorse del *budget* di salute sono trasferite al soggetto cogestore sulla base dello stato di avanzamento del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, certificato trimestralmente dai soggetti che hanno sottoscritto la convenzione recante il patto di coprogrammazione e di cogestione, tenuto conto degli esiti della valutazione qualitativa e quantitativa (di cui all'art. 3, comma 7), nonché della relazione elaborata dal *case manager*.

L'impiego delle risorse del *budget* di salute, al cui controllo di gestione provvede l'ufficio socio-sanitario distrettuale presso il quale è stata istituita l'unità di valutazione integrata, è sottoposto al regime di pubblicità e di controllo (di cui ai commi da 125 a 129 dell'art. 1 della legge 124/2017), nonché alle disposizioni dell'articolo 93 del Codice del Terzo settore in materia di controlli.

L'art.1, commi 125-129, della legge 124/2017 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza), ha introdotto una serie di obblighi di pubblicità e trasparenza a carico di una pluralità di soggetti che intrattengono rapporti economici con le pubbliche amministrazioni o con altri soggetti pubblici. I destinatari dell'obbligo possono essere raggruppati in due categorie: alla prima appartengono le associazioni di protezione ambientale a carattere nazionale e quelle presenti in almeno cinque Regioni individuate con decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare; le associazioni dei consumatori e degli utenti rappresentative a livello nazionale; le associazioni e le fondazioni, nonché tutti i soggetti che hanno assunto la qualifica di ONLUS. Nella seconda categoria rientrano le imprese. Per quanto riguarda il sistema di controlli esercitati sugli ETS, l'articolo 93 del CTS prevede che questi siano finalizzati ad accertare: la sussistenza e la permanenza dei requisiti necessari all'iscrizione al Registro unico nazionale del terzo settore (Runts); il perseguimento delle finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale; l'adempimento degli obblighi derivanti dall'iscrizione al Runts; il diritto di avvalersi dei benefici anche fiscali e del 5 per mille derivanti dall'iscrizione nel Runts; il corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali, a essi attribuite.

L'ufficio socio-sanitario distrettuale al quale è affidata la gestione del *budget* di salute dispone i controlli amministrativi e contabili sul corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali attribuite all'ente cogestore ed assicura, altresì, il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, finanziati attraverso il metodo del *budget* di salute, e trasmette all'Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute (di cui al successivo articolo 5) le informazioni

richieste dal medesimo, idonee a rilevare e a valutare gli esiti della sperimentazione. In caso d'inadempienza alle disposizioni, è fatto divieto alla ASL competente di trasferire ulteriori risorse già destinate al progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

Articolo 5 Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati

Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, il **Ministro della salute**, con proprio **decreto**, istituisce un **osservatorio** che provvede, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, a monitorare l'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e a verificare i risultati conseguiti sulla base di **rilevazioni periodiche semestrali** e della documentazione trasmessa dagli uffici socio-sanitari distrettuali.

La composizione e i compiti dell'Osservatorio, nonché gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti sono individuati nell'intesa (di cui al precedente articolo 2).

L'osservatorio pubblica, per ciascun anno della sperimentazione, gli esiti della propria attività nel sito internet istituzionale del Ministero della salute e, **al termine della sperimentazione, il Ministro della salute presenta una relazione alle Camere.**

Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa nonché delle conclusioni indicate nella relazione, **le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, individuano misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del budget di salute**, per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 dell'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992.

Relazioni allegate o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa parlamentare, corredata, pertanto, della sola relazione illustrativa.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

La proposta di legge in esame è diretta a contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitari, garantendo una efficiente e razionale presa in carico delle persone con gravi malattie e vulnerabilità croniche da parte di tutti i soggetti coinvolti in tale ambito. La materia trattata appare pertanto riconducibile, in parte alla "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", rientrando nella potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera l della Costituzione, ed in parte alla "tutela della salute", oggetto di potestà legislativa concorrente, ai sensi dell'articolo 117, comma 3 Cost.

Assume altresì rilievo la materia dell'assistenza sociale, di competenza residuale regionale, ai sensi dell'articolo 117, quarto comma.

Come è noto, la giurisprudenza della Corte costituzionale (*ex plurimis* sentenza n. 303 del 2003) ammette, al fine di garantire l'esercizio unitario delle politiche pubbliche, l'intervento del legislatore statale anche in materia di competenza concorrente o residuale regionale purché siano adottate adeguate procedure concertative con le autonomie territoriali (attraverso intese e pareri nel "sistema delle Conferenze", la Conferenza Stato-regioni, la Conferenza Stato-città e la Conferenza unificata). La più recente giurisprudenza costituzionale, inoltre, (si veda in particolare la sentenza n. 7 del 2016) appare orientata a ritenere la previsione dell'intesa la forma più idonea di coinvolgimento regionale in presenza di prevalenza di una materia di legislazione concorrente o di residuale competenza regionale, ovvero (sentenze n. 52 e n. 79 del 2019) in presenza di un "nodo inestricabile" di competenze esclusive, concorrenti e residuali nel quale non sia possibile stabilire una competenza prevalente, potendosi quindi procedere, sembra desumersi, negli altri casi (come la prevalenza di una competenza esclusiva statale o la presenza di un numero limitato e chiaramente distinguibili di competenze sia statali sia concorrenti o residuali) alla previsione del parere.

In particolare poi, in materia sanitaria, la Corte ha affermato (sentenza n. 88 del 2003) la necessaria partecipazione degli enti territoriali all'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni; successivamente, la sentenza n. 134 del 2006 ha ribadito che lo Stato non può disciplinare i livelli essenziali in violazione del principio di leale collaborazione, sostituendo all'intesa un mero parere della Conferenza Stato-regioni

In questo contesto, il provvedimento in esame dispone (articolo 2, comma 1) la previa intesa in sede di Conferenza unificata ai fini dell'individuazione, da parte di regioni e comuni del metodo del budget di salute. L'intesa in sede di Conferenza unificata è prevista anche all'articolo 5, comma 4, ai fini dell'individuazione da parte di regioni e comuni di misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

Ai fini del rispetto del principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo, *andrebbe valutata l'opportunità* di prevedere espressamente, già nel testo legislativo, la partecipazione di rappresentanti degli

enti territoriali all'osservatorio istituito dall'articolo 5, comma 1.

Analisi dell'impatto di genere

La proposta di legge, **nel suo complesso**, intervenendo in **tema di assistenza socio-sanitaria per contrastare la disegualianza nell'accesso ai LEA** è diretta a valorizzare le persone fragili affette da patologie croniche ed invalidanti, favorendo le potenzialità delle medesime, delle loro famiglie e delle comunità in cui vivono, e stimolando modelli di *welfare* di comunità.

Essa appare pertanto suscettibile di impatto sulla disegualianza di genere, poiché in ambito familiare i **compiti di cura dei soggetti fragili gravano per lo più sulla componente femminile**, limitando per questa le possibilità di accedere, permanere o progredire nel mondo del lavoro.

In base ai [dati del Censis riportati dal Ministero della salute \(46° Rapporto - anno 2012\)](#) si sottolinea che **la donna assume in misura prevalente il ruolo di caregiver**, in quanto nel 70% dei casi si prende cura del familiare fragile (malato, disabile o anziano).

Inoltre, l'indagine ISTAT sulle "[Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea](#)" del 2015, effettuata sulla base di questionari, ha messo in luce che, in media, il 16,4% della popolazione in Italia - circa 8,5 milioni di persone, a fronte di una media UE del 15,6% - si occupa di assistere un soggetto che ne ha bisogno e che circa il 56,3% di queste persone che forniscono assistenza sono donne (4,8 milioni), in maggioranza nei confronti dei propri familiari (l'85,4%, vale a dire 4 milioni di donne).

La figura del *caregiver* (letteralmente "prestatore di cura") - riconosciuta e delineata normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, legge n. 205 del 2017) - individua la **persona responsabile di un altro soggetto non indipendente, anche disabile**, di cui si prende cura in un ambito domestico. È colui che organizza e definisce l'assistenza di cui necessita una persona, anche congiunta, e in genere è un familiare di riferimento. Si distingue dal *caregiver* professionale (o badante), rappresentato da un assistente familiare che accudisce la persona non-autosufficiente, sotto la verifica, diretta o indiretta, di un familiare. Per un approfondimento si rinvia al Dossier del Servizio Studi [La figura del caregiver nell'ordinamento italiano](#).

Tenuto conto della classificazione basata sul [Bilancio di genere](#) l'ambito di intervento della proposta di legge è riconducibile alla "**tutela del lavoro, previdenza e assistenza**", mentre la modalità di intervento si può configurare come "un'azione positiva". La misura è inoltre qualificabile in via prevalente come **misura di regolamentazione e di spesa**.

Dal profilo dei soggetti fragili, venendo all'esame delle **single disposizioni**, con riferimento agli articoli da 1 a 3, che definiscono la finalità, le caratteristiche, gli ambiti dei progetti terapeutici individualizzati da finanziare con il metodo del budget di salute, va ricordato che nel [Gender Equality Index per l'Italia, 2020](#), l'[EIGE](#) (European Institute for Gender Equality) si rileva che l'Italia ha il più alto punteggio nel campo della salute (88,4 punti su 100), mentre nel [Bilancio di genere 2019](#) si evidenzia che la **speranza di vita in buona salute**, ossia il numero medio di anni che alla nascita un individuo **può aspettarsi di vivere in buona salute**, è aumentata nel 2019, ma le donne raggiungono i 57,5 anni, circa 2 anni in meno degli uomini. Anche nel caso di popolazione più anziana, se si tiene conto della speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, considerando cioè le **condizioni di salute**, l'indice è a favore degli uomini (10,0 anni per gli uomini e 9,8 anni per le donne nel 2018), nonostante la speranza di vita a 65 anni sia in termini assoluti più alta per le donne di 3,2 anni nel 2019 (pari a 22,5 anni per le donne e 19,3 per gli uomini).

Nel [Bilancio di genere 2019](#) si evidenzia inoltre che il **tasso di ospedalizzazione** in regime ordinario per acuti presenta un andamento decrescente negli ultimi anni, per entrambi i generi, seppure con minore intensità per la componente femminile. Il valore annuale del tasso di ospedalizzazione per genere presenta valori maggiori per tale componente in quasi tutte le regioni, con pochissime eccezioni. Comunque la distribuzione del tasso **per fasce d'età** evidenzia come le donne ricorrano più dei maschi all'assistenza ospedaliera nelle classi di età 15-24 e 25-44 anni, che corrisponde al periodo biologicamente procreativo per le donne. Nelle altre classi di età il tasso di ospedalizzazione è più elevato per i maschi. Con riferimento ai **fattori di rischio per la salute** (fumo, alcol e sedentarietà) le abitudini non salutari fanno registrare per gli uomini una riduzione, quando presente, più rapida, mentre rispetto alla **sicurezza personale** il genere più esposto al rischio di incidenti domestici è quello femminile (circa 15,6 su 1000 donne hanno avuto incidenti domestici nel 2019 a fronte di 9,2 uomini su 1000). Si evidenziano altresì maggiori disturbi affettivi, nevrotici e depressivi tra le donne, con un tasso degli **utenti dei servizi psichiatrici di sesso femminile** pari a una volta e mezzo rispetto a quelli di sesso maschile.

Con specifico riferimento alla **individualizzazione del progetto terapeutico** di cui all'**articolo 4** della proposta di legge, si fa presente che nel [rapporto ASVIS 2020](#) si rileva la necessità che le stesse **campagne antiviolenza** nei confronti delle donne dovrebbero promuovere anche il diritto alla salute

sessuale e riproduttiva, con una più capillare intercettazione dei bisogni da parte del sistema sanitario presente sul territorio, ad esempio tramite consultori più accessibili anche a ragazze e donne con disabilità. Va inoltre **migliorata la formazione del personale**, in modo da assicurare un approccio interculturale e di genere.

Rispetto all'**articolo 5** della proposta che prevede l'istituzione di un Osservatorio di monitoraggio sull'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, si sottolinea che il Ministero della Salute ha avviato da più di quattro anni appositi studi ([Il genere come determinante di salute](#)) con riferimento alla **medicina di genere per garantire equità e appropriatezza nelle cure**. Essa si occupa delle **differenze biologiche e socio-culturali tra uomini e donne** e della loro influenza sullo stato di salute e di malattia con un diverso peso da quantificare sul Servizio sanitario nazionale.