



Consiglio Regionale della Campania

Prot.n. 22872/A.Gen.

Al Signor Presidente della Giunta
Regionale della Campania
Via S. Lucia, n. 81
N A P O L I

Ai Presidenti delle Commissioni
Consiliari V e II

Ai Consiglieri Regionali

All'Assessore delegato ai rapporti
con il Consiglio regionale

Al Settore Legislativo, Studi e Ricerche

S E D E

Oggetto: Proposta di Legge “Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali sostenuti con budget di salute” **Reg. Gen. n. 97**

Ad iniziativa dei Consiglieri Oliviero, Mucciolo e Paolo Romano
Depositata il 6 ottobre 2010,

IL PRESIDENTE

VISTO l'articolo 54 del Regolamento interno,

A S S E G N A

il provvedimento in oggetto a:

V Commissione Consiliare Permanente per l'esame;

II Commissione Consiliare Permanente per il parere.

Le stesse si esprimeranno nei modi e termini previsti dal Regolamento.

Napoli, 27 OTT 2010

IL PRESIDENTE

IX LEGISLATURA

PROPOSTA DI LEGGE

*“Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali
sostenuti con budget di salute”*

Ad iniziativa dei Consiglieri Oliviero, Mucciolo e Paolo Romano

(Registro Generale numero 97)



Consiglio Regionale della Campania

RELAZIONE

Il nostro sistema sanitario, nell'attuare un Welfare regionale, è caratterizzato da almeno tre fattori di rischio:

- a) una notevole conflittualità tra spesa nel settore sociale e spesa nel settore sanitario;
- b) una inefficace comunicazione nei confronti del cittadino-utente;
- c) mancanza di uniformità dei meccanismi di valutazione e controllo.

Lo spunto di questa proposta, è dato dai livelli di integrazione socio-sanitaria già raggiunti: le Unità di Valutazione Integrata e Progettazione, il personale socio-sanitario che si occupa del progetto personalizzato e della presa in carico del cittadino; la valutazione multidimensionale dei bisogni reali e prioritari, finalizzata all'individuazione delle corrette metodologie, in vista degli obiettivi da raggiungere; l'idea di progetto socio-sanitario, come prestazione su base personale. È risaputo, che nel concetto di salute, rientrano le determinanti di tipo ambientale, sociale, culturale e comportamentale; è questo il motivo, per cui, si passa da un modello cd. tradizionale, a quello integrato, che mette in primo piano la persona, tenendo conto di tutti i fattori e le patologie determinati per l'individuo, nella realizzazione di un progetto individualizzato. Un tale approccio, non può più basarsi su una valutazione singola, ma presuppone una di tipo multidimensionale e multiprofessionale. L'obiettivo di questa proposta, nel rispetto dell'art. 117, lettera m., e dell'art. 118, comma 4 della Costituzione Italiana, dei progetti personalizzati definiti ai sensi dell'art. 41, comma 3, lettera b), della L. R. n. 11 del 23 ottobre 2007, si propone, considerati i principi di sussidiarietà solidale e di complementarità tra gli erogatori dei servizi, di promuovere la centralità e la partecipazione dei cittadini nei Percorsi Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI, d'ora in poi), attraverso forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzati dalla necessità di interventi sociali e sanitari tra loro integrati. I PTRI sono percorsi terapeutici riabilitativi, rivolti ai cittadini in condizioni di disabilità, conseguente o concomitante a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute, che richiedono interventi individuali, di tipo sanitario e sociale. Questi consentirebbero di ottenere la trasformazione di fattori produttivi esterni all'ASL in fattori interni, gestiti direttamente, con l'ottenimento di una ulteriore produzione di valore aggiunto, in partenariato con il privato sociale ed imprenditoriale. Non a caso, i soggetti coinvolti saranno: la persona, in qualità di titolare del progetto, i suoi familiari, oppure un delegato di sua fiducia; l'ASL, stante l'Unità di



Consiglio Regionale della Campania

Valutazione Integrata e Progettazione (UVIP); il Comune di residenza del titolare del progetto, che attraverso i servizi sociali, è corresponsabile e partecipa, con proprie risorse, alla loro realizzazione; i soggetti cogestori privati, individuati da un elenco realizzato mediante avviso pubblico regionale.

Il progetto riabilitativo individuale potrà essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori, qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definite. La cogestione del progetto, potrà essere attuata mediante la messa a disposizione di una dotazione finanziaria, denominata Budget di Salute (BdS, d'ora in poi), che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per promuovere e sostenere il processo volto a restituire alla persona, affetta da disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, un funzionamento personale, relazionale e sociale accettabile, alla cui scelta e produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Il BdS viene assegnato ad ogni utente, prevedendo tre livelli di intensità progettuale (alta, media e bassa), sarà utilizzato per coprire le spese necessarie al possesso mutuale degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice. La dotazione economica fissata (BdS), sarà programmata, gestita e monitorata in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, con modalità tipiche del welfare mix, quindi, con l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse della comunità, al fine di costruire una presa in carico integrata e personalizzata dei bisogni di salute della persona. Il suddetto BdS può essere utilizzato, qualora se ne determinino le condizioni, anche per far acquisire alla persona fruitrice lo status di socio dell'organizzazione cogestrice, ovvero di altra organizzazione collegata alla stessa. Il Budget di Salute deve essere adeguatamente rendicontato da parte del cogestore, alla UVIP. L'attivazione del BdS per sostenere i PTRI integra e non sostituisce la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte del personale dell'ASL e degli Enti Locali. Concludendo, l'adozione di tale modello, consentirebbe di conseguire i seguenti vantaggi:

- a) di ordine economico;
- b) una maggiore accessibilità e trasparenza al cittadino utente, protagonista del progetto;
- c) l'attuazione della domiciliarizzazione delle cure;



Consiglio Regionale della Campania

- d) trasformazione della spesa assistenziale in investimento per il funzionamento sociale delle persone e della comunità;
- e) attuazione del principio di sussidiarietà.

Tutti fattori questi, che considerato l'attuale momento economico, concorrerebbero ad una ottimizzazione della spesa sanitaria e ad una concreta attuazione di un welfare tipicamente campano, coinvolgente le fasce deboli di cittadini ed il terzo settore.



Consiglio Regionale della Campania

RELAZIONE TECNICO FINANZIARIA

Il progetto di Legge non produce effetti sul bilancio per l'esercizio finanziario 2010 e sul pluriennale (E.F. 2011) dato che le iniziative proposte hanno già apposita copertura finanziaria.



Consiglio Regionale della Campania

Art. 1

(Premessa)

1. La presente legge, nel rispetto del principio di sussidiarietà solidale e di complementarietà tra gli erogatori dei servizi, promuove la centralità e la partecipazione dei cittadini attraverso Percorsi Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI, d'ora in poi), con forme di cogestione di forme di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

Nel rispetto dell'art. 117, lettera m., e dell'art. 118, comma 4 della Costituzione Italiana, i progetti personalizzati definiti ai sensi dell'art. 41, comma 3, lettera b) della L. R. n. 11 del 23 ottobre 2007, possono essere programmati, gestiti e monitorati da personale dell'ASL e degli Enti Locali, attraverso modalità di cogestione della presa in carico, con soggetti del terzo settore, insieme agli utenti e loro familiari.



Consiglio Regionale della Campania

Art. 2

(Oggetto e finalità)

1.I PTRI, sostenuti da Budget di Salute (di seguito, BdS), sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, realizzati di norma seguendo le linee d'intervento descritte nell'allegato 1.

Alle



Consiglio Regionale della Campania

Art. 3

(Valutazione del bisogno)

1. La valutazione dei bisogni di salute dell'utenza, la definizione dei PTRI e la loro verifica periodica è realizzata dall'Unità di valutazione integrata e Progettazione, composta da personale dell'ASL e degli Enti Locali, prevista dall'art. 41, comma 3, lettera b) della L. R. n. 11 del 23 ottobre 2007, alle cui attività partecipa di diritto l'utente, in forma diretta, ovvero attraverso delegato di sua fiducia e, qualora lo necessita, altri soggetti funzionali alla raggiungimento degli obiettivi del progetto individuale.
2. Il responsabile dei PTRI, individuato tra il personale della ASL o degli Enti Locali, provvede a garantire un flusso costante di informazioni da e con il medico di famiglia, con il nucleo familiare, e con tutte le strutture coinvolte nel percorso riabilitativo.
3. Il progetto riabilitativo individuale deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato agli operatori, qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni ovvero alle condizioni precedentemente definite.
4. Il progetto individuale è sempre un prodotto di lavoro d'equipe i cui componenti condividono, per le loro competenze, le responsabilità da esso derivanti, che il coordinatore assume complessivamente su di sé.



Consiglio Regionale della Campania

Art. 4

(Budget di Salute)

1. La cogestione dei PTRI può essere attuata mediante la messa a disposizione di una dotazione finanziaria, denominata Budget di Salute (BdS), che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per promuovere e sostenere un processo volto a restituire alla persona affetta da disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, un funzionamento personale, relazionale e sociale accettabile, alla cui scelta e produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.
2. IL BdS viene assegnato ad ogni utente, nei limiti fissati dall'intensità del PTRI, utilizzandolo per coprire le spese necessarie al possesso mutuale degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice.
3. La dotazione economica fissata – il Bds – sarà programmata, gestita e monitorata in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, con modalità tipiche del "Welfare Mix", ovvero sia l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse della comunità al fine di costruire una presa in carico integrata e personalizzata dei bisogni di salute della persona.
4. Il BdS può essere utilizzato, qualora se ne determinino le condizioni, anche per far acquisire alla persona fruitrice lo status di socio dell'organizzazione cogestrice, ovvero di altra organizzazione collegata alla stessa.
5. Il BdS deve essere adeguatamente rendicontato da parte del cogestore.
6. L'attivazione del BdS per sostenere i PTRI integra e non sostituisce la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte del personale dell'ASL e degli Enti Locali.



Consiglio Regionale della Campania

Art. 5

(Forme di Sperimentazioni Gestionali)

1. La Regione Campania sostiene l'attuazione della presente legge anche attraverso forme di sperimentazione gestionale, che coinvolgano gli ambiti territoriale ai sensi dell'art. 19 della L.R. N° 11/07, singoli o associati, promuovendo la costituzione di organismi partecipati dall'ASL e dagli Enti locali, strumentali alla realizzazione degli interventi sociosanitari integrati, denominati "Fondazione per la Salute" istituiti ai sensi dell'articolo 14 ss. del Codice Civile.
2. Le Fondazione per la Salute hanno il compito di facilitare i processi di governance e di orientare gli attori del sistema socio sanitario verso pratiche alternative all'utenza di tipo passivo (assistenzialista).
3. Le Fondazione per la Salute sono enti in partecipazione, senza scopo di lucro, con patrimonio misto pubblico-privato, aperte a una partecipazione privata diffusa, con lo scopo di promuovere la qualità della vita e la libertà positiva dei cittadini che versino in condizioni di disabilità sociale e di tipo psichica, attraverso l'incremento della capacità di agire individuale e sociale ed il sostegno attivo allo sviluppo di sistemi di benessere locali.



Consiglio Regionale della Campania

Art. 6

(Norma Finanziaria)

1. Per l'attuazione degli interventi previsti nella presente Legge, la Regione Campania predispone lo stanziamento di euro xxxxxxxx a valere sulla U.P.B. xxxxxxxx , ai sensi e per gli effetti della legge regionale 30 aprile 2002, n.7, articolo 27.

2. Per i successivi anni si provvederà con la Legge di Bilancio



Consiglio Regionale della Campania

ALLEGATO 1

Linee d'intervento dei Progetti terapeutico-riabilitati individuali sostenuti dai budget di salute

PREMESSA

La centralità della persona ed il valore dei legami di comunità sono gli assunti che sostengono le linee d'intervento della metodologia descritta, fondata sulla progettualità personalizzata.

In tal senso, si ritiene necessario aumentare la capacità di presa in carico comunitaria (formale e informale) dei bisogni delle persone con disabilità sociale e di tipo psichica per realizzare interventi in cui la Persona sia sostenuta negli atti di vita quotidiana da forme di solidarietà organizzata, che la veda partecipare insieme alle famiglie, ai volontari, agli operatori pubblici e privati.

PROMUOVERE I LEGAMI DI COMUNITÀ

Si delinea, quindi, lo scenario di un Welfare Mix fondato sulla comunità, sulla responsabilizzazione dei suoi membri ed, in primo luogo, dei destinatari dei programmi che, in questa prospettiva, devono giocare un ruolo più attivo e, perfino, imprenditoriale. Non più consumers ma pro-sumers, cioè cittadini portatori di un bisogno che sono al contempo produttori, distributori e consumatori dei beni e servizi di welfare. Sono essi i protagonisti di nuove forme di mercato non più esclusivamente fondato sullo scambio di beni o servizi ma sulla creazione di legami, altrimenti detti beni relazionali.

NUOVO RAPPORTO CON GLI ATTORI PRIVATI: DALL'ESTERNALIZZAZIONE ALLA PARTNERSHIP

L'attività riabilitativa nelle aree sociosanitarie è innanzitutto attività di promozione attiva, garanzia, ricostruzione dell'accesso ai diritti di cittadinanza delle persone con disabilità. In tale contesto, va ridefinito il rapporto con gli attori privati, sinora ispirato – in modo talvolta implicito – al meccanismo della delega di attribuzioni e competenze, in un modello bipolare di relazione pubblico-privato.

Nel modello di comunità solidale, qui proposto, i Servizi Pubblici non delegano la gestione di una parte delle proprie competenze al privato, ma piuttosto ricercano partner per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire sulle determinanti sociali.

Il ruolo del partner Privato non sarà la produzione di un rigido (anche se articolato) set di prestazioni o la gestione di strutture più o meno protette, ma la realizzazione di occasioni di apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità, ossia di intervento sulle principali determinanti della salute e al tempo stesso di promozione e garanzia dei diritti dei cittadini nelle aree citate. Al centro del sistema ci sarà l'individuo con un nome, un volto unico ed irripetibile, portatore di valori, convinzioni, scelte individuali, non una struttura o una organizzazione (anche se non profit). Al partner si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie e delle relazioni.

Per raggiungere questi obiettivi è essenziale attivare strumenti d'integrazione organizzativa (Unità di Valutazione Integrata e Progettazione) per la formulazione dei PTRI, con assegnazione di

Mod. 1



Consiglio Regionale della Campania

responsabilità precise e precise scadenze di verifica con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi, possibilmente su base locale/comunale.

È altresì indispensabile riconvertire i costi sanitari in investimenti: la variabile economica, seppur necessaria, deve in questa progettualità essere "incorporata" nel sociale e gli elementi di scambio devono centrarsi sui legami più che sui beni.

Si dovranno promuovere, in altri termini, forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali dei destinatari dei servizi, in veste di soci fruitori, come strategia di ri-attribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli.

Il partner privato, insieme con gli altri soggetti, promuoverà e sosterrà la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto composti da familiari, persone con disabilità e cooperative sociali che abbiano anche finalità di inserimento lavorativo e fruizione di spazi abitativi.

Verranno realizzate organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse: gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari ecc, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico cui comunque spetta la responsabilità della funzione di controllo nella direzione del Welfare Comunitario.

LA REALIZZAZIONE DEL WELFARE DI COMUNITÀ ATTRAVERSO I BUDGET DI SALUTE

Al centro del sistema vi è la cogestione, con gli attori privati (persone, famiglie, terzo settore, imprese profit), di progetti terapeutico-riabilitativi individuali, mediante investimenti economici, orientati allo sviluppo di aree di intervento prognosticamente determinanti per la salute della persona.

COS'È IL BUDGET DI SALUTE

L'investimento economico, definito "budget di salute", rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

GLI OBIETTIVI DEL BUDGET DI SALUTE

Attraverso il budget di salute s'intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree
a) apprendimento-espressività, b) formazione-lavoro, c) casa-habitat sociale, d) affettività-socialità.

Sinteticamente, gli obiettivi nelle quattro aree dovranno essere:

APPRENDIMENTO-ESPRESSIVITÀ

Occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali). Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di abilità, prima non possedute, e/o lo sviluppo delle stesse, avendo cura d'identificare ciò che la persona è in grado di fare.

CASA-HABITAT SOCIALE

Conseguimento ed eventuale possesso da esercitare della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (Gruppi di Convivenza, Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio)

Le abitazioni, che attraverso il BdS entrano nella disponibilità delle persone-utenti, potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse e del servizio pubblico.



Consiglio Regionale della Campania

FORMAZIONE-LAVORO

Formazione professionale e pratica di una attività – in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano – come sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa, con finalità emancipative o economiche, oppure come partecipazione attiva alla comunità.

SOCIALITÀ-AFFETTIVITÀ

Concrete risposte ai bisogni minimali delle persone in PTRI di promozione dell'avere, del possedere, della proprietà personale, intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e, quindi, della contrattualità. La promozione continua degli strumenti di partecipazione attiva, all'interno degli organismi di solidarietà organizzata.

Destinatari di tali interventi saranno i cittadini in condizioni di disabilità sociale concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, partendo da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale. Ai sensi del DPCM del 14/02/01 le prestazioni ad elevata integrazione sociosanitarie, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, sono riferite all'area materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, attraverso l'Unità di Valutazione Integrata e Progettazione (UVIP).

DALL'ESTERNALIZZAZIONE ALLA COGESTIONE: RUOLO DEL PUBBLICO E DEL PRIVATO

L'assegnazione alle persone di un budget di salute non fa decadere, ma integra la presa in carico degli utenti da parte delle UU.OO. competenti del Servizio Pubblico, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, famigliari, Municipali locali).

La metodologia pone l'enfasi sulla coprogettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché sulla valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra enti pubblici e privato: *a) evitando l'istaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro, b) ponendo attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture, c) promuovendo l'associazionismo e la cooperazione diffusa quale garanzia contro l'accentramento monopolistico ed autoriproduttivo del privato sociale.*

Il privato, nel programma di sperimentazione proposto non è concepito come soggetto a cui delegare o affidare attività, ma come partner di percorsi di costruzione e sviluppo di sistemi attivi di protezione sociale, a partire da progetti individuali.

A tal fine gli attori privati sono chiamati a partecipare ad un Avviso Pubblico per l'ammissione ad un elenco di soggetti disponibili a divenire cogestori con i Servizi pubblici di PTRI mediante BdS.

L'entrata nell'elenco è subordinata: *a) per le persone e le famiglie alla sottoscrizione di un concreto impegno ad incrementare ed autopromuovere le proprie capacità d'inclusione, abilitazione, emancipazione delle persone e della comunità, b) per le organizzazioni alla sottoscrizione di un impegno/progetto d'investimento di risorse, economiche,*



Consiglio Regionale della Campania

tecnico-professionali, logistiche e di competenza, comprese quelle derivanti dai budget di salute, nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di salute e riabilitazione su territori definiti.

I cogestori sono i soggetti inseriti nell'elenco, che spontaneamente e consapevoli di svolgere affari altrui, forniranno a persone che abbiano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento sociale soddisfacente, nel loro interesse e con attività utili per gli stessi, il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire l'accesso ai diritti all'apprendimento-espressività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione, alla socialità-affettività. Quindi, i cogestori promuovono e contribuiscono alla costruzione di sviluppo economico sociale locale e alla riabilitazione integrale del territorio.

I soggetti inseriti nell'elenco amministreranno la dotazione finanziaria (BdS) assegnata ad un utente, nei limiti fissati dall'intensità del progetto terapeutico riabilitativo individuale, utilizzandola per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice e per far acquisire allo stesso, nei casi di specie, lo status di socio dell'organizzazione, o di altra organizzazione collegata alla stessa, al fine di evitare l'istaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la reistituzionalizzazione. La dotazione economica fissata dovrà essere gestita, nell'interesse della persona fruitrice, con la diligenza del buon padre di famiglia ed adeguatamente rendicontata.

I progetti individuali assumono tre livelli di intensità – alta, media, bassa – cui corrispondono differenti livelli di investimento attraverso il budget di salute.

L'investimento finanziario è negoziato e programmato dall'ASL con il partner privato, attraverso la tecnica della finanza di progetto. Tale tecnica, in questo contesto, è intesa come la modalità con cui è cofinanziata e supportata la proposta-progetto dei cogestori attraverso le risorse dei Budget di Salute.

Il coinvolgimento del cogestore nella presa in carico deve basarsi sulle quattro aree contemporanee d'intervento citate: apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, socialità-affettività, formazione-lavoro), ferma restando la priorità assegnata a ciascuna, in sede di definizione del progetto terapeutico riabilitativo individuale.

In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone-utenti, potranno configurarsi sodalità di risposta maggiormente orientate sul versante abitativo, o sul versante lavorativo, o su quello dell'apprendimento-espressività, ovvero sul versante affettivo-sociale. Tuttavia, le quattro aree non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda dei bisogni e del grado di disabilità.

I cogestori dovranno, quindi, operare coerentemente su tutte le aree, lavorando in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel progetto terapeutico-riabilitativo individuale, riferendosi ad un territorio definito e limitato nel quale il tema riabilitativo dovrà essere affrontato in modo integrale con la comunità civile locale e le sue espressioni di rappresentanza politica, produttiva e di volontariato, innescando o inserendosi in un più ampio processo di sviluppo economico sociale locale.