

Budget di salute: una riforma attuabile

Elena Carnevali, | 15 febbraio 2021

La crisi di governo e le opportunità straordinarie del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) hanno temporaneamente interrotto il percorso di approvazione della proposta di legge sul "Budget di salute" n° 1752, prima firmataria la collega Celeste D'Arrando[[note](#)]Proposta di legge "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati", Camera dei Deputati AC 1752.[/[note](#)]. Da relatrice per il PNRR, farò in modo che venga inserita tra le "riforme" attuabili.

La crisi sanitaria dovuta all'epidemia da Covid-19 non ha messo difficoltà solo il nostro SSN ma ha messo in luce gli elementi critici del sistema di welfare nazionale a partire dall'assenza dei livelli essenziali delle prestazioni che tramutano in esigibilità i diritti riconosciuti dalle leggi, molte delle quali ancora attuali e in gradi di ridurre le disparità territoriali così marcatamente presenti tra le regioni e all'interno delle regioni.

Modelli organizzativi e strumenti nuovi, peraltro già sperimentati in alcune aree del Paese da nord come al sud, come il budget di salute, hanno l'esigenza di trovare in una cornice legislativa unica il riconoscimento della loro applicabilità su scala nazionale. L'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità afferma che il budget di salute è uno "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".

Il Budget di salute, in consolidate sperimentazioni in diversi Paesi europei, rappresenta una possibilità gestionale innovativa per favorire la domiciliarità, capace di riconfigurare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari a partire dalla persona con disabilità e dalla famiglia, facendo perno sulle loro capacità di autodeterminazione e sulla possibilità di personalizzare l'assistenza in base alle proprie esigenze: di salute, cura, riabilitazione, abitative, occupazionali e relative alla socialità.

Nel nostro paese è un metodo ampiamente diffuso da venti anni anche se è utilizzato a macchia di leopardo sul territorio nazionale, con esperienze positive in diverse regioni, in varie zone del Paese, grazie anche all'impegno e alla dedizione del mondo dell'associazionismo che insiste per sviluppare maggiormente il welfare di comunità.

[Nell'audizione della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati](#), la direttrice del Cevas, prof.ssa Liliana Leone metteva in luce che la prima necessità a cui risponde il dispositivo di "Budget di salute" è quella di coniugare le risorse agli obiettivi connessi ai diritti della persona: il diritto alla salute, all'abitare, al lavoro, alla socialità.

Sono anni che le istituzioni, le organizzazioni, i servizi territoriali sanitarie e le associazioni si impegnano a valorizzare i piani di cura personalizzati e la costruzione di reti integrate per garantire la continuità assistenziale e politiche di empowerment con l'obiettivo di superare la frammentarietà degli interventi e investire sulla persona attraverso la realizzazione dei progetti di vita.

Ahimè, questa grande necessità spesso si infrange su progetti finanziati per "bandi" disponibili fino a che le risorse non si esauriscono o con la ricomposizione e scomposizione di risorse ancora allocate a "canne d'organo" che impediscono la piena realizzazione non solo delle politiche di welfare, ma anche lo sviluppo economico e sociale di un territorio.

In molti casi i progetti basati sul Budget di salute hanno convertito le risorse delle rette in investimenti produttivi consentendo di finanziare, ad esempio, attività di impresa sociale e creato opportunità di inserimento lavorativo ai beneficiari, diventando alternativi a percorsi di istituzionalizzazione. Così è accaduto in molte realtà che si occupano di disagio psichico o di persone con disabilità.

Siamo solo alla fase di audizioni che precede la possibilità emendativa del testo base e la sua approvazione in Commissione e

poi in Aula.

Non mi soffermo sulla descrizione dettagliata del [progetto di legge](#), colgo invece l'occasione per provare a rispondere ad alcune sollecitazioni che giustamente gli osservatori più arguti si sono posti, già anni fa.

La prima. Con il budget di salute si vuole puntare solo alla de-istituzionalizzazione delle persone assistite rimodulando i flussi finanziari consolidati, oppure si ambisce ad incidere sul piano della prevenzione/ promozione in un'ottica di welfare comunitario e generativo? Nel nostro Paese i cambi culturali ancora prima di quelli organizzativi faticano a consolidarsi, nonostante l'utilizzo della co-progettazione alternativo alle gare di affidamento dei servizi. Tralascio il fatto che ancora si assiste a modelli di gara al ribasso e ciò che ne consegue perché vorrei valorizzare di più le esperienze positive. L'aspirazione del dispositivo budget di salute non si esaurisce nel contrastare il ricorso alle istituzionalizzazione della persona o nel riconvertire in modo diverso e più appropriato le risorse, ma soprattutto di "diventare strumento ideale per re-investire sui territori dando vita a modelli di welfare comunitari" ([Cevas](#)).

La seconda. La durata di un anno della sperimentazione all'introduzione del budget di salute nel nostro sistema di welfare viene indicata nella proposta di legge. A mio giudizio un arco temporale così breve non permette nemmeno la sua implementazione e concordo sulla necessità di allungare l'arco temporale. Non a caso la sua introduzione nel PNRR permetterebbe di avere tempi più lunghi, accompagnandolo con la definizione di obiettivi di risultato e indicatori di processo ed esiti.

Infine, confido che il ruolo degli enti locali o degli ambiti e delle ASL non sia marginale, così come il ruolo dei professionisti. L'azione di governance dei progetti di welfare e per i progetti con (non per) le persone, camminano sulle gambe delle realtà istituzionali e non dei territori e del ruolo di progettatori/attori.

La proposta di legge è doverosamente ambiziosa e vuole trasferire una quota di almeno il 10% delle risorse destinate al finanziamento dei Lea sociosanitari in progetti terapeutici riabilitativi. Ho già segnalato che questa dizione, "terapeutici riabilitativi", rischia di escludere soprattutto le persone più fragili e vulnerabili a cui dedichiamo maggiormente possibilità abilitative o di mantenimento delle *capability* raggiunte. Ma tutto è migliorabile e soprattutto non dimentichiamoci che l'obiettivo più alto è quello di realizzare quel welfare generativo capace di essere promotore di coesione sociale, di cittadinanza compiuta e di un nuovo modello di sviluppo e di crescita delle opportunità.