



L'Alleanza delle Cooperative Italiane nel settore della cooperazione sociale è costituita da Agci Solidarietà, Federsolidarietà – Confcooperative e Legacoopsociali. Il coordinamento del settore rappresenta oltre 9.500 tra cooperative sociali, imprese sociali e consorzi, 375mila persone occupate (di cui, nelle cooperative sociali di tipo B, 35mila svantaggiate e la metà disabili). Sono oltre 6 milioni le persone assistite, 13 miliardi di euro il fatturato. Numeri che fanno dell'Alleanza delle Cooperative Sociali oltre il 90% della cooperazione sociale impegnata nel welfare

PROPOSTA DI LEGGE n. 1752

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

In relazione al disegno di legge n. 1751 "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" si osserva quanto segue.

Se partiamo dall'idea della centralità di tutti i determinanti di salute per il benessere della persona, l'integrazione non è più sufficiente solo a livello socio-sanitario, ma deve includere le varie dimensioni del benessere individuale e collettivo, data anche l'importanza del ruolo svolto dal contesto di vita.

A questo scopo il budget di salute (BdS) si rivela come un utile strumento di co-programmazione, co-progettazione, co-produzione di un "progetto personalizzato" a condizione che evolva nei fatti questi processi partecipativi non escludendo nessuno dei portatori di interesse da tutte le fasi, fermo restando le titolarità istituzionali e il rispetto e valorizzazione dei ruoli e delle specificità di tutti i soggetti coinvolti.

L'elemento della diversificazione territoriale dei sistemi di welfare è il dato di partenza obbligato e necessario in un panorama come quello italiano fortemente regionalizzato ma forse ancor di più fortemente micro-territorializzato come il nostro e valido anche per l'applicazione del BdS. Da Regione a Regione, da ambito ad ambito, le prassi operative di welfare che sostengono l'organizzazione degli interventi di sostegno alle persone con disabilità e non autosufficienza cambiano radicalmente. Pur se vincolate dagli indirizzi nazionali e regionali dei diversi dispositivi di allocazione delle risorse.

OSSERVAZIONI E PROPOSTE

- In primo luogo, preme sottolineare l'aspetto innovativo della proposta, in particolare in relazione alle modalità organizzative che promuovono, in espressa attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 Cost., il principio di sussidiarietà valorizzando il ruolo del Terzo settore e le modalità di amministrazione condivisa, previste ai sensi dell'articolo 55 sulla coprogettazione e l'accreditamento per l'individuazione degli enti partner (istituti richiamati della sentenza della Corte Costituzionale 131/2020). Il sistema del Budget di Progetto richiede una infrastruttura del sistema di presa in carico considerando la cooperazione sociale come soggetto sussidiario. La coprogettazione, la coprogrammazione trovano così senso e effettiva possibilità di realizzazione.
- Il Budget di salute può essere uno strumento importante per innescare ogni singolo processo di capacitazione (empowerment). Si ritiene che il BdS abbia come sfida principale di tradurre la spesa socio-sanitaria da costo a investimento per il benessere delle persone e lo sviluppo dei territori e delle comunità. La riconversione dei costi sanitari viene trasformata in investimenti per l'empowerment dei cittadini e delle cittadine utenti dei servizi territoriali pubblici della salute mentale e oltre. In particolare, la strutturazione di una rete di servizi nel territorio, in grado di coniugare la dimensione sanitaria con quella assistenziale e riabilitativa, è una sfida ambiziosa che ha trovato, in particolare rispetto alla salute mentale, nelle cooperative sociali un alleato essenziale.
- Infatti, sono necessarie politiche e risorse sanitarie ma anche sociali, per consentire integrazione e inclusione. Non ci possono essere salute e benessere senza la possibilità di sviluppare un proprio progetto di vita; ciò richiede integrazione sociosanitaria e collaborazione tra tutti i soggetti delle reti territoriali: sociale e sanitario concorrono insieme al sistema necessario a generare salute. Va superato l'approccio centrato sulla sanità; quindi, la proposta di legge deve considerare tutti gli ambiti, sanitario, sociale, sociosanitario, lavorativo, educativo,... ponendosi come strumento che ricomponne il mosaico spezzettato di strumenti programmatori e finanziari.
- La proposta interviene in un contesto legislativo caratterizzato dalle competenze legislative di Stato e Regioni; si ritiene opportuno, pertanto, quanto previsto all'articolo 2 che affida alle regioni e ai comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, l'individuazione degli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale il budget di salute e la definizione delle relative modalità attuative.

L'approccio contenuto nel PdL, in questo particolare momento storico di emergenza e di forte impulso alla trasformazione del welfare, ha almeno tre livelli di rischio, piuttosto ricorrenti nei processi di riforma del welfare (e forse non solo).

- 1) Concepire provvedimenti con un'ottica universale, ma che poi non risultino applicabili se non escludendo ampie categorie di persone;
- 2) concepire provvedimenti non armonizzati e intrecciati con i sistemi territoriali di welfare e con la loro effettiva capacità di sostenerli;
- 3) alimentare processi di trasformazione e tentativi di innovazione su base di adeguamento normativo che, introducendo elementi di de-strutturazione non sufficientemente sostenuti da infrastrutturazioni necessarie a sostenere il cambiamento, rischiano di indebolire i sistemi territoriali già spesso fragili e molto frammentati di cura e presa in carico.

In relazione alle proposte dell'Alleanza delle Cooperative Sociali, si evidenziano di seguito una serie di proposte ed alcune criticità che, se non corrette, rischiano di inficiare le buone intenzioni sottese alla PdL.

1) In tutto il testo della PdL si fa riferimento al Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI). Questa tipologia di progetti ha una forte impronta sanitaria, in quanto possono essere validati solo da figure sanitarie, mentre il senso del budget di salute è quello di **valorizzare in modo paritario tutte le professionalità e competenze formali ed informali connessi a tutte tipologie di intervento necessarie**. Il rischio, altrimenti, è di irrigidire nuovamente, secondo le logiche e le norme applicabili alla sanità, uno strumento che per sua natura e per essere davvero efficace deve essere flessibile. Si propone quindi di modificare il riferimento con il "Progetto Socio-Educativo Personalizzato di capacitazione".

2) Proprio perché si introduce una "novità" è consigliabile **definire meglio chi ne può usufruire e le aree di applicazione** di cui al comma 4 dell'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (che comprende le 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) circoscrivendo la sperimentazione inizialmente all'area della salute mentale e alla disabilità.

3) Si concorda, inoltre, l'importanza di **prevedere un sistema di valutazione qualitativa e quantitativa degli effetti** delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo nonché degli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito (art. 2 comma 3 e art. 3 comma 7). Si suggerisce di prevedere un riferimento a quanto previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro 23 luglio 2019 "Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del Terzo settore" di cui ai decreti 117/2017 (Codice del terzo settore) e 112/2017 (Disciplina dell'impresa sociale).

4) In relazione alla previsione dell'art. 3, per cui il Progetto 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, si mettono in evidenza le **possibili criticità in particolare in relazione ai livelli di finanziamento di questi interventi** sulla base delle esperienze portate avanti in questi anni. I livelli di intensità riportano entro schemi rigidi il pensiero e le prassi riproducendo l'intervento a pacchetti standard. Vanno considerate le esperienze già in essere per effettuare un'analisi dei vari strumenti amministrativi applicati e quale impatto hanno avuto nel tempo. Si ritiene che ci siano già le informazioni e le esperienze utili ad apportare esperienze e possibili strumenti applicabili nelle varie. Si ritiene che l'intensità sia indice di complessità, ma non può essere collegato direttamente ad una quota economica. Come l'Intensità e la quota economica vadano gestiti è una tecnicità complessa che va approfondita e valutata attentamente anche sulla base delle esperienze già in essere (si vede ad esempio quanto previsto dalla Regione Friuli Venezia Giulia).

5) Il processo richiamato al comma 2 dell'art. 2 e al comma 4 dell'art. 3 non può non riguardare la costruzione dello stesso Progetto Personalizzato; **è il Progetto Personalizzato che deve essere costruito secondo una logica coprogrammatoria e partecipata**. L'utilizzo dei termini co-programmazione e co-progettazione impiegati nella PDL in più e differenti momenti del processo dovrebbe essere chiarito rispetto a quanto previsto nel d.lgs. 117/2017 e specificato dalla sentenza della Corte Costituzionale 131/2020. L'ETS di fatto è escluso dalla fase di co-progettazione del Progetto personalizzato o, art.3 punto 2, può essere uno degli "*altri soggetti ritenuti necessari*"? **Crediamo che questa "indefinitezza" nella norma circa il ruolo effettivo degli ETS sia un elemento di sostanziale contraddizione con il riferimento all'art.55 e releghi l'ETS ad una posizione di mero attuatore che nulla a che vedere con l'intendimento dell'art.55** e con quanto ribadito dalla sentenza della Corte Costituzionale 131/2020: e cioè con il coinvolgimento degli ETS nelle attività di co-programmazione e co-progettazione proprio in funzione della loro natura specifica. Inoltre, risulta difficile pensare ad un coinvolgimento di un soggetto, in qualità di attivatore di risorse e opportunità, a cui a valle si affida la realizzazione di un progetto, che può includere anche la comunità, interamente deciso da altri. **Serve chiarire a quale livello interviene l'ETS e con quali compiti nella norma quadro nazionale** al fine di evitare che l'attuazione della norma possa incagliarsi in territori non preparati o non propensi al modello di partenariato pubblico-privato sociale ribadito anche dal recente Decreto 72/21 che adotta "Linee guida sul rapporto fra PA ed ETS. In coerenza con quanto suddetto, si propone quindi, di prevedere coinvolgimento con

definizione di ruolo specifico del Terzo Settore nel processo di co-programmazione e co-progettazione complessiva compresa, secondo le modalità normative sopra citate, la fase di affidamento; altrimenti si ripropone il ruolo del Terzo Settore quale esecutore di qualcosa deciso e predisposto da altri.

6) In relazione alla previsione dell'art. 3, comma 5: da una parte è certamente fondamentale valorizzare le risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del Progetto Personalizzato, nonché dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento da parte degli Enti del Terzo Settore. Al contempo **bisogna garantire livelli di finanziamento adeguati puntando in primo luogo sulla riqualificazione della spesa, ma anche su un adeguato finanziamento di questo intervento** che sul breve e medio periodo non consente una riduzione dei costi. Inoltre, per la compartecipazione degli utenti, bisogna chiarire due aspetti: va definito come avviene (ISEE?) e come avviene il passaggio economico (come paga l'utente il servizio che riceve?).

7) La proposta di destinare il 10% delle risorse in capo alle ASL per il finanziamento dei LEA sociosanitari alla realizzazione del budget di salute ha come effetto di impoverire un budget di spesa già ampiamente sotto-finanziato; **è indispensabile destinare a questa sperimentazione un budget di risorse aggiuntivo** e avere gli esiti della valutazione qualitativa e quantitativa prima di rimodulare i budget in capo alle ASL.

8) Per riconoscere e valorizzare il ruolo del Terzo Settore, non si può scindere il ruolo del case manager (che nel PdL è affidato a figura esterna dal soggetto attuatore del Progetto Personalizzato) dal ruolo del soggetto gestore del budget di salute (art. 3 comma 8).

9) Lo strumento del BDS non vale per tutti i servizi, esso va utilizzato in base agli obiettivi dati. Rispetto alle aree di intervento si mette in evidenza che, sulla base delle sperimentazioni effettuate, **si dovrebbe promuovere questo strumento in particolare negli ambiti della formazione e dell'inserimento lavorativo**. Da questo punto di vista è fondamentale l'impegno a favorire questi strumenti da una parte con risorse idonee (non previste dai LEA) sia a livello nazionale, sia regionale e territoriale.

10) **Un secondo ambito è quello della filiera abitativa, modello di risposta alla residenzialità perlopiù adottato dalla cooperazione sociale**; è un approccio in grado di differenziare qualitativamente e quantitativamente il grado di supporto necessario affinché le persone possano esercitare il proprio diritto all'abitare autonomo.

11) L'applicazione amministrativa necessita di una preparazione tecnica e "culturale". Necessita anche di una mole di lavoro superiore ad altri strumenti classici (appalto e accreditamento). **Il ruolo del terzo settore va declinato in maniera precisa, indicando le competenze di ciascuno e le corresponsabilità tra i diversi soggetti**.

12) **L'applicazione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) in tutte le parti del processo di costruzione del BDS non è auspicabile**. Esso è utile a fini clinici e di analisi del fabbisogno rispetto alle barriere presenti, ma non a fini di valutazione dell'efficacia di un progetto.

13) Si sottolinea come fondamentale il Tema della PROGRESSIVITA' delle risposte attivando percorsi di Capacitazione, ma anche Abilitazione e Riabilitazione. Sviluppare le **filieri riabilitative** dell'abitare, del lavoro e della socialità, prevedendo interventi in grado di accompagnare le persone lungo le fasi della malattia e della vita. Il concetto di base per tutti e tre i livelli è quello di sviluppare opportunità di tipo **modulare** in modo da arricchire gli ecosistemi in cui le persone vivono, permettendo così fasi di recovery successivamente sempre più autonomizzanti. Le opportunità offerte possono avviare un processo volto a ristabilire un nuovo senso di integrità della persona che può ricostruirsi una vita nonostante la malattia.

In questo quadro, il ruolo della cooperazione sociale è quello di **accompagnare il percorso delle persone** che in qualche momento della loro vita vivono l'esperienza della sofferenza/difficoltà personale, mentale o altro, avendo contemporaneamente cura di **sviluppare i contesti sociali** - di cui la cooperazione è espressione - per rendere le comunità locali più competenti in senso relazionale e **facilitare l'integrazione** e il benessere per

tutti i cittadini. Due i nodi centrali su cui agire: la persona e il contesto. Il progetto di vita va co-costruito anche sulla base di strumenti di valutazione scientificamente validati da usare anche in fase di valutazione.

14) In ultimo, si evidenzia che si potrebbe prevedere, nelle more della declinazione a livello territoriale, di fare un lavoro di **benchmarking fra le esperienze in atto**; un confronto sistematico che metta in evidenza punti di forza e criticità che aiutino anche la declinazione a livello territoriale. Non potrà esserci un'applicazione identica in ogni territorio, per cui punterei ad una proposta di sistema a livello nazionale che possa declinarsi sui livelli territoriali e trovare la massima condivisione per l'attuazione nell'ambito della Conferenza unificata al fine di una reale applicazione che però tenga conto e valorizzi i territori.

In conclusione, ribadiamo che **il BdS è uno strumento per sostenere la qualificazione e la riqualificazione dei percorsi di vita delle persone che sono generalmente strutturati attraverso un intreccio, spesso fragile e precario, di diversi processi integrati di sostegno**. Tali processi evidenziano sicuramente la necessità di ridurre il livello di frammentazione che spesso li caratterizza, di essere più aderenti e coerenti con l'impianto giuridico dei livelli essenziali di assistenza. Ma al contempo la loro riqualificazione non può prescindere da un processo di analisi accurata del loro funzionamento ed ancor di più da una competenza di scomposizione e di ricomposizione di questi processi che non può non coinvolgere, oltre ai diretti interessati e loro amministratori di sostegno o tutori, anche la rete dei servizi e degli enti che questo delicato e complesso sistema di sostegni ha contribuito a costruire nel corso degli anni.