

Regioni, integrazione sociosanitaria e tutela della fragilità: alcuni profili di innovazione¹

di Elena Vivaldi

1. Introduzione

Il contributo ha la finalità di indagare le direttrici fondamentali della legislazione regionale che negli ultimi vent'anni ha tentato di rispondere ai bisogni delle persone fragili, a partire da un concetto ampio di salute che si è fatto strada, a livello normativo e culturale, dalla metà del secolo scorso. I legislatori regionali sono stati molto attivi nell'individuare “nuove” categorie di destinatari cui aprire il proprio sistema di welfare, anche attraverso la sperimentazione di modalità innovative di intervento. In questo contesto, le molte traiettorie sulle quali innestare l'integrazione tra intervento sociale e sanitario costituiscono il filo rosso di questi interventi.

In questo quadro, l'analisi della legislazione regionale in materia di disabilità e non autosufficienza fornisce un angolo visuale particolarmente significativo perché consente di mettere in evidenza le strategie adottate per realizzare una presa in carico globale di bisogni complessi, anche prima che l'emergenza Covid spingesse il legislatore nazionale ad adoperarsi con discipline ad hoc. Le persone anziane e con disabilità sono state, infatti, tra quelle più esposte agli effetti negativi della pandemia. Dal punto di vista sanitario e sociale, infatti, la loro condizione ha senza dubbio rappresentato un fattore di maggior rischio di contagio, dovuto soprattutto alla difficoltà di attuare il distanziamento sociale a causa dei costanti bisogni di supporto. Allo stesso tempo, maggiore è stato anche il rischio di contrarre il virus, e in taluni casi di morire, a causa della frequente presenza di patologie pregresse e della istituzionalizzazione in contesti residenziali caratterizzati da un'alta densità abitativa. Tale analisi consente, dunque, di rilevare l'anticipazione a livello di legislazione regionale di istanze che solo di recente hanno trovato risposta, seppur non ancora compiuta, nelle riforme nazionali annunciate nel PNRR (legge n. 227/2021 recante “Delega in materia di disabilità” e legge n. 33/2023, recante “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”). Tra queste: la valorizzazione dell'autonomia della persona anziana e con disabilità, che si concretizza anche nella adozione di una serie di misure che evitino e/o prevenano l'istituzionalizzazione

¹ È il testo di un capitolo del libro di ASTRID, *Regioni sì, ma non così: Riflessioni e proposte in memoria di Valerio Onida*, a cura di Giuliano Amato, Franco Bassanini, Giorgio Macciotta, Il Mulino, 2025.

attraverso il rafforzamento dei servizi domiciliari integrati e la progettazione di soluzioni di abitare innovativo; la tutela del caregivers familiare; la redazione di un piano di intervento personalizzato che leghi insieme, in una prospettiva di medio-lungo periodo, interventi sociali e sociosanitari, sostenuto da strumenti quale il budget di progetto o di salute, finalizzato a perseguire il fine dell'integrazione sociosanitaria.

2. Salute, integrazione sociosanitaria e territori

Dal principio personalista scaturisce la centralità dell'integrazione sociosanitaria come modo di essere della tutela dei diritti, che incide sul momento organizzativo dell'erogazione delle prestazioni e che dovrebbe rappresentare la risposta da parte dell'amministrazione a quei bisogni eterogenei che non vengono adeguatamente soddisfatti né dalle prestazioni sociali da un lato, né da quelle sanitarie dall'altro². Quei bisogni ancora una volta legati al benessere complessivo degli individui, ovvero al concetto, già fatto proprio dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, di globalità della prestazione. È noto come i fattori ambientali, sociali, culturali e comportamentali esercitino un ruolo fondamentale sullo stato di salute o di malattia degli individui e delle comunità, eppure questi aspetti vengono a lungo considerati estranei alla "tecnicità sanitaria" e non hanno un ruolo riconosciuto nei curricula formativi dei professionisti sanitari³. Questo comparto del welfare dovrebbe, in buona sostanza, rappresentare il collante tra l'attuazione dell'art. 38 Cost. (affidato, in buona parte, ai sistemi regionali di interventi e servizi sociali) e dell'art. 32 Cost. (consegnato, anch'esso, ai diversi sistemi sanitari regionali, nel quadro di una normativa di principio dettata dalla legge statale), nell'ottica della realizzazione di un complessivo sistema di sicurezza sociale⁴ in grado di attuare il principio personalista e di uguaglianza sostanziale tutelati dagli art. 2 e 3 della Carta fondamentale. L'integrazione sociosanitaria, dunque, costituisce il paradigma di un intervento che, per perseguire le finalità indicate, assume i caratteri di un intervento *personalizzato e territoriale*⁵, ponendo "l'organizzazione quale elemento terminale di un percorso che parte dalla

² Integrazione sociosanitaria intesa quale "complesso articolato sistema di servizi ed interventi finalizzato a configurare una risposta a un bisogno di salute contestualmente ad un bisogno assistenziale, il primo relativo ad una situazione patologica o d'acuzie, il secondo concernente una situazione relazionale". Così L. Degani, R. Mozzanica, *L'integrazione socio-sanitaria: le ragioni, le regioni, gli interventi*, Maggioli, Sant'Arcangelo di R. 2009, p. 9

³ F. Starace, *Il budget di salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1, 2021, p. 3.

⁴ Sul concetto di sicurezza sociale C. Tripodina, *Art. 38*, in S. Bartole e R. Bin (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, p. 370.

⁵ Come ha affermato F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali*, n. 1, 2022, p. 429, "Il rapporto tra salute ed enti locali si gioca anzitutto sul terreno dell'integrazione socio-sanitaria".

persona, passa per i suoi diritti, per l'identificazione dei bisogni da soddisfare, prosegue con l'individuazione delle prestazioni da erogare e si conclude con l'organizzazione dei servizi che li debbono fornire"⁶. Su questo punto la legislazione regionale ha avuto un ruolo cruciale.

3. Integrazione sociosanitaria e regioni

Come è noto, il d.lgs. n. 229/1999 ha demandato alle regioni il compito di disciplinare i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, nonché quello di individuare gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari. A livello statale, infatti, l'integrazione sociosanitaria "appare in forma di finalità generale di sviluppo del Sistema sanitario, la cui realizzazione spetta tuttavia integralmente alle regioni, unico livello istituzionale in cui si concentrano competenze generali in materia di regolazione organizzativa di sanità e, al tempo stesso, di assistenza sociale"⁷.

L'art. 3 septies, co. 8 richiede che comuni e aziende sanitarie debbano garantire l'integrazione "su base distrettuale". Da parte sua, la legge quadro n. 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali ha posto, tra i principi della programmazione cui regioni ed enti locali debbono far riferimento, anche il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari, nonché la concertazione con le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del servizio sanitario nazionale⁸. E che la regione debba individuare gli ambiti territoriali delle zone sociali in modo da farli coincidere, di norma, con i già operanti distretti sanitari (art. 8, co. 3, lett a).

Conseguentemente tutte le regioni hanno teso, in modi e con vigore diversi, ad attuare tali disposizioni, pur scontando due difficoltà di fondo: l'incertezza di un quadro normativo che, a pochi anni dall'approvazione delle citate disposizioni, ha visto mutare in modo considerevole le prerogative di regioni ed enti locali nelle materie qui considerate, da un lato; le differenze di fondo che caratterizzano il sistema sanitario e quello sociale dall'altro. Pensiamo al sistema di finanziamento, a quello di gestione e al diverso grado di interazione pubblico/privato, alla definizione o meno dei livelli essenziali di assistenza, nonché al sistema di accesso. Questo ha dato vita ad una "multiformità di scelte regionali in merito ai sistemi di governo ed ai modelli di intervento, che da oltre due decenni [...] le istituzioni territoriali hanno predisposto, attuato, corretto, ridefinito, in funzione dello sviluppo di una capacità di risposta ai

⁶ A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2020, p. 209.

⁷ *Ivi*, p. 215.

⁸ Art. 3, co. 2, lett. a) e b), legge n. 328/2000.

bisogni, che deve tenere conto delle specificità delle diverse realtà, dei contesti demografici e anche delle opzioni politico-amministrative dei governanti”⁹.

In alcuni contesti si è inteso privilegiare l’aspetto politico istituzionale dell’integrazione, in altri l’accento è stato posto sul versante gestionale (ovvero sull’organizzazione territoriale dei servizi) nonché su quello organizzativo dei servizi integrati. Alcune regioni hanno così proceduto ad accorpate gli assessorati alla sanità e alle Politiche sociali (Friuli-Venezia giulia, Sardegna), altre invece li hanno mantenuti divisi, così da attribuire una propria autonomia alle politiche sociali. Un’altra scelta è stata quella di unificare non tanto gli assessorati, quanto gli strumenti programmatori, regionali e/o locali. Con riferimento ai primi, vi sono regioni che hanno realizzato un piano sociale che si occupa di servizi sociali, affiancato da un piano sanitario che riprende la parte relativa ai servizi sociosanitari (questa impostazione è presente nelle Marche, in Puglia, Umbria, Sardegna, toscana); ve ne sono altre che hanno realizzato l’integrazione tra sanità e sociale, grazie ad un unico atto di programmazione: ciò accade oggi in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

Da ultimo, il d.p.c.m. 12 gennaio 2017 che ha aggiornato i livelli essenziali di assistenza, all’art. 21 ha previsto che il Sistema Sanitario Nazionale debba garantire “l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. La parte dedicata all’integrazione sociosanitaria è il Capo IV, laddove vengono individuate in maniera più articolata rispetto a quanto non fosse fatto in passato le prestazioni. Dal momento che la particolare natura di tali prestazioni non consente una rigida classificazione in liste chiuse di servizi, la scelta operata dal d.p.c.m. va nel senso di declinare le aree di attività incluse in questo ambito e distinguere le tipologie di assistenza caratterizzate da livelli diversi di complessità e impegno assistenziale.

4. Il budget di salute quale strumento di attuazione dell’integrazione sociosanitaria a livello regionale

A livello regionale la finalità dell’integrazione sociosanitaria è stata perseguita anche attraverso l’utilizzo di strumenti innovativi, che successivamente hanno avuto un riconoscimento anche a livello di legislazione nazionale¹⁰. Il riferimento è al “budget

⁹ C. Buzzacchi, *Lo strumento normativo come fondamento delle politiche socio-sanitarie? Un’introduzione all’analisi delle legislazioni regionali*, in Rapporto 2022 dell’Osservatorio DIPAD, Giappichelli, Torino, 2022, p. 4.

¹⁰ Uno dei primi riferimenti in un atto nazionale al budget di salute è contenuto nella legge n. 112/2016, che dà una nuova spinta all’attuazione del welfare territoriale, perché aggiunge, appunto, al fianco del progetto personalizzato, il “budget di salute o budget di progetto”, quale unità di misura delle risorse umane, professionali, ed economiche necessarie alla concreta attuazione di ciascun progetto personalizzato.

di salute o di progetto”, quale strumento di finanziamento innovativo, finalizzato a sostenere i progetti personalizzati, coinvolgendo tutti gli attori territoriali e le possibili risorse in gioco. Il punto di forza e la valenza innovativa che lo caratterizza è rappresentata dall’attività congiunta che richiede la sua formulazione, ossia quella contaminazione culturale¹¹ e quel confronto continuo tra operatori ed organizzazioni diverse, che si estende dalla valutazione iniziale della persona alla definizione del suo progetto di vita, dal monitoraggio e verifica dei risultati, fino alla eventuale ridefinizione, in corso d’opera, degli obiettivi che un sistema di welfare autenticamente integrato si pone nei confronti della vita della persona fragile.

L’idea alla base di strumenti di questo tipo è che la riduzione dei costi di assistenza sociale e sanitaria avvenga delegando il controllo della spesa al fruitore dei servizi, riducendo al contempo il ricorso a cure residenziali o intensive, a favore di cure di lungo periodo di carattere domiciliare, all’interno della comunità di appartenenza¹². In questo contesto l’integrazione nella comunità di appartenenza è uno degli obiettivi del finanziamento individualizzato e rappresenta una differenza sostanziale rispetto ai servizi sociosanitari tradizionali erogati in via standardizzata¹³. Come è stato efficacemente osservato “I benefici, le misure e prestazioni del piano individuale funzionano da fattori di conversione, nella misura in cui pongono i beneficiari nelle condizioni di trasformarli in capacità effettivamente esercitate, in libertà agite. Al contempo è su tali determinanti sociali che vengono a convergere le risorse dei servizi pubblici e comunitari, facendone le chiavi di lettura condivisa dei bisogni e potenzialità della persona da implementare in un percorso di co-progettazione e co-valutazione”¹⁴. Diverse regioni italiane hanno adottato il budget di salute quale strumento integrato di gestione degli interventi sociosanitari; tra le prime sperimentazioni vi sono quelle realizzate in Friuli-Venezia Giulia e Campania, già a partire dagli anni 2005-2006¹⁵. Più di recente assumono rilievo le sperimentazione promosse in Lombardia per promuovere l’inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso la riqualificazione dei loro percorsi di vita, sulla base della legge regionale n. 23/2015; nonché quelle realizzate in Emilia-Romagna, a sostegno del progetto personalizzati di

¹¹ F. Starace, *Il budget di salute ... cit.*, p. 3.

¹² C. De Vivo, M. Ascani, S. Cacciola, *Il budget di salute come nuovo strumento di welfare*, in *EyesReg*, 9, 1, 2019.

¹³ P. Fleming, *How personal budgets are working in Ireland. Evaluating the implementation of four individualized funding initiatives for people with a disability in Ireland*, MHSRU, Maynooth University, Research brief, May 2016.

¹⁴ S. Rossi, *Per un diritto trasformativo. Promozione sociale e budget salute*, in M.G. Bernardini, S. Carnovali (a cura di), *Diritti umani in emergenza. Dialoghi sulla disabilità al tempo del Covid-19 cit.*, p. 49 ss.

¹⁵ R. Zutton, *Case management, vita indipendente e budget di progetto in Friuli Venezia Giulia*, in *welforum* 16 novembre 2018.

persone affette da disturbi mentali gravi, in relazione alle quali la Regione ha adottato le “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute” con DGR 1554/2015.

Da ultimo, il riferimento al budget di progetto si trova anche nella recente legge regionale n. 25/2022 della Regione Lombardia (Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità), laddove lo strumento è strettamente collegato all'attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato redatto sulla base di una valutazione multidimensionale, progetto che la legge regionale volge alla garanzia dell'esercizio del diritto a vivere nella società in condizioni di uguaglianza e pari opportunità, “garantendo l'inclusione nel tessuto sociale ed evitando l'isolamento o la segregazione”. In questo contesto l'attuazione del diritto alla vita indipendente poggia anche sulla previsione di risorse atte a finanziare il ricorso agli assistenti personali per le persone con disabilità che intendono avvalersene, rinviando la definizione di requisiti e competenze dell'assistente personale necessari per l'erogazione dei rimborsi ad un successivo provvedimento della Giunta, nonché la diffusione di centri per la vita autonoma e la vita indipendente, con l'obiettivo di sostenere le persone con disabilità nella definizione del progetto di vita. L'art. 7, nel dettare la disciplina del budget di progetto, prevede che siano ricomprese al suo interno tutte le risorse disponibili, pubbliche e private, destinate al sostegno della persona con disabilità, incluse quelle finalizzate all'inclusione scolastica e lavorativa, nonché “i trasferimenti monetari di tipo assistenziale, previdenziale e le risorse personali, così come quelle liberamente messe a disposizione dai familiari, anche in termini di lavoro volontario, o quelle attivabili dalla comunità sociale di appartenenza” (art. 7, co. 2, lett. h).

Le sperimentazioni finora condotte a livello regionale hanno mostrato sia elementi di forza sia criticità. Con riferimento ai primi, la metodologia del budget di salute ha avuto ricadute positive sul versante dell'organizzazione dei servizi di assistenza. La costruzione del budget ha favorito una maggiore consapevolezza nell'impegno delle risorse e una razionalizzazione del loro turnover; allo stesso tempo, l'attenzione posta sul progetto personalizzato ha richiesto di *rileggere le storie e riscrivere i percorsi* delle singole persone coinvolte¹⁶. In altre parole, “la risorsa economica non viene più investita nella struttura, ma nel processo che sottende al progetto” individuale¹⁷.

¹⁶ M. Bollani, *Sperimentare il Budget di salute in Lombardia. Il Progetto L-inc*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1/2019, p. 31-32

¹⁷ F. Starace, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*, Roma, Carocci, 2011, p. 138.

5. Gli interventi regionali in materia di disabilità e non autosufficienza: un quadro di insieme, oltre l'integrazione sociosanitaria

Gli interventi regionali in materia di disabilità e non autosufficienza, anche se non sempre riconducibili ad un disegno politico organico, sono stati particolarmente numerosi negli ultimi venti anni e sono stati spesso accomunati dal tentativo di coniugare gli interventi sociali e sociosanitari - in un'ottica di piena integrazione e di presa in carico globale di bisogni complessi - con misure ulteriori, miranti a disciplinare i diversi aspetti e contesti in cui vive la persona fragile, come quello della tutela del caregivers familiare o dell'inserimento lavorativo della persona con disabilità. Ciò ha consentito ad alcune Regioni di adottare un approccio talora anche di più ampio respiro di quello adottato dal legislatore statale, proprio nell'alveo della definizione del progetto personalizzato e del budget chiamato a sostenerlo. A livello nazionale, infatti, sul versante disabilità, dopo l'approvazione della legge n. 104/1992 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), vi è stata una *sostanziale inerzia*, almeno fino all'adozione della legge n. 112/2016 (Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare) e poi, da ultimo, della legge n. 227/2021 (Delega al Governo in materia di disabilità) e conseguenti decreti legislativi¹⁸.

Forniscono utili esempi di questa linea di sviluppo la l. r. 7 luglio 2020, n. 15 della Regione Puglia (*Interventi regionali per favorire l'autonomia, la vita indipendente e la qualità della vita delle persone con disabilità, anche senza supporto familiare, in Puglia*), che ha definitivo in via legislativa il progetto personalizzato cd. "di vita indipendente" (art. 2) disciplinando anche la figura dell'assistente personale. Su quest'ultimo punto, la legge ricalca quanto già previsto della l. r. Marche 28 giugno 2018 n. 21 (*Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità*). Tale figura viene proposta quale strumento per rendere davvero effettivo il progetto di vita indipendente, riconoscendo la possibilità di poter fruire di un contributo economico per l'*assunzione* (attraverso apposito contratto di lavoro) di tale assistente, scelto con "piena libertà" dalla persona con disabilità¹⁹.

¹⁸ Questi interventi normativi di livello statale sono stati contrassegnati, seppur con estrema lentezza, da un progressivo superamento della concezione di una radicale irrecuperabilità delle persone con disabilità (fisica e mentale), non esauendo però le proprie finalità nella previsione di una serie di prestazioni assistenziali, ma si proponendosi di fare dell'integrazione sociale e sociosanitaria un asse portante, anche dal punto di vista culturale. Così E. Vivaldi, *Disabilità mentali e vita indipendente. Percorsi di attuazione del principio personalista*, Editoriale scientifica, Napoli, 2023, p. 141 ss.

¹⁹ G. Gotti, *La recente legislazione regionale in materia di disabilità*, in Osservatorio sulle fonti, Rubrica Fonti delle regioni Ordinarie, n. 1, 2022, disponibile qui: <https://www.osservatoriosullefonti.it/rubriche/fonti-regioni-ordinarie/4206-osf-1-2022-regioni-ordinarie-1>

In questo senso si può segnalare anche la l. r. 18 ottobre 2017 n. 60 della Regione Toscana che (*Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità*), che ha l'obiettivo di fornire "uno strumento di riordino e di miglioramento della normativa regionale. In questa ottica, la legge da un lato affronta e anticipa temi che saranno poi centrali anche nell'ultima riforma nazionale relativa alla disabilità (legge n. 227/2021): pensiamo alla semplificazione della fase dall'accertamento della disabilità (a cui è dedicato il Capo II); dall'altro si spinge oltre la riforma nazionale, occupandosi di accessibilità e mobilità (artt. 15 e 16), inclusione lavorativo e educativa (artt. 19 e 20). Il tentativo di regolare un sistema organico di interventi a tutela della persona con disabilità emerge anche dalla l. r. 12 febbraio 2019 n. 3 della Regione Piemonte (*Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità*), che ha inteso promuovere azioni e politiche inclusive per le persone con disabilità in diversi ambiti d'intervento: politiche del lavoro e occupazione; trasporti e mobilità; inclusione educativa e scolastica; salute e politiche sociali; politiche di welfare abitativo; cultura e turismo; sport; contrasto alla discriminazione). Anche in questo caso, la normativa regionale anticipa un tassello cruciale affrontato poi dalla legge n. 227/2021 e dal decreto legislativo n. 62/2024, ossia quello della *comunicazione inclusiva* (art. 4), impegnandosi a sostenere iniziative volte a promuovere l'utilizzo di una terminologia più appropriata: "persone con disabilità" e non "disabili".

La stessa considerazione vale per quanto riguarda il versante della non autosufficienza, caratterizzata da una sostanziale inerzia del legislatore statale dopo l'istituzione, con la legge 27 dicembre 2006, n. 296, (legge finanziaria 2007) del Fondo per le non autosufficienze: la legge infatti attivò un canale di finanziamento prima di aver definito le linee di sviluppo del sistema di tutela per la non autosufficienza attraverso la definizione di una normativa organica²⁰. In questo quadro, l'individuazione della popolazione anziana non autosufficiente come nuova categoria vulnerabile è avvenuta sostanzialmente attraverso un copioso intervento legislativo regionale, che, soprattutto tra gli anni '90 e Duemila²¹, ha dato vita ad una pluralità di modelli regolativi regionali²² volti a tutelare coloro che a causa delle patologie e delle disabilità, anche correlate all'età non possono provvedere alla cura di se stesse e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri²³. Le scelte compiute sono state diverse e sono state contrassegnate dall'obiettivo di integrare i trasferimenti monetari statali – in primis, l'indennità di accompagnamento – con assegni di cura e contributi

²⁰ C. Gori, *Prove di riforma*, in Prosp. soc. e san., 2008, n. 4, p. 3 ss.

²¹ E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, 2004.

²² C. Gori, *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, 2008.

²³ Così E. Vivaldi, *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino, 2008, p. 182 ss.

aggiuntivi, ma anche attraverso il rafforzamento dell'offerta dei servizi domiciliari, semiresidenziali o residenziali, il supporto ai processi di deistituzionalizzazione (Veneto e Toscana), la valorizzazione della sussidiarietà orizzontale (Lombardia e Veneto). Le scelte regionali compiute nel corso di questo ventennio, si riverberano ancora oggi sul quadro regolativo: in alcuni territori (Emilia-Romagna e Toscana) l'offerta pubblica di assistenza domiciliare è superiore alla media nazionale, con bassa percentuale di beneficiari indennità di accompagnamento; in altri territori (Campania e Calabria) sono al contrario nettamente prevalenti i trasferimenti monetari e l'offerta di servizio (domiciliare e residenziale) è scarsa. In altri ancora (Piemonte e Lombardia) l'offerta dei servizi residenziali è prevalente²⁴.

6. Conclusioni

La finalità dell'integrazione sociosanitaria ha consentito alle Regioni di dare vita ad un laboratorio di modalità operative e organizzative che hanno trovato una delle espressioni più creative nella legislazione sulla disabilità e non autosufficienza, proprio per la complessità dei bisogni che tali fragilità richiedono. La ricerca del miglior assetto possibile per assicurare la centralità della persona e conformare il modo di essere dei servizi sanitari e sociali ha portato spesso le Regioni ad anticipare il legislatore statale, anche nella individuazione dei bisogni da considerare e soddisfare, in un'ottica di presa in carico complessiva. Le varie sperimentazioni che nel corso degli ultimi anni hanno portato all'utilizzo dello strumento del budget di salute, a partire dall'area delle disabilità mentali, per estendersi all'area della disabilità più genericamente intesa e alla non autosufficienza, sono significative perché tentano di attuare con modalità operative l'integrazione, superando dal basso la separatezza istituzionale e normativa che caratterizza i due settori. Il punto nodale su cui si basa questa progettualità sperimentale è che l'integrazione sociosanitaria non si realizza attraverso l'instaurazione di meccanismi di delega, ma debba fondarsi sulla coprogettazione, cogestione e cofinanziamento di progetti tra enti pubblici e soggetti privati e altre professionalità rilevanti. Ciò ha consentito ad alcune Regioni di adottare politiche di welfare di ampio respiro, miranti a considerare i diversi contesti (familiari, sociali, lavorativi) in cui la vita della persona fragile si dipana, proprio nell'alveo della definizione del progetto personalizzato e del budget chiamato a sostenerlo.

²⁴ L. Nava, G. Accolla, *Modelli regionali di politiche per anziani non autosufficienti: stime della relazione domanda-offerta*, I luoghi della cura, n. 3, 2022, p. 2 ss