



Disegno di Legge n.173

**“Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino
dei servizi socio-sanitari in materia**

Audizione III° Commissione permanente Consiglio Regionale

Trieste, Consiglio Regionale Friuli Venezia Giulia

Martedì 4 ottobre 2022

Valutazioni ed osservazioni

Schema di disegno di legge in materia di disabilità (riforma legge regionale 41/1996 e altri interventi).

Il DDL *“Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi socio-sanitari in materia”* risulta essere oltremodo opportuno ed atteso ad oltre 25 anni dall’approvazione della Legge 41/96 *“Norme per l’integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 ‘Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate’.*

Questi decenni hanno infatti registrato un’indubbia evoluzione sul piano valoriale, culturale e delle prassi nella comunità che è andata nel verso del rafforzamento **dell’empowerment dei cittadini**, con una **maggiore presa di coscienza e di consapevolezza dei bisogni di tutti i cittadini**, compresi e soprattutto quelli **vulnerabili**. Effetto ed al tempo stesso causa di questa evoluzione valoriale e culturale è stata la notevole produzione normativa che ha caratterizzato l’area della fragilità e della disabilità.

A livello internazionale rammentiamo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo dd. 13 dicembre 2006, con ratifica dello Stato Italiano ai sensi della legge 3 marzo 2009, n.18. e proseguito con la Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021- 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 final, del 3 marzo 2021, e con la risoluzione del Parlamento europeo del 7 ottobre 2021, sulla protezione delle persone con disabilità. Il tutto inserito nel contesto dell’AGENDA 2030 - OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE, vero pilastro europeo dei diritti sociali. L’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, impegnandosi a *“non lasciare indietro nessuno”*, è un ambizioso piano d’azione che la comunità internazionale deve intraprendere per giungere ad un mondo in cui la dignità di una persona e l’uguaglianza tra tutti siano applicate come principio fondamentale. Con particolare riguardo alla condizione delle persone e delle famiglie fragili.

A livello statale evidenziamo la Legge la Legge 112/2016 *“Dopo di noi”*, DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), il D.lgs. 117/2017 (Codice terzo settore), il PNRR con le sue direttive operative ed infine la Delega sulla disabilità legge 22 dicembre 2021 n. 227 di Delega al Governo in materia di disabilità, *“al fine di garantire alla persona con disabilità di ottenere il riconoscimento della propria condizione, in modo da consentire il pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali, compresi il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa, nonché l’effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei trasferimenti finanziari previsti e di ogni altra relativa agevolazione, e di promuovere l’autonomia della persona con disabilità e il suo vivere su base di pari opportunità con gli altri, nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione”*. Essa rappresenta l’attuazione di una delle riforme (riforma 1.1) previste dalla Missione 5 *“Inclusione e Coesione”* Componente 2 *“Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore”* del PNRR; Legge 328/2000 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

A livello regionale, dopo la Legge 41/96 rammentiamo la LR 6/2006 (Sistema integrato) e la LR 22/2019 con il riassetto dell’area dell’integrazione socio-sanitaria e l’introduzione dei regolamenti e delle sperimentazioni

Nel **Titolo I** del provvedimento si rinvencono positivamente **principi, finalità ed indirizzi** che costituiscono la premessa alla costituzione di un “sistema” che consenta il pieno riconoscimento ed esercizio dei **diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disabilità e delle loro famiglie**. Un sistema che assicuri l’esigibilità dei diritti in materia di disabilità su tutto il territorio regionale, evitando discontinuità, frammentazioni e diseguaglianze nell’erogazione degli interventi, aspetti che purtroppo a tutt’oggi ancora persistono nel nostro Paese e per parte anche nella nostra Regione.

Di particolare utilità il “**glossario**” (così come di prassi nelle normative europee), **di cui all’art.1**, dei termini che vengono utilizzati nell’area della disabilità e nello stesso provvedimento in modo da attestare le definizioni di fini, mezzi e strumenti al fine di evitare incertezze o differenti interpretazioni.

Si suggerisce un possibile riferimento al cosiddetto “**modello della Qualità di Vita**”, che ha sempre più diffusione nella letteratura internazionale in materia e che è utilizzato, ad esempio, nei sistemi di valutazione progettuale adottati dall’Area Welfare FVG per i progetti di vita indipendente.

Parrebbe, inoltre, opportuno introdurre nel glossario le definizioni di **sussidiarietà verticale ed orizzontale**, che paiono fra principi ordinatori del provvedimento.

Si suggerisce anche di prevedere momenti informativi e formativi rivolti agli attori ed in particolare agli operatori interessati su alcuni termini che possano avere il carattere dell’innovazione e dell’evoluzione. Ad esempio, il tema **dell’accomodamento ragionevole**, che può essere frequente nell’ambito dell’integrazione lavorativa, ma non appare particolarmente diffuso nella rete dei servizi sociali e sociosanitari.

L’evoluzione dei diritti, le aspettative e la prassi che via via si consolidano anche attraverso l’esperienza, chiedono che il sistema persegua, a tendere, il raggiungimento del rispetto dei diritti umani e quindi della creazione di condizioni di pari opportunità e di non discriminazione.

In altre parole i concetti di **pari opportunità e di non discriminazione** si concretizzeranno non solo con gli interventi finalizzati al miglior funzionamento della persona ma nel trovare un preciso riscontro nell’organizzazione sociale, culturale ed economica della comunità. Con ciò stesso la chiave di lettura dei diritti umani ci consente di individuare quegli “ (...) *ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese*” e che la Repubblica è tenuta a rimuovere (art.3 Costituzione).

Si tratta di creare le condizioni affinché le competenze acquisite o ristabilite nei processi abilitativi e riabilitativi o educativi, nel rispetto della specificità della persona disabile, possano essere accolte e valorizzate. **L’art.3 (Interventi regionali a favore delle persone con disabilità)** risponde positivamente a questo approccio globale che non si limita alla pur importante sfera sanitaria e socio-sanitaria ma allarga le aree di intervento che danno luogo all’approccio integrato ed alla cosiddetta “*progettazione universale*”.

Proprio in ragione ed in virtù del godimento dei diritti e delle libertà fondamentali richiamati e della centralità del soggetto utente portatore di disabilità e della sua famiglia, si riterrebbe opportuno inserire prima dei principi della progettazione universale e dell’accomodamento ragionevole il **diritto alla libertà di scelta**.

Titolo II – Capo I - V, Capo I – Salute, Art.5 (Salute)

Di notevole importanza rispetto all'area della Salute il richiamo alla necessità di costruire un sistema **integrato per le disabilità** che assicuri la continuità dei LEA socio-sanitari di cui al DPCM 12 gennaio 2017, nonché persegua gli obiettivi di sviluppo sostenibile, con particolare riguardo all'impatto che ha la povertà (Convenzione ONU e Sustainable Development Goals), per rispondere ai bisogni complessi in un'ottica olistica, di continuità assistenziale e di transizione. Ciò è importante per l'obiettivo allargamento della platea delle prestazioni rientranti nei LEA che devono essere assicurate. La fruizione dei LEA dovrà, a tendere, essere uniforme in tutto il territorio regionale con l'adeguata chiarezza ed uniformità sul tema della compartecipazione al costo dei servizi da parte della persona con disabilità. Poiché il **progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato** (L. 227/2021 - delega in materia di disabilità) ed il **budget di salute** sono strumenti trasversali alle varie aree, strumenti idonei a garantire l'integrazione sociosanitaria è opportuno oltretutto necessario chiarire il rapporto tra compartecipazione di spesa dell'utente e *budgets* di progetto e di salute.

Si suggerisce l'avvio nel corso del 2023 di una **sperimentazione del budget di salute e relativo budget di progetto** nei momenti di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità (UVM distrettuali, ad esempio).

Adeguata rilevanza dovrà essere data alla tematica relativa agli **ausili tecnici, informatici, didattici ed a quelli finalizzati a facilitare l'accessibilità**, strumenti importanti per promuovere l'integrazione, l'inclusione e la partecipazione. A riguardo appare necessario e funzionale valorizzare l'esperienza ed il know-how dei Presidi di rilevanza regionali e dei centri di riferimento per gli ausili.

Titolo II Capo II, Art.6 (Abitare e vita indipendente)

Importante **l'enfasi posta sulla domiciliarità e sulla vita indipendente**. Sul tema abitare e vita indipendente si vuole rafforzare e sviluppare ulteriormente un sistema di promozione e sostegno alla domiciliarità che prevede la diretta partecipazione delle persone con disabilità alla scelta su dove e con chi vivere, fondato su alcune discipline e norme che la regione dovrebbe armonizzare. Si va infatti dalle forme di abitare del cosiddetto *"Dopo di noi"*, ai progetti di vita indipendente finanziati dal Fondo non autosufficienze nazionale e dal Fondo regionale per l'autonomia possibile (FAP), nonché dai percorsi di domiciliarità innovativa di cui alla DGR 1625/2019. Appare importante valorizzare l'iniziativa delle famiglie, integrando risorse private e pubbliche che insieme possono fare la differenza. Le famiglie, ad esempio, possono mettere a disposizione *"appartamenti adattati"* nella loro attuale disponibilità per garantire ai propri figli soluzioni sostenibili e condivise con altri. In definitiva si rileva come la famiglia resti in sintesi il luogo centrale della vita passata, presente e futura della persona disabile. Immaginare un *"altrove"* un luogo diverso dove la persona possa vivere e preparare il suo futuro sembra difficile eppure è un passaggio fondamentale per la vita indipendente. In questo senso la *"domiciliarità"* non dovrà essere interpretata e trasposta concretamente nel lasciare la persona con disabilità nel proprio domicilio in ambito familiare a cui poi delegare la maggior parte della risposta alle necessità e ai bisogni.

Motivata parrebbe la proposta di **integrare i fondi della Legge 112/16 ("Dopo di noi")** con fondi regionali allargando **l'abitare sociale** non solo alle persone con disabilità grave, come prevede la norma, ma alle persone con disabilità che potrebbero efficacemente sperimentare percorsi di autonomia abitativa. Di interesse parrebbe anche la proposta di diversi soggetti operanti nell'agricoltura sociale (cfr. LR 2/2018) che hanno segnalato la propria disponibilità nell'offrire le

proprie strutture anche come sede di sperimentazione di percorsi di autonomia abitativa, in attuazione dei decreti attuativi della stessa legge regionale.

Importante potrebbe essere anche il riferimento alle ATER per il recupero e la valorizzazione del patrimonio immobiliare per la realizzazione delle soluzioni abitative.

Titolo II Capo II, Art.8 (Istruzione e formazione)

Importante il ruolo attivo delle Regione e degli altri soggetti, istituzionali e non, che lavorano insieme per un'effettiva e reale inclusione ed integrazione scolastica. Lo strumento principale di inclusione scolastica degli studenti con disabilità quale strumento volto a garantire il maggior livello di apprendimento possibile, a sviluppare la socializzazione e a promuovere la cultura dell'inclusione e dell'integrazione viene confermato nel PEI (Piano Educativo Individualizzato). A tal proposito nei percorsi e nelle prassi dovrà essere **garantita la continuità nei processi di inclusione e di integrazione e di maggior accompagnamento nella fase di transizione** attraverso gli ordini e gradi, prevedendo protocolli e modalità condivisi fra gli operatori dei sistemi socio-sanitario e scolastico. Tutto dovrà concorrere all'inclusione ed integrazione della persona con disabilità, con una relazione positiva e "fluida" fra Equipe socio-sanitaria, insegnanti e famiglia del disabile. Punti critici sono rappresentati dal "turn over" degli insegnanti di sostegno, talora dalla loro preparazione e dalla presa in carico del disabile parte degli insegnanti curricolari. A riguardo permane l'importanza dell'offerta di percorsi formativi finalizzata agli operatori scolastici.

Importante per la fase post-obbligo la previsione di specifiche intese per l'intreccio e l'incontro delle politiche relative all'istruzione, alla formazione ed al lavoro per generare prassi di accompagnamento nei processi di transizione fra i percorsi scolastico, formativo, universitario e lavorativo.

Titolo II - Capo II, Art.9 (lavoro)

Anche **l'integrazione lavorativa** è evidenziabile quale momento critico nella vita della persona con disabilità. In particolare per la difficoltà di continuità fra scuola/formazione e lavoro e per la carenza nell'attività di orientamento e per le "barriere" presenti. La Regione intende positivamente perseguire l'inclusione lavorativa garantendo equo accesso e pari opportunità, attraverso il coordinamento delle azioni del collocamento mirato con le misure e gli interventi di politica sanitaria e sociale con progetti e percorsi dedicati ed attraverso la promozione del raccordo tra il contesto scolastico e quello lavorativo.

Coordinare le azioni di collocamento mirato con la rete integrata nei percorsi di attivazione della persona con disabilità, significa valorizzare l'approccio multidimensionale e garantire, anche nel percorso lavorativo, la continuità nell'accompagnamento e nella realizzazione dei progetti personalizzati, strada maestra per un'adeguata integrazione lavorativa.

Appare di particolare interesse il comma 1 dell'articolo in oggetto laddove si individua anche nell'agricoltura sociale e nell'autoimprenditorialità due strumenti importanti di inclusione attraverso l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità.

Si segnala, ai fini dell'inclusione attraverso l'integrazione lavorativa, che non tutti i soggetti, sono nelle condizioni di poter accedere al canale del collocamento mirato.

I SIL, infatti, storicamente, sono impegnati sia sul versante della legge LR 41/96 e quindi rivolte alla generale inclusione delle persone con disabilità, anche quelle che non avranno accesso agli ordinari

contesti lavorativi che sul versante della della LR 18/05 con attività orientate alla collaborazione tra il SIL ed i Centri per l'Impiego.

Appare necessario che non venga trascurato il primo profilo di attività dei SIL

Titolo III - Capo I Integrazione delle politiche (artt.15-16)

Sul fronte dell'integrazione delle politiche vengono istituiti importanti strumenti di pianificazione e controllo quali **l'Osservatorio regionale** sulla condizione delle persone con disabilità e il Piano regionale della disabilità, nel quale è previsto l'inserimento di apposito progetto obiettivo.

Sarà utile ed opportuno che l'Osservatorio, per l'articolazione dei compiti e delle competenze, si avvalga delle esperienze e delle risorse professionali nell'ambito della ricerca e degli interventi finalizzati nell'ambito della salute e dell'inclusione e dell'interazione scolastica, lavorativa e sociale anche attraverso l'attivazione e la gestione dei tavoli di lavori.

Il Piano regionale della disabilità è il provvedimento che raccoglie in maniera integrata le azioni di pianificazione delle differenti direzioni regionali in materia di disabilità, nelle aree previste dall'art.3, comma 1.

All'interno del Piano regionale della disabilità confluisce anche il progetto obiettivo sulla disabilità, quale strumento di pianificazione regionale sanitaria, socio-sanitaria e sociale per la disabilità, nel quale fra l'altro sono definiti i fabbisogni dell'intera rete dei servizi e vengono individuati i centri di rilievo regionali.

A riguardo appare importante organizzare il piano, che ha una scansione triennale, con eventuale aggiornamenti annuali, in obiettivi generali e specifici, con il corredo di indicatori di risultato.

Si ritiene che oltre che dal CAL, sul Piano si dovrebbe esprimere, con un parere, anche la Consulta regionale per la disabilità, nonché enti e soggetti gestori dei servizi per la disabilità

Titolo III - Capo II (artt.17 – 21) Riordino del sistema socio-sanitario per la disabilità

Dedicato al governo del sistema, propone soluzioni organizzative, finanziarie e gestionali conseguenti al ridisegno delle competenze ed appare coerente con la disciplina nazionale sui livelli essenziali di assistenza, innovando – al tempo stesso – i modelli organizzativi e di servizio secondo i principi della flessibilità, unitarietà ed appropriatezza, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e massimizzare la qualità della risposta in coerenza con **i progetti di vita delle persone con disabilità**.

Condivisibile la previsione della decorrenza per l'avvio della riforma (01/01/2024), a regime.

Proprio in virtù del **concetto di progetto di vita e di continuità assistenziale**, che riporta al tema della transizione tra le varie fasi della vita, parrebbe **superata la differenziazione per classi di età dei servizi per le persone con disabilità**, (es. tipologie di servizi per persone con disabilità di età fra 14 e 35 anni). L'età anagrafica non è l'unico criterio o il criterio di valutazione dirimente, ma un elemento su cui valutare l'appropriatezza di un percorso per la persona con disabilità *"in quella precisa fase della sua vita"*.

Analogamente si potrebbe citare il limite dei 18 anni fra l'accesso alla NPI ed al Dipartimento di Salute mentale (pensiamo alle persone con disturbi dello spettro autistico) o al vincolo dei 65 anni per l'accesso ai servizi residenziali per anziani.

È anche per questo motivo che **il tema delle transizioni**, già presente in particolare in attuazione dell'art. 20 bis della LR 41/96 richiede un assetto specifico nei futuri assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie, per l'area dell'integrazione socio-sanitaria, un vero e proprio servizio, multiprofessionale, che al momento della conoscenza della persona con disabilità ne valuta abilità, autonomie e aspettative e propone sostegni e inserimenti anche sperimentali e di breve durata in più servizi ed opportunità del territorio per identificare la soluzione migliore in quella particolare fase della sua vita.

Si reputa Interessante la previsione dei regolamenti in materia di **autorizzazione ed accreditamento**, previsti dalla legge regionale 22/2019 che promuovono **un approccio centrato sui processi nei servizi pubblici e privati** di domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità che devono essere orientati a garantire il soddisfacimento dei bisogni delle persone con disabilità nonché a promuovere la migliore qualità della vita.

A riguardo, dato il contesto normativo, deve essere considerata una priorità la fissazione dei requisiti per **l'accreditamento delle unità e dei servizi intermedi orientati alla disabilità psichica**, con particolare riguardo alla riabilitazione funzionale.

Rilevante, come abbiamo detto, **l'allocazione delle prestazioni inerenti ai LEA sul SSR.**

Con il disegno di legge in oggetto, infatti, di competenza sanitaria, non sarà più solo **la fase intensiva ed estensiva** della residenzialità e semiresidenzialità (100% SSR) ma anche **la fase lungo-assistenziale** che consta dei trattamenti socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, allo stato di competenza dei Comuni (Residenziale a elevato impegno assistenziale: 70% a carico del SSN; Residenziale a moderato impegno assistenziale: 40% a carico del SSN; Semiresidenziale: 70% a carico del SSN).

Restano invece **di competenza dei Comuni** prestazioni inerenti il sostegno socio-assistenziale scolastico; attività integrativa di valenza socio-educativa negli asili nido, nelle scuole di ogni ordine e grado nonché in ambito extrascolastico; attivazione e sostegno di modalità individuali di trasporto; soluzioni abitative protette alternative all'istituzionalizzazione; servizi realizzati nei contesti naturali di vita delle persone, che valorizzano la dimensione della domiciliarità.

Se da una parte è importante aver ripreso gli **assetti prefigurati dai LEA**, per l'area dell'integrazione socio-sanitaria, dall'altra è importante che lo sviluppo normativo regionale sia improntato sull'attenzione alla persona con disabilità ed alla sua famiglia, per evitare che si intravedano percorsi eccessivamente orientati sul versante sanitario, dato e considerato che parte consistente degli interventi a favore delle persone con disabilità sono di tipo socioeducativo, esperienza e competenza dei Comuni, i cui tratti fondamentali devono far parte del budget di salute da intendere come momento significativo di integrazione sociale e sociosanitaria.

Rilevante risulta essere il combinato disposto del comma 2 e 6 laddove si prefigurano (giustamente) i passaggi di competenze, di cui al comma 1 dell'articolo in oggetto, garantendo la continuità dei servizi in essere delle forme gestionali esistenti ed il riordino del sistema socio-sanitario per le disabilità le tipologie di offerta dei servizi anche tramite la valorizzazione e la messa a sistema delle buone pratiche già in essere.

Correttamente, se da una parte resta in capo alla Regione la scelta politica del passaggio della titolarità delle prestazioni ed interventi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria per la disabilità, ferme restando quelle che invece rimangono in capo ai Comuni, dall'altra parte si ritiene importante

e doveroso che vengano valorizzate le **esperienze positive e confermati i modelli gestionali consolidati nei territori, nelle relazioni fra Aziende sanitarie, Comuni in forma singola ed associata (Ambiti e Consorzi) e soggetti gestori del terzo settore**. Laddove poi non vi sia coincidenza fra titolarità e gestione nell'erogazione delle prestazioni e dei livelli di assistenza e di intervento dovranno essere definiti gli accordi, ovvero i rapporti convenzionali che fissino la missione del gestore, qualità, livelli, prassi e risorse per gli interventi previsti nell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

La **previsione del comma 8 dell'art.17** pare assegnare all'Azienda Sanitaria, unilateralmente, il compito di rivalutare le persone in carico anche ai fini della rivalutazione dell'intensità e della qualità degli interventi da riconoscere, pare collidere con la ratio e la norma dell'articolato della norma dato che si parla ricorrentemente di integrazione sociosanitaria e valutazione multidimensionale e di definizione del progetto personalizzato. Per ciò stesso andrebbe riscritta o precisata.

Titolo III - Capo II - art.20 (Terzo settore)

In ragione del principio di sussidiarietà e con l'approvazione del Codice del Terzo Settore particolare apprezzabile e funzionale al sistema di integrazione socio-sanitario, appare la valorizzazione del ruolo che gli Enti del terzo settore, al fine di estendere e rafforzare la costruzione di un sistema di **salute** (da aggiungere al comma1), di opportunità abitative, lavorative e di socializzazione per l'inclusione della persona con disabilità.

Titolo III - Capo III Pianificazione e programmazione locale - Artt.(22-23 -24)

Sul piano della **pianificazione e programmazione locale**, Aziende Sanitarie e Comuni concordano, con atto d'intesa, le attività sociosanitarie intersettoriali relative a interventi e servizi per la disabilità, anche con riferimento alla ripartizione delle risorse finanziarie, coinvolgendo il Terzo settore e la Consulta.

Anche sul fronte dell'integrazione gestionale e professionale si prevedono attività di confronto stabile tra Aziende e Comuni. La Regione fornisce specifiche linee di indirizzo relativamente al sistema di presa in carico integrata e al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, promuove il ricorso al budget di salute e le sperimentazioni per l'innovazione del sistema dei servizi incentrati sulla personalizzazione della risposta.

Riguardo **all'integrazione gestionale e professionale** si osserva come sia ormai indispensabile l'utilizzo di sistemi omogenei di valutazione della persona con disabilità al fine di definire in modo uniforme la condizione soggettiva del soggetto utente e di garantire effettive comparazioni fra risposte territoriali e un utilizzo omogeneo dei relativi dati da parte della Regione e dell'Osservatorio. Viene opportunamente fatto riferimento all'ICF dello OMS (International Classification of Functioning Disability and Health – OMS) che analizza le condizioni fisiche, le attività personali, la partecipazione sociale, i fattori contestuali ambientali e personali così da promuovere una visione globale della persona. L'adozione di tale scala di classificazione, che ha un approccio olistico, consentirebbe di generare un linguaggio "comune" fra professionisti diversi definire in modo uniforme la condizione di complessità del bisogno i con relativi profili di intensità dei sostegni e degli interventi oltrechè rendere confrontabili i risultati delle valutazioni.

Circa il **budget di salute**, strumento da tempo istituito, crediamo richieda un'azione di informazione, formazione e sperimentazione che vada oltre la sola area della salute mentale.

Questo per fornire concretamente alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a livello distrettuale lo strumento adeguato per una prassi innovativa che intende **valorizzare il progetto di vita come quale riferimento unitario** con i vari sostegni necessari e, di conseguenza, con le risorse economiche da introdurre in una composizione a budget.

Il 2023 potrebbe essere l'anno per sperimentare e raffinare anche questo metodo di lavoro e questo strumento.

Titolo IV - Norme finanziarie (Art.26)

Il sostegno finanziario della riforma è un elemento decisivo e dirimente circa il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Buona parte dei finanziamenti regionali agli enti gestori per la disabilità viene trasferita sulla base di un calcolo parametrico che attribuisce le risorse regionali in base alla popolazione fra 14 e 64 anni presente nei vari territori di competenza. Ma **il valore assoluto della popolazione** di un territorio non può essere l'unico parametro da considerare, dato che, peraltro, alla riduzione della popolazione non corrisponde una riduzione dei **bisogni che invece si articolano e si diversificano nel verso della complessità e della cronicità**, in ragione delle condizioni patologiche e dell'innalzamento dell'età media e della speranza di vita.

Un sistema regionale centrato sui bisogni delle persone con disabilità, con i diversi interventi mirati alla condizione di salute, di inclusione, integrazione e partecipazione dovrebbe prevedere alcuni **indicatori e/o parametri** che possano tenere conto nel miglior modo possibile dell'aumento qualitativo dei bisogni e dei relativi sostegni necessari alle persone con disabilità.

Fra questi indicatori particolare importanza assume, come detto, il profilo del bisogno sul quale viene definita l'intensità dell'intervento riabilitativo, abilitativo, educativo ed assistenziale. E' innegabile come sia in aumento la complessità del bisogno che richieda rapporti operatore/assistiti impegnativi, sovente 1:1 (pensiamo a patologia autistica o comportamentale severa).