

## **Il Budget di salute e le procedure amministrative a supporto**

Alceste Santuari – Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia – Alma Mater Studiorum

@ [alceste.santuari@unibo.it](mailto:alceste.santuari@unibo.it)

La moderna garanzia dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni socio-sanitarie passa sia attraverso le responsabilità istituzionali degli enti pubblici preposti (Stato e Regioni) sia dal contributo e dall'impegno degli enti non lucrativi cui la Riforma del Terzo settore ha assegnato proprio la funzione di “innalzare i livelli di cittadinanza”, ossia gli Enti del Terzo settore.

In questa prospettiva, la Riforma in parola ha delineato un quadro giuridico e istituzionale che, recuperando una felice intuizione della legge di riforma dell'assistenza (legge n. 328/2000), ispirato al principio di sussidiarietà orizzontale, contempla forme di collaborazione tra aziende sanitarie ed enti locali, da un lato, ed Enti del Terzo settore, dall'altro. Si tratta di modalità di natura cooperativa, alternative alle tradizionali procedure di carattere concorrenziale, a mezzo delle quali le amministrazioni pubbliche possono individuare, insieme agli Ets, percorsi e processi partecipativi ed innovativi finalizzati a rispondere alle moderne domande di salute, tra cui, in particolare, quelle che emergono dalle persone con fragilità e disabilità.

Tra le forme di cooperazione che il Codice del Terzo settore individua, si registra, per quanto di interesse in questo contributo, la co-progettazione, procedura attraverso la quale enti pubblici ed enti privati non lucrativi condividono obiettivi, azioni ed interventi, risorse economiche, perseguendo, congiuntamente finalità di interesse generale. Una simile procedura, per la sua natura, per le dinamiche aggregative e innovative che è in grado di attivare, nonché per l'assenza di rapporti a prestazioni corrispettive, come, invece, accade nell'ambito delle gare d'appalto, si presta naturaliter ad “ospitare” e ad “agire” il metodo del Budget di Salute. Quest'ultimo, infatti, sottende rapporti collaborativi, integrati, non necessariamente fondati su contratti e sul coinvolgimento attivo delle associazioni dei pazienti/utenti. In altri termini, il Budget di Salute può essere l'esito di una concertazione tra diversi portatori di interessi, i quali trovano un giusto equilibrio nell'ambito di procedure amministrative capaci di valorizzare adeguatamente l'apporto di tutti i soggetti coinvolti.

La metodologia del BdS intende promuovere una specifica valorizzazione delle persone con disabilità, finalizzata a: a) fornire un set di attività e di interventi a favore delle persone con disabilità, in specie mentale; b) rafforzare soluzioni organizzative, gestionali e, quindi, anche giuridiche di deistituzionalizzazione delle persone affette da disabilità mentale e c) promuovere azioni che permettano un reale ed efficace inserimento delle persone con disabilità nella comunità locale e nel processo lavorativo.

In questa cornice, il budget di salute intende favorire processi riabilitativi dinamici, personali e individualizzati allo scopo di evitare progettualità statiche con conseguenti rischi di allontanamento dai bisogni reali, dagli obiettivi di salute delle persone e di cronicizzazione dei percorsi sul medio lungo periodo. Nella definizione e nell'attuazione del BdS, pertanto, il coinvolgimento di una gamma di attori, istituzionali, non profit e famigliari, rappresenta la *conditio sine qua non* affinché i percorsi di inclusione socio-sanitaria e socio-lavorativa delle persone con disabilità possano risultare efficaci.

Il coinvolgimento di una pluralità di attori, istituzionali e non, tuttavia, non corrisponde ad uno schema univoco e standardizzato: diversi, infatti, sono il livello di detto coinvolgimento, la platea dei soggetti coinvolti, nonché il grado di interazione e integrazione tra gli stessi, da cui discendono necessariamente modelli e strumenti diversi che, in questi ultimi anni, sia il legislatore nazionale sia quelli regionali si sono preoccupati di regolare.

In epoca recente, il legislatore nazionale ha dimostrato di essere particolarmente attento alla metodologia rappresentata dal BdS: in quest'ottica, deve essere interpretata la previsione contenuta nell'art. 4-bis della legge 17 luglio 2020, n. 77, di conversione con modificazioni del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, concernente "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", in vigore dal 19 luglio 2020. (c.d. Decreto Rilancio).

La novella in parola individua il BdS quale misura funzionale alla realizzazione di progetti di vita delle persone con disabilità, sia in forma individuale sia in forma comunitaria. In questa prospettiva, la previsione normativa *de qua* richiama e ribadisce taluni degli aspetti centrali degli interventi legislativi sopra esaminati: il BdS deve essere finalizzato alla costruzione, gestione e condivisione di percorsi e progetti in grado di consentire la capacitazione delle persone rese fragili e con disabilità. In considerazione della posizione di queste ultime nell'ambito delle comunità di appartenenza, l'art. 4-bis prevede il rafforzamento dell'autonomia e delle tutele delle persone con disabilità attraverso interventi e attività non soltanto in termini individuali ma anche in una dimensione collettiva. È questa la dimensione che identifica uno degli aspetti innovativi del metodo del BdS quale strumento, anche

giuridico, di coesione e solidarietà sociale, attraverso il quale coinvolgere una pluralità di soggetti e in grado di attivare risorse, anche di natura economico-finanziaria, mirate a costruire percorsi di effettiva inclusione sociale.

Dal punto di vista dell'architettura istituzionale disegnata per realizzare gli obiettivi legati alla metodologia del BdS, l'articolo 4-bis attribuisce alla Conferenza Stato-Regioni il compito di definire, in via sperimentale per un biennio, strutture di prossimità e modelli organizzativi volti a favorire azioni e interventi di promozione, prevenzione, riabilitazione e presa in carico delle persone fragili. Tra gli assi portanti delle possibili sperimentazioni rileva anche il coinvolgimento di una pluralità di soggetti, pubblici e privati non lucrativi. In questa prospettiva, il coinvolgimento attivo dei soggetti non lucrativi nella definizione, organizzazione e gestione delle attività e dei servizi che possono essere contemplati nel BdS, si può affermare che gli enti non profit, in quanto svolgono le loro attività di interesse generale in assenza di uno scopo di lucro, rappresentano i partners naturali degli enti pubblici nella programmazione e progettazione degli interventi, attività e servizi di natura socio-assistenziale e socio-sanitaria. L'art. 4-bis conferma che la collaborazione tra pubbliche amministrazioni e soggetti non lucrativi non rappresenta una "second best", ma identifica una modalità ordinaria di partnership. Nella logica di definire interventi e azioni che sappiano essere organici e funzionali alle politiche pubbliche, alle P.A. precedenti è affidato dunque il compito di coinvolgere i soggetti non profit, nonché altri soggetti pubblici, coerentemente con gli strumenti programmatori condivisi, quali il piano di inclusione zonale e il piano integrato della salute.

In questa logica, si collocano gli istituti giuridici di natura cooperativa disciplinati negli artt. 55 e 56 del d. lgs. n. 117/2017: essi esprimono una rinnovata fiducia da parte della pubblica amministrazione nell'azione e nelle capacità degli enti non profit e, attraverso le diverse forme di partenariato pubblico-privato realizzabili, rappresentano la sintesi delle caratteristiche di garanzia del pubblico e di efficienza del privato, evitando, in questo modo, di depauperare il ruolo del primo e di (falsamente) preferire il secondo. In questa cornice di riferimento, le organizzazioni non profit sono perciò titolate a produrre servizi che hanno un valore ed un costo, ma che non devono essere erogati (necessariamente) con i criteri di mercato, pur dovendo essere prodotti con efficienza e professionalità e non in concorrenza con imprese che "stanno sul mercato". In questa prospettiva, si comprende perché le organizzazioni non profit non richiedono di essere sottratte alle regole generali in materia di affidamento dei servizi, ma richiedono un adeguamento delle stesse alle loro peculiarità, in specie allo scopo di valorizzare il diverso rapporto giuridico che si instaura tra enti pubblici e soggetti non lucrativi. Questi

ultimi, infatti, non si caratterizzano per essere soggetti produttori/erogatori di servizi nell'ambito di un rapporto di committenza pubblica, ma risultano definiti da una "specializzazione funzionale", che le rende particolarmente adatte a realizzare finalità di interesse generale al di fuori delle procedure ad evidenza pubblica.

Attraverso gli istituti giuridici cooperativi, la pubblica amministrazione assicura il pieno e attivo coinvolgimento degli enti non profit quali centri di imputazione e di riferimento di tutti gli interessi, in un corretto rapporto tra fini e mezzi. L'ordinamento giuridico, in questa prospettiva, riconosce e valorizza l'apporto originario degli enti non profit, la cui attività risulta naturaliter funzionalizzata al perseguimento di interessi metaindividuali e altruistici, risultando, in questo modo, a supporto della garanzia della fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

L'alternatività ovvero la complementarietà degli strumenti sopra richiamati implica che le aziende sanitarie e/o gli enti locali facciano ricorso ed impieghino, dunque, sia strumenti ed istituti giuridici non riconducibili alle logiche di mercato, sia procedure che, invece, per la loro natura e le loro caratteristiche, non possono non trovare nelle regole competitive il loro fondamento giuridico.

La coesistenza di strumenti e procedure appartenenti a "universi" diversi, segnatamente, quello della concorrenza e quello della partnership, obbligano le pubbliche amministrazioni procedenti a riflettere con attenzione sugli obiettivi che esse intendono realizzare. Dall'identificazione degli obiettivi da conseguire discendono procedure amministrative, che appartengono a paradigmi di intervento diversi e che devono rimanere inalterati nella loro ontologia e genesi. Gli istituti cooperativi di cui al Codice del Terzo settore si prestano alla realizzazione di obiettivi condivisi tra pubbliche amministrazioni ed enti non profit: le prime non esercitano la funzione di committenza, mentre i secondi partecipano al procedimento amministrativo. Gli istituti di natura cooperativa, che derivano la loro legittimazione normativa dal principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, u.c. Cost., affermano un paradigma di azione della pubblica amministrazione, caratterizzato da una propria autonomia e orientato al coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative della società civile in progetti, interventi e attività prive di una connotazione onerosa ovvero di prestazioni corrispettive. Il Budget di Salute quale "piattaforma" attraverso cui è possibile realizzare una più efficace ed efficiente integrazione tra servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, le prestazioni e i servizi in esso contemplati, nonché il ruolo svolto dalle organizzazioni non profit trovano la loro collocazione naturale, sistematica, organizzativa e, soprattutto, teleologica nel principio di sussidiarietà.

Il quale, infine, può trovare una naturale declinazione nei regolamenti ovvero linee guida che le aziende sanitarie (e gli enti locali) possono adottare al fine di fornire maggiore chiarezza giuridica ed organizzativa ai rapporti con gli Enti del Terzo settore.