

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 5 giugno 2025, n. 416

Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti. (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022). Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute.

Oggetto: Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti". (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022). Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente, di concerto con l'Assessore ai Servizi sociali, Disabilità, Terzo Settore, Servizi alla Persona;

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale n. 6 del 18 febbraio 2002, concernente la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e le disposizioni relative alla dirigenza e al personale;
- il Regolamento regionale n.1 del 6 settembre 2002, «Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale» e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234, con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 5 dicembre 2024, n. 1044, con cui è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale "Inclusione Sociale" alla dott.ssa Ornella Guglielmino;
- l'Atto di Organizzazione 13 ottobre 2023 n.G13499, con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area "Rete Integrata del Territorio" della Direzione Regionale "Salute e Integrazione Sociosanitaria" al dottor Marco Nuti;
- l'Atto di Organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930 avente ad oggetto "Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale.";

VISTI

- il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche";
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: "Legge di contabilità regionale";
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: "Regolamento Regionale di Contabilità" che, ai sensi dell'art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: "Legge di stabilità regionale 2025";
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 23 recante: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027";
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese";
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: " Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa";
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1176 avente ad oggetto: Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario Esercizio Finanziario 2024;

- la Deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2025, n. 28 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 2025, n. 203, concernente: “Riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2024 ai sensi dell’articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modificazioni”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 2025, n. 204, concernente: “Variazioni del bilancio regionale 2025-2027, conseguenti alla deliberazione della Giunta regionale concernente il riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2024, ai sensi dell’articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modifiche, e in applicazione delle disposizioni di cui all’articolo 42, commenda 9 a 11, del medesimo d.lgs. n. 118/2011”;

VISTI

- la Legge 27 dicembre 1978, n.833 e s.m.i. concernente “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- la Legge 5 febbraio 1992, n.104, recante «Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»;
- il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1994-1996”;
- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- la Legge 12 marzo 1999, n. 68, recante «Norme per il diritto al lavoro dei disabili» e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999 Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;
- la Legge 3 marzo 2009, n. 18 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”;
- la Strategia dei diritti delle persone con disabilità 2021– 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 finale, del 3 marzo 2021;
- il “WHO’s comprehensive mental health action plan 2013-2020” e l’European Mental/ Health Action Plan, approvati dall’Organizzazione mondiale della sanità nell’anno 2013, quali documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell’area della salute mentale;
- la Legge 18 agosto 2015, n. 134 “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”;
- l’Intesa sancita in Conferenza Unificata, repertorio Atti n. 53/CU del 10 maggio 2018, sul documento recante “Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico”;
- la Legge 22 giugno 2016, n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;
- il Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo settore, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”, in particolare il titolo VII - Dei rapporti con gli enti pubblici e gli articoli: Art. 55. Coinvolgimento degli enti del Terzo settore e Art. 56. Convenzioni, che disciplinano

gli statuti giuridici di natura cooperativa che si prestano alla realizzazione di obiettivi condivisi tra pubbliche amministrazioni ed enti non profit;

- la Deliberazione della Giunta regionale 26 giugno 2020, n. 406, recante “Presa d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso dal Governo Italiano alla Commissione Europea il 30 aprile 2021 ai sensi degli articoli 18 e seguenti del regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che definisce un quadro di investimenti e riforme a livello nazionale, con corrispondenti obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l’assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall’Unione Europea, in particolare la Missione 5 “Coesione e inclusione” e Missione 6 “Salute”;
- la Legge 22 dicembre 2021, n.227 recante Delega al Governo in materia di disabilità;
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2021, n.1005 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- la legge regionale 17 giugno 2022, n. 10 “Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 ottobre 2022 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024”;
- il Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”;

RICHIAMATA

- la Legge Regionale. 14 luglio 1983, n. 49 recante “Organizzazione del servizio Dipartimentale di Salute Mentale”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 8 febbraio 2000, n.236, recante “Approvazione progetto obiettivo regionale: “Promozione e tutela della salute mentale 2000-2002”. Attuazione del progetto obiettivo nazionale: “Tutela salute mentale 1998-2000” approvato con DPR 10 novembre 1999”;
- la Legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;
- la Legge Regionale 3 novembre 2003, n. 36 “Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap”;
- la Legge Regionale 3 luglio 2006, n. 6 “Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale”;
- il Decreto del Commissario ad Acta 16 settembre 2014 n. 287 “Recepimento dell’Accordo 2013 n. 4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al “Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale”;
- il Decreto del Commissario ad Acta 3 ottobre 2014 n.310 “Recepimento dell’Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata Le strutture residenziali psichiatriche”;
- la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”, in particolare quanto disposto al capo VII in materia di integrazione sociosanitaria;
- il Decreto del Commissario ad Acta del 17 marzo 2017 n. 94 “Recepimento dell’Accordo n.137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 13 febbraio 2018, n.75 “Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD)”
- la Deliberazione della Giunta regionale 2 marzo 2018, n.149 recante “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l’integrazione sociosanitaria. Attuazione dell’articolo 51, commi 1 – 7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2”, che prevedeva tra l’altro il Budget unico di distretto e il Budget integrato di programmazione (Art. 6);

- la Deliberazione del Consiglio Regionale 24 gennaio 2019, n.1 -Piano Sociale Regionale denominato "Prendersi Cura, Un Bene Comune";
- la legge 17 luglio 2020, n. 77. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- la Deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2021, n.473 recante "Approvazione delle Linee guida per l'avvio dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi nella Regione Lazio";
- la Deliberazione di Giunta regionale 5 agosto 2021, n. 554 "Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta regionale 25 luglio 2017, n. 454 "Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 23/11/2016 di attuazione";
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti". (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022);
- la Deliberazione della Giunta regionale 29 settembre 2022, n. 762 "Adozione del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione";
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n. 976 "Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026";
- il Regolamento regionale 15 marzo 2024, n. 2 "Regolamento regionale per l'erogazione alle persone con disagio psichico delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio 3 maggio 2024, n. T00081 "Deliberazione di Giunta regionale 28 giugno 334. Nomina dei componenti del Tavolo regionale di confronto permanente sul tema della disabilità di cui all'art. 14, della legge regionale 17 giugno 2022, n. 10 "Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità";
- la Deliberazione della Giunta regionale 15 aprile 2025 n. 215 "Legge regionale 29 dicembre 2023, n. 23 "Legge di stabilità regionale 2024". Adozione del "Piano regionale per l'autismo" di cui all'articolo 16, comma 2";

CONSIDERATO che le "Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti", indicate alla succitata intesa n. 104/CU del 6 luglio 2022, prevedono che tutte le regioni sono indicate a dotarsi di procedure amministrative che consentano la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione del modello Budget di salute in un'ottica di integrazione sociosanitaria (ASL, Enti locali);

TENUTO CONTO che il modello del budget di salute è tra le metodologie auspicate anche nel Documento "Residenzialità Psichiatriche" elaborato dalla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità e che anche la Regione Lazio si è impegnata a implementare il già menzionato modello che come è noto:

- porta un miglioramento clinico dei problemi legati a dipendenza da alcol e/ o droghe; problemi cognitivi, fisici o di disabilità;
- favorisce la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio e ambiente di vita, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali, come alternativa o evoluzione dell'assistenza residenziale;
- contrasta e previene il processo di cronicizzazione, l'isolamento, l'istituzionalizzazione e lo stigma della persona con disturbi mentali, creando un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità, finalizzato ad un utilizzo appropriato e integrato delle risorse di entrambi.

TENUTO CONTO, altresì,

- di quanto previsto dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 che riforma la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato ed in particolare l'art. 28 "Budget di progetto";
- dell'articolo 33 del succitato decreto legislativo n. 62/2024, come modificato dall'articolo 19-quater, comma 2, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15, che ha previsto a decorrere dal 1° gennaio 2025 l'avvio di una procedura di sperimentazione per ventiquattro mesi, volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e centro Italia, e di differenziazione di dimensioni

territoriali, delle disposizioni relative alla valutazione di base disciplinata dal Capo II e relative alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita previste dal Capo III del decreto 62/2024;

- del decreto attuativo 14 gennaio 2025, n. 17 “Regolamento concernente le modalità, i tempi, i criteri e gli obblighi di comunicazione ai fini dell'autogestione del budget di progetto”;

TENUTO CONTO che la Regione ha legiferato e adottato ad oggi provvedimenti inerenti alla metodologia del budget di salute e alla sua sperimentazione sul territorio regionale ed in particolare:

- la Legge regionale n. 11/2016, art. 53 (Presa in carico integrata della persona e budget di salute (Capo VII - Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria);
- la Legge regionale 17 giugno 2022 n.10 art. 3 (Modalità di attuazione e budget di salute);
- il Regolamento regionale 15 marzo 2024, n. 2 “Regolamento regionale per l'erogazione alle persone con disagio psichico delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49”, in cui la disciplina degli assegni di cura in favore di persone con disagio psichico è articolata nell'ottica di implementare i determinanti sociali di salute attraverso la metodologia del budget di salute;
- la Deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2021, n. 473 recante “Approvazione delle Linee guida per l'avvio dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi nella Regione Lazio.”, che ha introdotto la sperimentazione del budget di salute per i progetti personalizzati dei giovani/adulti con disturbo dello spettro autistico beneficiari dei centri polivalenti attivati nel Lazio;
- la Deliberazione di Giunta regionale 5 agosto 2021, n. 554 (Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale del 25/07/2021 n. 454) in cui tra l'altro si forniscono indirizzi sull'applicazione del budget di progetto per i progetti personalizzati per le persone con disabilità nell'ambito degli interventi e programmi del Dopo di Noi;
- la Deliberazione Giunta Regionale 15 giugno 2023 n. 289 “Decreto del 29 luglio 2022 concernente "Riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità", del Ministero per le disabilità di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. Programmazione regionale degli interventi” nella quale il budget di salute e la co-progettazione tra distretti sociosanitari e gli enti del terzo settore, è modello raccomandato ai distretti sociosanitari per l'utilizzo delle risorse in un'ottica di PAI (piano di assistenza individuale) integrato e personalizzato rivolto a persone con disturbo dello spettro autistico;
- le linee programmatiche del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 “Salute e inclusione”, adottato con la succitata Deliberazione della Giunta regionale 29 settembre 2022, n. 762 rivolte, tra l'altro, a:
 - *migliorare la presa in carico degli utenti sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione sociosanitaria (Distretti sanitari, Punti Unici di Accesso, Comuni, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) e delle buone pratiche presenti sul territorio;*
 - *dare attuazione prioritariamente all'integrazione sociosanitaria e di comunità per fornire risposte complessive ai bisogni di salute e di tutela dell'individuo e alla promozione di percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione con il ricorso allo strumento del budget di salute e al supporto all'abitare per l'acquisizione di una maggiore autonomia del paziente con disturbi mentali;*
 - *perseguire la seguente azione strategica (n.9.2 Percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione: PTRP sostenuti da budget di salute - Supporto all'abitare);*
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n.976 “Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026” che prevede:
 - *la definizione Linee di indirizzo regionali per la progettazione del Budget di Salute che definiscano obiettivi, finalità e modalità di erogazione (in coerenza con quanto definito dall'Intesa n. 104/CU del 6 luglio 2022, sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti” (9.2 Linee Programmatiche (punto 9. Salute Mentale Adulti e Minori, Dipendenze patologiche, Sanità Penitenziaria Consultori));*
 - *Attivazione della metodologia di definizione del Budget di Salute, in base al recepimento dell'Intesa n.104/CU del 6 luglio 2022 e definizione dei percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione della persona con disturbi mentali (Obiettivo 6) attraverso le seguenti azioni: Azione 1. Analisi dei bisogni di salute di utenti lungo assistiti che hanno già effettuato percorsi riabilitativi nelle strutture residenziali ma non hanno acquisito un'autonomia tale da rendere possibile un abitare autonomo o*

cohousing al fine di proporre opportune azioni a carattere programmatico regionale – dicembre 2024. Azione 2. Definizione delle linee di indirizzo regionali per la progettazione del Budget di Salute che definiscano obiettivi, finalità e modalità di erogazione – marzo 2025 (punto 9. Salute Mentale Adulti e Minori, Dipendenze patologiche, Sanità Penitenziaria Consultori);

- estensione della metodologia di definizione del Budget di Salute agli interventi sanitari, sociosanitari, socio-assistenziali, sociali, educativi rivolti alle persone con disturbo dello spettro autistico; (punto 9.13 Rete di trattamento per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD));*

- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n.22 recante: “Legge di stabilità regionale 2025”, in particolare l’art. 13 comma 128 che prevede che le risorse del fondo di cui al comma 2, lettera e), non utilizzate al termine dell’esercizio finanziario 2024, confluiscono nell’avanzo di amministrazione accantonato e, una volta certificate in sede di rendiconto generale per l’esercizio finanziario 2024, sono destinate prioritariamente a valere sull’annualità 2025, tra l’altro, per euro 2.500.000,00, a integrazione degli interventi concernenti i progetti di vita personalizzati relativi a persone con disabilità e le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, di cui al programma 02 “Interventi per la disabilità” della missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, titolo 1 “Spese correnti”;

- il Piano regionale per l’autismo di cui alla Deliberazione Giunta n. 215 del 15/04/2025 che prevede, tra l’altro la progressiva introduzione della metodologia del Budget di Salute per la realizzazione di percorsi integrati per l’inclusione sociale e la abilitazione/riabilitazione della persona con ASD;

TENUTO CONTO che l’intesa n.104/CU del 6 luglio 2022 invita tutte le regioni a dotarsi di procedure amministrative che consentano la flessibilità e l’innovazione nell’applicazione del modello Budget di salute in un’ottica di integrazione sociosanitaria (ASL, Enti locali) e riporta tra gli elementi qualificanti del Budget di salute i seguenti:

- il Budget di Salute è a governo e coordinamento Pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. (...) Mira all’abilitazione nell’ottica della piena attuazione dei diritti e rispetto dei doveri di cittadinanza.
- il Modello budget di salute, costituito dall’insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell’ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l’esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili;
- il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.
- le linee programmatiche indicate all’intesa sono applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l’intervento capacitante ed evolutivo.
- nella realizzazione del Budget di Salute è importante il coinvolgimento di utenti, famigliari e figure significative per la persona; va incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza (ESP);

CONSIDERATO che risulta necessario:

- recepire l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti” (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022) allegata al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale, e adottare le linee di indirizzo sul territorio regionale per l’applicazione della metodologia del Budget di Salute;
- costituire un Gruppo di lavoro con il compito di predisporre le linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute nella Regione Lazio, in linea con le più recenti disposizioni normative nazionali e regionali in materia di integrazione sociosanitaria e in coerenza con il modello di funzionamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali e del servizio sanitario regionale;

RITENUTO pertanto, di recepire l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il

Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti". (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022), allegata al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO di istituire il gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare progetti personalizzati di integrazione sociosanitaria sul modello del budget di salute, in particolare nell'ambito della salute mentale e della disabilità, così composto:

- il Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria (o suo delegato) che lo presiede;
- la Direttrice della Direzione regionale competente in materia di inclusione sociale (o suo delegato);
- un dirigente e/o un funzionario regionale di ciascuna delle direzioni regionali salute e integrazione sociosanitaria e inclusione sociale esperto in materia di programmazione di servizi e interventi di integrazione sociosanitaria;
- un direttore di DSM delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
- un direttore di distretto delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
- un direttore del servizio disabili adulti delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria,
- un direttore amministrativo delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
- un rappresentante di Roma Capitale;
- due rappresentanti dei Consorzi e dei Distretti sociosanitari designati dalla Direttrice della Direzione regionale competente in materia di inclusione sociale;
- un rappresentante dell'Istituto Superiore di sanità;
- un rappresentante del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP);
- il Presidente (o delegato) della Consulta regionale per la tutela dei diritti della persona con problemi di disabilità, istituita con legge regionale 3 novembre 2003 n.36;
- due rappresentanti delle consulte dipartimentali per la salute mentale delle ASL anche afferenti alle associazioni di utenti e familiari esperti per esperienza (ESP);
- un rappresentante del Terzo settore, con esperienza in materia di realizzazione di interventi e servizi di integrazione sociosanitaria, in particolare nell'ambito della salute mentale e disabilità, designato dal Forum del Terzo Settore;

RITENUTO di stabilire che:

- in relazione a specifici argomenti, il Presidente del gruppo di lavoro può invitare a partecipare al medesimo soggetti pubblici o privati presenti sul territorio regionale o nazionale, esperti sui temi trattati, che partecipano senza diritto ad alcun compenso;
- le funzioni di Segretario/a sono svolte da un/una dipendente in servizio presso la Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
- la partecipazione dei componenti al Gruppo di lavoro è a titolo gratuito;
- non è previsto alcun rimborso spese per la partecipazione ai lavori per i componenti interni all'amministrazione regionale;
- gli eventuali rimborsi delle spese dei componenti esterni alla Regione sono a carico delle amministrazioni/enti di appartenenza;
- il termine delle attività del Gruppo di lavoro è fissato al 31 dicembre 2025;
- il documento recante le linee di indirizzo predisposto dal Gruppo di lavoro, prima della sua adozione, sarà oggetto di ampia condivisione e concertazione con gli stakeholder interessati ed in particolare: le ASL, i Consorzi e Distretti sociosanitari, le società scientifiche, il Tavolo regionale di confronto permanente sul tema della disabilità, il Forum regionale del Terzo Settore, le consulte dipartimentali della salute mentale, le consulte per le persone con disabilità e le associazioni di utenti e familiari nell'ambito della salute mentale e disabilità maggiormente rappresentative nel territorio regionale;
- i componenti del gruppo di lavoro regionale saranno nominati con successivo atto del Direttore della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria in raccordo con la Direttrice della Direzione Inclusione Sociale;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

-di recepire l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti” (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022), allegata al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

- di istituire il gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare progetti personalizzati di integrazione sociosanitaria sul modello del budget di salute, in particolare nell’ambito della salute mentale e della disabilità, così composto:

- il Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria (o suo delegato) che lo presiede;
 - la Direttrice della Direzione regionale competente in materia di inclusione sociale (o suo delegato);
 - un dirigente e/o un funzionario regionale di ciascuna delle direzioni regionali salute e integrazione sociosanitaria e inclusione sociale esperto in materia di programmazione di servizi e interventi di integrazione sociosanitaria;
 - un direttore di DSM delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
 - un direttore di distretto delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
 - un direttore del servizio disabili adulti delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
 - un direttore amministrativo delle AASSLL designato dal Direttore della Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
 - un rappresentante di Roma Capitale;
 - due rappresentanti dei Consorzi e dei Distretti sociosanitari designati dalla Direttrice della Direzione regionale competente in materia di inclusione sociale;
 - un rappresentante dell’Istituto Superiore di sanità;
 - un rappresentante del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP);
 - il Presidente (o delegato) della Consulta regionale per la tutela dei diritti della persona con problemi di disabilità, istituita con legge regionale 3 novembre 2003 n.36;
 - due rappresentanti delle consulte dipartimentali per la salute mentale delle ASL anche afferenti alle associazioni di utenti e familiari esperti per esperienza (ESP);
 - un rappresentante del Terzo settore, con esperienza in materia di realizzazione di interventi e servizi di integrazione sociosanitaria, in particolare nell’ambito della salute mentale e disabilità, designato dal Forum del Terzo Settore;
- di stabilire che in relazione a specifici argomenti, il Presidente del gruppo di lavoro può invitare a partecipare al medesimo soggetti pubblici o privati presenti sul territorio regionale o nazionale, esperti sui temi trattati, che partecipano senza diritto ad alcun compenso;
- di stabilire che le funzioni di Segretario/a sono svolte da un/una dipendente in servizio presso la Direzione regionale competente in materia di salute e integrazione sociosanitaria;
- di stabilire che la partecipazione dei componenti al Gruppo di lavoro è a titolo gratuito;
- di stabilire che non è previsto alcun rimborso spese per la partecipazione ai lavori per i componenti interni all’amministrazione regionale;
- di stabilire che gli eventuali rimborsi delle spese dei componenti esterni alla Regione sono a carico delle amministrazioni/enti di appartenenza;

- di stabilire che il termine delle attività del Gruppo di lavoro è fissato al 31 dicembre 2025;
- di stabilire che il documento recante le linee di indirizzo predisposte dal Gruppo di lavoro, prima della sua adozione, sarà oggetto di ampia condivisione e concertazione con gli stakeholder interessati ed in particolare: le ASL, i Consorzi e Distretti sociosanitari, le società scientifiche, il Tavolo regionale di confronto permanente sul tema della disabilità, il Forum regionale del Terzo Settore, le consulte dipartimentali della salute mentale, le consulte per le persone con disabilità e le associazioni di utenti e familiari nell'ambito della salute mentale e disabilità maggiormente rappresentative nel territorio regionale;
- di stabilire che i componenti del gruppo di lavoro regionale saranno nominati con successivo atto del Direttore della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria in raccordo con la Direttrice della Direzione Inclusione Sociale;

Le Direzioni regionali Salute e integrazione sociosanitaria e Inclusione sociale provvederanno a tutti gli adempimenti necessari a dare attuazione alla presente deliberazione.

Il presente atto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito internet www.regione.lazio.it



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”.

Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 6 luglio 2022:

VISTO l'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato – Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento “Piano di Azioni Nazionale per la salute Mentale (PANSM), sancito nella seduta del 24 gennaio 2013 (Rep Atti n. 4/CU);

VISTA la legge 22 giugno 2016, n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare” (GU n. 146 del 24 giugno 2016 – Ultimo aggiornamento pubblicato il 19 maggio 2020);

VISTA la nota del 6 maggio 2022, con la quale il Ministero della salute ha inviato il documento indicato in oggetto, ai fini di una intesa in sede di Conferenza Unificata;

VISTA la nota protocollo DAR n.7939 del 17 maggio 2022, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato alle Regioni e alle Autonomie locali il provvedimento in argomento, con contestuale convocazione di una riunione tecnica per il 6 giugno 2022;

VISTA la nota protocollo DAR n. 9134 del 3 giugno 2022, con la quale su richiesta della Commissione politiche sociali la riunione tecnica è stata riconvocata per il 24 giugno 2022;

VISTI gli esiti della suddetta riunione tecnica, nel corso della quale la Commissione politiche sociali e l'ANCI hanno concordato con il Ministero della salute alcune modifiche al documento in parola;

VISTA la nota protocollo DAR n. 10473 del 30 giugno 2022, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato l'ultima versione del provvedimento in oggetto, inviata dal Ministero della salute, che recepisce le modifiche concordate nel corso della riunione tecnica su menzionata;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota DAR n. 10473 del 4 luglio 2022, con la quale la Commissione salute ha espresso parere tecnico favorevole sulla versione del provvedimento diramata il 30 giugno 2022;

VISTA la nota del 6 luglio 2022, diramata con nota protocollo DAR n. 10782 in pari data, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha rappresentato la necessità che venga esplicitato in sede di Intesa che *“Le Amministrazioni interessate provvedono alle attività previste nella presente Intesa nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”*;

VISTA la nota dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero della salute del 6 luglio 2022, che, in riscontro alla richiesta del Ministero dell'economia e delle finanze, ha comunicato *“il nulla osta all'accoglimento di quanto espresso, in sede di Intesa”*;

CONSIDERATI gli esiti dell'odierna seduta di questa Conferenza, nel corso della quale:

- le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso l'intesa sull'ultima stesura del 30 giugno 2022, rappresentando al Governo, al fine di favorire l'attuazione e l'implementazione uniforme a livello nazionale delle linee programmatiche oggetto della presente intesa, la necessità di disporre di adeguate risorse finanziarie con riferimento all'ambito sia sanitario che sociale;
- l'ANCI e l'UPI hanno espresso avviso favorevole all'intesa;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Autonomie locali sul documento in argomento;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali nei seguenti termini:

VISTI:

- l'articolo 32 della Costituzione italiana;
- la legge 23 dicembre 1978, n.833, e successive modificazioni, recante “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”;
- l'articolo 47 bis del decreto legislativo 30 luglio 1999 n.300, che attribuisce al Ministero della Salute funzioni in materia di tutela della salute umana e di coordinamento del sistema sanitario nazionale;
- la Convenzione ONU sui diritti delle persone con Disabilità, in particolare gli art. 1,3,5,19, che è stata approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia con la Legge 18 del 3 marzo 2009;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

- il decreto del Ministro della salute 15 ottobre 2010 di “Istituzione del sistema informativo per la salute mentale”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 29 ottobre 2010, n.254;
- il “*WHO's comprehensive mental health action plan 2013-2030*” e “*l'European Mental Health Action Plan*” approvati dall’Organizzazione mondiale della Sanità quali documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell’area della salute mentale;
- le priorità per la psichiatria rappresentate durante i lavori del G20 al Side Event sulla Salute Mentale, svoltosi a Roma il 3 settembre 2021;
- l’audizione del 31 marzo 2021 della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in XII Commissione Affari Sociali della camera dei Deputati in merito alla proposta di legge d’iniziativa parlamentare recante “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati” (Disegno di Legge AC 1752);
- il D.M. 72/2021 del 31 marzo 2021 “Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n.117 del 2014” (Codice Del Terzo Settore);
- l’Intesa concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2019-2021, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 18 dicembre 2019 (Rep. Atti n.209/CSR);
- l’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 6 agosto 2020 recante “Piano Nazionale per la Prevenzione 2020-2023 (Rep. Atti n.127/CSR) che mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell’Agenda 2030 delle nazioni Unite, ove si definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” e, in particolare, gli articoli 24,25,26,27,28,57,60;
- il decreto 12 marzo 2019 Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria (GU n.138 del 14 giugno 2019);
- che lo Stato, le Regioni, le Aziende e i Comuni, nei rispettivi ambiti di competenza, collaborano tra di loro, con l’obiettivo di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie accettabili e appropriate per tutti i cittadini;
- che, in particolare, lo Stato e le Regioni, con le relative strutture aziendali, sono responsabili diretti, nei rispettivi ambiti di competenza, dell’organizzazione, attuazione e gestione delle politiche sanitarie;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

TENUTO CONTO che la 2° Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale – Per una salute mentale di Comunità tenutasi il 25 e 26 giugno 2021 e, in particolare, la sessione tematica “Lavoro, casa, sostegno alla vita indipendente: attori e strumenti di inclusione sociale” ha rappresentato l’occasione per ribadire l’impegno del Ministero della Salute per promuovere e rilanciare l’assistenza territoriale per la salute mentale, assumere la comunità come cornice di riferimento, proteggere i diritti umani e la dignità delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una presa in carico inclusiva e partecipata, migliorare la qualità e la sicurezza servizi a beneficio di pazienti e operatori;

CONSIDERATO che:

- l’articolo 47 bis del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300, attribuisce al Ministero della salute funzioni in materia di tutela della salute umana e di coordinamento del sistema sanitario nazionale;
- la salute mentale costituisce uno degli obiettivi primari del Servizio Sanitario Nazionale e che in tale ambito lo scopo principale di un moderno ed efficace sistema sanitario è quello di individuare metodologie e strumenti il più possibili efficienti;
- in particolare, la corretta gestione dei disturbi mentali gravi si traduce in una sostanziale riduzione dell’onere sociale ed economico che tali disturbi apportano a livello di sistema;
- gli studi qualitativi italiani che hanno esaminato i benefici del Budget di Salute e i significativi risparmi sui costi del SSN principalmente associati alla riduzione dei casi di istituzionalizzazione e alla maggiore appropriatezza dei servizi sanitari, consentendo un trattamento sanitario più adeguato e riducendo le ridondanze e le omissioni;
- tale modello consente il miglioramento della qualità della vita e l’occupazione competitiva con successivi aumenti della salute fisica psicologica che persistono nel tempo;
- il budget di salute ha portato a un miglioramento clinico dei problemi legati : dipendenza da alcol e/ o droghe; problemi cognitivi, fisici o di disabilità; problemi associati ad allucinazioni e deliri, all’umore depresso; problemi mentali e comportamentali; problemi con le relazioni, con le attività della vita quotidiana, con le condizioni di vita e con l’occupazione e le attività e che i pazienti e i caregiver informati hanno espresso livelli medio-alti di soddisfazione con tale modello di intervento;
- in tale contesto, è emerso il lavoro svolto dalla Regione Emilia Romagna la quale ha deciso di implementare il modello del budget di salute con Deliberazione n. 1554/2015 e ha definito le linee di indirizzo del Budget di Salute individuandolo come uno "strumento integrato socio-sanitario a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell’ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psicosociale, l’inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l’attivazione di percorsi evolutivi";

VISTO:

- che le più attuali evidenze scientifiche mostrano quanto sia determinante, nell’ambito della presa in carico e la gestione del paziente affetto da disturbo mentale grave, assicurare adeguati interventi



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

sul territorio e sul contesto di vita al fine di evitare processi di ospedalizzazione che possono acuire il problema anziché risolverlo;

- che il modello del budget di salute è tra le metodologie auspicate anche nel Documento "Residenzialità Psichiatriche" elaborato dalla Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità sul quale la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della salute ha espresso il proprio parere favorevole;
- che compito del Ministero della Salute è quello di collaborare fattivamente con le Regioni, e le relative strutture aziendali, procedendo alla valorizzazione di eventuali modelli di intervento che si sono dimostrati efficaci in determinati contesti territoriali al fine di renderli trasferibili a più ambiti regionali;
- l'Accordo di collaborazione stipulato dal Ministero della Salute, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con la Regione Emilia Romagna delle attività di interesse comune finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di implementazione del modello del Budget di Salute quale strumento che favorisce l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità, mediante l'attuazione del Progetto "SOGGETTO, PERSONA, CITTADINO: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute";
- che al progetto hanno aderito tutte le Regioni e Province Autonome il cui confronto approfondito ha portato ad un orientamento condiviso e all'elaborazione del documento "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona - proposta degli elementi qualificanti" presentate attraverso la Consensus Conference del 30 settembre 2021;

TENUTO CONTO:

- che la proposta progettuale ha consentito di mappare le diverse esperienze regionali/provinciali e di proporre linee di indirizzo/raccomandazioni nazionali per supportare le Regioni e le Province Autonome nell'adozione dello strumento del Budget di salute;
- che l'elaborazione delle suddette "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona" ha visto coinvolti tutti: gli attori, persone, familiari e loro Associazioni, Servizi Sociali e Sanitari, Terzo Settore, Volontariato, portatori di interesse della Società civile;
- altresì, che per garantire il più ampio coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti interessati, il 26 luglio 2021 è stata avviata la consultazione pubblica con gli stakeholder su tali "Linee programmatiche" conclusasi il 10 settembre 2021;
- altresì, della valutazione del Documento di consenso da parte del Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale di cui al Decreto della Sottosegretaria di Stato alla Salute, Sandra Zampa, del 26 gennaio 2021;
- delle osservazioni e delle richieste pervenute e discusse nel corso della riunione del 9 marzo 2021 del suddetto Tavolo tecnico recepite dal Gruppo di lavoro interregionale "Progettare il Budget di Salute" nel corso della riunione del 17 marzo 2022;

VISTA la nota informativa al Segretario Generale del 1° ottobre, prot. 0044434, al fine di sancire una apposita intesa in sede di Conferenza sia di approvazione delle "Linee Programmatiche" che come impegno da parte delle Regioni e Province Autonome a recepire i contenuti del Documento



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

di consenso con propri atti di programmazione che declinino modalità e tempi di adeguamento, fermo restando l'assetto organizzativo dei servizi di salute mentale regionali;

SI CONVIENE

Art. 1

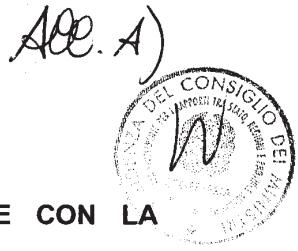
1. È approvato il documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona - proposta degli elementi qualificanti" che, allegato A) al presente atto, ne costituisce parte integrante.
2. Le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali si impegnano a recepire con propri provvedimenti i contenuti della presente intesa.
3. Al fine di verificare il recepimento del suddetto documento di consenso da parte delle Regioni, Province Autonome e Autonomie locali è auspicabile un apposito monitoraggio nazionale periodico da parte delle Regioni e Province Autonome congiuntamente al Ministero della Salute, anche utilizzando, ove possibile, sistemi informativi già esistenti.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Firmato
digitalmente da
SINISCALCHI
ERMENEGILDA
C = IT
O = PRESIDENZA
CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Il Presidente
On.le Mariastella Gelmini

Firmato digitalmente da GELMINI
MARIASTELLA
C = IT
O = PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI



LINEE PROGRAMMATICHE: PROGETTARE IL BUDGET DI SALUTE CON LA PERSONA

PREMESSA

La salute mentale costituisce uno degli obiettivi primari del Servizio Sanitario Nazionale e, in tale ambito, lo scopo principale di un moderno ed efficace sistema sanitario è quello di individuare metodologie e strumenti il più possibili efficienti.

La corretta gestione dei disturbi mentali gravi si traduce, inoltre, in una sostanziale riduzione dell'impatto sociale ed economico che tali disturbi apportano anche a livello di sistema.

Del resto, le più attuali evidenze scientifiche mostrano quanto sia determinante, nell'ambito della presa in carico delle persone con disturbo mentale severo, assicurare adeguati interventi nel territorio e nel contesto di vita, al fine anche di evitare processi di ospedalizzazione inappropriata/istituzionalizzazione, non risolutivi, tanto più se protratti nel tempo. Per dare una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi alla tutela della salute mentale è fondamentale creare le condizioni strutturali e contesti tecnici innovativi per una integrazione, la più articolata possibile, delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale.

In questa ottica è importante mettere al centro dell'intervento la capacità di un territorio di fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi e di habitat e di comunità, di socialità/affettività sperimentando percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale per persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, da quello immobiliare e dai contesti socioculturali.

Gli interventi sociosanitari integrati sono normati da ultimo dal DPCM 12 gennaio 2017 agli artt. 24, 25, 26, 27, 28, 57, 60, e dalla normativa vigente relativa ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali – LEPS (*Legge 328/2000; Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - adottato con decreto interministeriale del 22 ottobre 2021; Piano per gli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà 2021/2023 - adottato con decreto interministeriale del 30 dicembre 2021; legge 30 dicembre 2021, n.234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" art. 1, commi 159-171*) riguardanti l'assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, con disabilità, con dipendenze patologiche, con infezioni HIV/AIDS, con disturbi dello spettro autistico. Essi costituiscono diritti esigibili dal cittadino e perseguono la finalità di recuperarne e/o mantenerne e/o rafforzarne l'autonomia individuale, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi, attraverso la promozione del protagonismo della persona e della comunità.

Negli ultimi anni un crescente interesse è stato rivolto alle esperienze territoriali di integrazione sociosanitaria condotte attraverso l'impiego del modello organizzativo-gestionale "Budget di Salute" (BdS) che rappresenta una delle più avanzate e innovative proposte nel favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità nel campo della salute mentale in Italia.

Il BdS, costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. Si configura inoltre come vettore di trasformazione della rete stessa dei servizi, orientando processi di riallocazione delle risorse, contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, individuazione di opportunità e progetti di concreta inclusione socioeconomica e abitativa. Individua infine modelli regolativi di rapporto con il Terzo Settore improntati alla cogestione dei progetti e alla loro dinamicità, evitando deleghe inappropriate

e scarsamente produttive. Il protagonismo delle persone si realizza nella co- costruzione dei singoli Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) che si declinano sui principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialità) e si strutturano nella definizione di un accordo tra i diversi soggetti coinvolti. Ciò consente di integrare le risorse di diversi servizi, Enti del Terzo Settore e altre agenzie che, in base alle specifiche competenze, convergono nel restituire alle persone coinvolte un orizzonte di dignità e di migliore qualità della vita, attivando al contempo tutte le risorse personali (ivi incluse le risorse economiche) e della rete naturale.

Questo modello è ormai in via di diffusione in tutte le Regioni italiane, sebbene in modo non uniforme: le esperienze differiscono tra di loro, sia per aspetti tecnico professionali che amministrativi, anche in relazione alle diverse modalità di finanziamento, nonché per volume e durata delle sperimentazioni in atto.

Il Ministero della Salute ha il compito di collaborare fattivamente con le Regioni e le Province Autonome, e le relative strutture aziendali, procedendo alla valorizzazione di eventuali modelli di intervento che si sono dimostrati efficaci in determinati contesti territoriali al fine di renderli trasferibili a più ambiti regionali. Sulla tematica la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute a novembre 2019 ha finanziato, nell'ambito delle spese per le attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana, il Progetto "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute", con l'obiettivo di valorizzare, in un'ottica di potenziamento, il modello Budget di Salute già posto in essere da numerose Regioni. Tra queste l'Emilia-Romagna che ha avviato una puntuale sperimentazione e un percorso di formazione rivolto a tutti gli operatori che con funzioni differenti saranno impegnati a trasferire nella quotidianità queste pratiche.

La proposta progettuale ha risposto all'esigenza di mappare le diverse esperienze regionali/provinciali e di proporre linee di indirizzo o raccomandazioni nazionali che supportino le Regioni e le Province Autonome nell'adozione del modello.

Al progetto hanno aderito tutte le Regioni e Province Autonome, il cui confronto approfondito ha portato a ricondurre le diverse esperienze regionali/provinciali raccolte e analizzate ad un orientamento condiviso attraverso una Consensus Conference dedicata e con l'elaborazione di linee di indirizzo e raccomandazioni nazionali a supporto dell'implementazione del modello nelle diverse Regioni e Province Autonome. Tale elaborazione ha visto coinvolti tutti gli attori, persone, familiari e loro Associazioni, Servizi Sociali e Sanitari, Terzo Settore, Volontariato, portatori di interesse della Società civile.

Il Progetto e il modello BdS è stato anche oggetto di una delle sessioni tematiche della 2^a Conferenza Nazionale sulla Salute mentale - Per una salute mentale di Comunità -, tenutasi il 25 e 26 giugno scorsi, dal titolo "Lavoro, casa, sostegno alla vita indipendente: attori e strumenti di inclusione sociale".

La suddetta Conferenza ha rappresentato l'occasione per ribadire l'impegno del Ministero della Salute nel promuovere e rilanciare l'assistenza territoriale per la salute mentale, assumere la comunità come cornice di riferimento, proteggere i diritti umani e la dignità delle persone con sofferenza mentale, favorire ovunque possibile una presa in carico inclusiva e partecipata, migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio dei pazienti e dei loro familiari e degli operatori dei servizi.

Le presenti linee programmatiche possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo.



ESPERIENZE SULLA METODOLOGIA BUDGET DI SALUTE

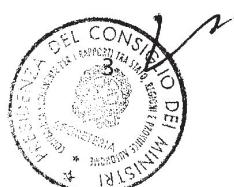
Per introdurre il tema è stata effettuata una revisione della letteratura internazionale ed è stata raccolta la documentazione delle Regioni e Province Autonome al fine di individuare le "Buone pratiche" in vista di una Consensus Conference nazionale.

La revisione sistematica della letteratura internazionale ha individuato 31 pubblicazioni relative al Budget di Salute in contesti di salute mentale, sia da una prospettiva qualitativa che quantitativa, e ha riassunto le recenti evidenze su interventi, risultati e costo-efficacia del Budget di Salute in persone con disturbi di salute mentale. Dei 31 studi internazionali selezionati che coinvolgono circa 11.825 utenti, familiari e professionisti, 6 studi sono stati condotti in Italia da aprile 2013 a settembre 2021. Gli studi inclusi nella revisione sistematica mostrano alcune limitazioni che rendono difficile la generalizzazione dei risultati. In primo luogo, la distribuzione dei Paesi tra gli studi inclusi è solo rappresentativa del mondo occidentale. Inoltre, il confronto dei Budget di Salute tra i Paesi è complicato a causa delle caratteristiche profondamente diverse del Sistema Sanitario di riferimento. In secondo luogo, molti studi includono una scarsa dimensione del campione, hanno un disegno prevalentemente qualitativo, non utilizzano strumenti validati per misurare gli esiti, e la qualità degli studi non è sempre soddisfacente. In terzo luogo, i campioni degli studi inclusi non sono sempre rappresentativi della popolazione studiata e mancano di una descrizione completa del fenotipo dei pazienti. Infine, informazioni sulle risorse economiche impiegate nel Budget di Salute sono state quasi sempre omesse. Tenendo conto di queste limitazioni, possiamo trarre alcune considerazioni generali. I risultati positivi per le persone con disturbi di salute mentale che utilizzano il Budget di Salute sono stati confermati in termini di scelta e controllo del paziente sul suo percorso di recupero. L'uso del Budget di Salute per tali persone ha mostrato diversi benefici nella responsabilizzazione del paziente, nell'impegno delle parti interessate, nel coinvolgimento delle cure e del personale nella definizione del Budget di Salute e nell'accesso tempestivo e adeguato al trattamento. Inoltre, diversi studi hanno mostrato che gli utenti si sono dimostrati soddisfatti per la realizzazione dei Budget di Salute. Inoltre, il Budget di Salute ha migliorato gli esiti clinici degli utenti, la qualità della vita, l'impegno nel lavoro retribuito nelle esperienze lavorative e di vita indipendente, e hanno avuto un riflesso positivo sull'intera famiglia e sul contesto di supporto. Le evidenze hanno rilevato che il Budget di Salute ha favorito cambiamenti significativi nel modo in cui le risorse sono state utilizzate e negli approcci di intervento personalizzati e ha determinato risparmi sui costi per le famiglie e per i Sistemi Sanitari Nazionali. Preoccupazioni per l'applicazione del Budget di Salute sono state espresse in diversi studi. I familiari hanno percepito difficile e stressante la gestione e le procedure del Budget di Salute, le sue modalità di applicazione con i professionisti e si sono quindi sentiti meno coinvolti nella cura dei loro cari. In alcuni studi, i professionisti hanno trovato la gestione del Budget di Salute come un onere aggiuntivo nel loro lavoro.

La ricchezza delle esperienze ha fatto emergere prassi e concezioni diverse del Budget di Salute, espressione di culture e bisogni dei contesti locali, di processi storicamente determinatisi, in particolare per quanto attiene la salute mentale in relazione al processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Tuttavia, dalle esperienze mappate, si è rilevata la necessità di promuovere il modello del Budget di Salute per facilitare i cambiamenti organizzativi dei servizi del welfare in modo trasversale.

Dal punto di vista normativo, si è evidenziata inoltre la necessità di coordinare ed integrare le norme contenute nel Codice degli Appalti e nel Codice del Terzo Settore con prassi amministrative che siano in grado di realizzare gli obiettivi del Budget di Salute.

Le pratiche sanitarie e sociali dovrebbero essere flessibili e garantire una rimodulazione dei servizi in favore di una maggiore personalizzazione, consentendo la valutazione dei



rischi/benefici e l'utilizzo innovativo, a partire dalla persona, delle risorse dei servizi e del territorio di appartenenza.

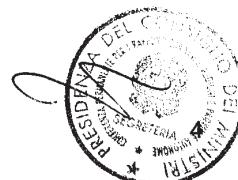
Pertanto, è importante che vengano definite le procedure amministrative che consentano la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione di questo modello.

La strategia del progetto è quindi orientata a rendere il Budget di Salute sempre più chiaro e consolidato nelle pratiche dei servizi, diffondendone l'utilizzo e un'appropriata applicazione a livello regionale.

Di seguito si riportano gli elementi qualificanti, che devono essere tutti coesistenti per poter definire il Budget di Salute, e gli elementi attuativi con indicazione di percorsi e strumenti amministrativi adeguati. Due ambiti che devono andare di pari passo. Per dare unitarietà al processo e piena attuazione ai percorsi con Budget di Salute occorre, infatti, creare punti di convergenza fra la parte clinico-assistenziale e quella amministrativa.

ELEMENTI QUALIFICANTI

- 1) Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Protagonista del Budget di Salute è la persona considerata nella comunità di riferimento, vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione. Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.
- 2) Il Budget di Salute è a governo e coordinamento Pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un professionista sanitario, sociosanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. Mira all'abilitazione nell'ottica della piena attuazione dei diritti e rispetto dei doveri di cittadinanza.
La componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza; quella sanitaria per il diritto alla salute ed entrambe concorrono al diritto all'abilitazione. Ciascun servizio fa riferimento alla propria normativa per erogare gli interventi. L'Equipe sociosanitaria, così composta da almeno un professionista sanitario, sociosanitario e sociale, deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche.
- 3) L'approccio capacitante mira a costruire una relazione di fiducia per effettuare la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse e la definizione del Budget di Salute. La valutazione deve essere condotta nella relazione e nel dialogo con la persona, anche attraverso strumenti validati e standardizzati e deve esplorare tutte le seguenti aree:



- Area clinica
 - Area del funzionamento psicosociale
 - Area bisogni e risorse, personali e di comunità
 - Area della qualità della vita
- 4) Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte sempre in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato alla recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita. Ogni progetto Budget di Salute deve essere coordinato da un Case Manager identificato che può essere di ambito sanitario o sociale e che svolge la funzione principale di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dall'équipe.
- 5) Il Budget di Salute per diventare operativo richiede il consenso, che viene espresso nella sottoscrizione anche da parte della persona di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti. L'accordo è parte integrante del budget di salute.
- 6) Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e verifica è coordinata dal Case manager identificato già in fase progettuale. La verifica prenderà in considerazione anche indicatori di esito.

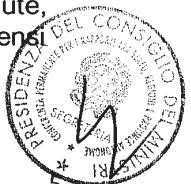
Per consentire l'applicazione del Budget di Salute e la qualità del percorso facilitando la sua diffusione in tutti gli ambiti territoriali, appare indispensabile definire un piano strategico ampio e diffuso secondo gli elementi qualificanti e attuativi condivisi dal Gruppo di lavoro, prevedendo anche una adeguata raccolta di informazioni indispensabile a livello programmatico.

Più nello specifico, appare necessario condividere il documento programmatico recante le linee di indirizzo con apposita intesa in Conferenza Unificata, con conseguente impegno da parte delle Regioni e Province Autonome a recepire, con propri provvedimenti e/o piani applicativi, i contenuti di detta Intesa, nonché definire un sistema di monitoraggio nazionale periodico strutturando modalità per attuarlo attraverso indicatori di qualità del percorso e di esiti in termini di qualità di vita.

ELEMENTI ATTUATIVI

Il Budget di Salute colloca al centro del sistema la persona, unica e irripetibile, portatrice di valori, convinzioni e scelte individuali, nonché mira alla ricostruzione ed alla valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare e comunitario.

- a. **Co-programmazione.** Al fine di sostenere i percorsi individuati con Budget di Salute, le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali condividono una co-programmazione, ai sensi



dell'art. 55 d.lgs 117/2017, coinvolgendo gli Enti del Terzo settore, finalizzata all'identificazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili. Si raccomanda di formalizzare tale co-programmazione attraverso l'accordo di programma, in analogia e raccordo con quanto previsto per la programmazione dei piani di zona (L 328/2000), per definire e condividere le risorse economico-finanziarie necessarie alla realizzazione dei programmi e interventi sociosanitari con Budget di Salute. Nella fase di co-progettazione, oltre agli enti del terzo settore, possono essere coinvolti tutti i soggetti potenzialmente interessati alla costruzione del Budget di Salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati).

- b. Formulazione di Elenchi di soggetti qualificati per la realizzazione di progetti Budget di Salute.** Coerentemente con il progetto individualizzato e in ossequio al principio di sussidiarietà di cui all'art. 118, u.c. Cost., in coerenza dell'art. 55, d. lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)¹ le aziende sanitarie e gli enti locali possono istituire appositi Elenchi di soggetti qualificati che saranno coinvolti in modo attivo nella definizione delle attività, dei percorsi e degli interventi socio sanitari (ad es. socio assistenziali, socio educativi, socio occupazionali e socio riabilitativi), in favore di persone in carico ai servizi sanitari e sociali con progetti finalizzati al recupero di autonomie ed al reinserimento sociale, secondo il modello del Budget di salute. Con proposte innovative di inclusione i co-gestori devono essere in grado di sostenere la capacitazione² e il protagonismo della persona, al fine di consentire alla stessa di diventare imprenditrice del proprio progetto di vita.

Ribadita la centralità della persona e il ruolo attivo del paziente e dei familiari/figure significative della persona nella definizione del percorso personalizzato di cura e inclusione sociale, alla luce dei suoi specifici bisogni, l'avviso pubblico ha lo scopo di garantire:

- interventi e percorsi individuali ad elevata qualità di capacitazione, valorizzando i progetti finalizzati al recupero di autonomie e al reinserimento sociale, adottando la metodologia del budget di salute;

¹ La scelta di individuare nel Codice del Terzo settore la fonte normativa per la regolazione dei progetti delle modalità e degli interventi compresi nel Budget di Salute risulta coerente con gli obiettivi dei PTRI. Questi ultimi contemplano invero interventi, percorsi ed attività che, da un lato, devono provenire da una ampia gamma di soggetti e, dall'altro, devono opportunamente essere condivisi tra enti pubblici, organizzazioni non profit e utenti/beneficiari e le loro famiglie.

Dalle procedure ad evidenza pubblica risultano esclusi gli enti del Terzo settore, per i quali il d.lgs. n. 117/2017 ha individuato nella co-programmazione, nella co-progettazione, nell'accreditamento libero e nel convenzionamento gli istituti giuridici cooperativi e collaborativi attraverso i quali rapportarsi con gli enti pubblici.

Qualora l'amministrazione precedente si trovi nella condizione di selezionare un operatore economico cui affidare la gestione di uno o più servizi, essa farà ricorso alle procedure del Codice dei contratti pubblici. In tutti gli altri casi, le amministrazioni pubbliche potranno applicare gli istituti di cui agli artt. 55 e 56 del Codice del terzo settore ritenute maggiormente coerenti e compatibili con il principio degli interventi a rete e della loro personalizzazione.

Per approfondimenti sulle procedure amministrative applicabili si rinvia alle "Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo Settore negli artt. 55-57 del Codice del Terzo Settore d. lgs. n. 117/2017" recentemente approvate dalla Conferenza Stato Regioni.

² Fornire al soggetto quelle libertà strumentali necessarie per provvedere attivamente al proprio sviluppo e al proprio benessere.



- omogeneità nel sistema di offerta, dotando gli ambiti territoriali di uno strumento uniforme e utile alla definizione dei soggetti con cui stabilire accordi contrattuali di co-gestione;
- coinvolgimento di utenti e familiari esperti per esperienza (punto f);
- rispetto dei principi di trasparenza, parità di trattamento, imparzialità e proporzionalità nella formazione dell'elenco e nell'individuazione dei soggetti gestori.

In generale, rimane ferma la facoltà per le amministrazioni pubbliche di ricorrere alle procedure previste dal d. lgs. n. 50/2016. Le Regioni adottano indirizzi, strumenti e schemi di atti anche attraverso la previsione di un accordo quadro tra singola Regione, Asl/Distretti e Comuni/Ambiti sociali territoriali per l'omogenea e integrata costruzione e attuazione del modello di budget di salute sul territorio regionale, coerentemente alla programmazione sanitaria e sociale.

c. Progettazione esecutiva

Gli Elenchi dei soggetti costituiti con le procedure indicate nel punto precedente divengono il riferimento per la scelta dei soggetti partecipanti al singolo progetto con le seguenti fasi applicative:

- la persona è già in cura ai servizi sanitari e sociali e viene sviluppata una prima ipotesi progettuale di massima con una fase di progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto inclusa la persona;
- al termine della progettazione viene sottoscritto il Budget di Salute e identificato il Case Manager;
- il Budget di Salute diviene esecutivo con la sottoscrizione dell'accordo/contratto;
- il Case Manager coordina le azioni di verifica e monitoraggio ad opera dell'equipe sociosanitaria.

d. Valutazione multidisciplinare e multidimensionale: strumenti condivisi e concordati dall'Equipe sociosanitaria

La valutazione multiprofessionale e multidimensionale viene garantita dall'Equipe sociosanitaria costituita da una componente sanitaria e da una componente sociale.

La componente Sanitaria è rappresentata dai professionisti sanitari e sociosanitari che hanno in carico la persona, anche considerando eventuali comorbidità.

La componente Sociale è rappresentata dall'assistente sociale dell'Ente Locale e da altri operatori educativi o sociali che hanno in carico la persona.

Entrambe le componenti compongono le équipe multidisciplinari contribuendo alla costruzione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati.

Qualora i componenti non abbiano potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, si rende necessaria la convalida secondo il modello dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale.

La valutazione prevede l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse aree: area clinica, del funzionamento psicosociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento. Tutta la fase valutativa deve prevedere la partecipazione della persona e, su sua richiesta, dei soggetti significativi.



L'équipe sociosanitaria con potere decisionale o l'Unità di Valutazione Multiprofessionale, avvalendosi degli Elenchi di soggetti qualificati, è il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell'individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurare all'utente la risposta più idonea. In questa valutazione deve essere considerata la capacità di rispondere in termini di appropriatezza degli interventi, di qualità dell'accoglienza, dell'offerta, dell'adeguatezza delle caratteristiche strutturali / logistiche nonché sotto il profilo dell'impiego delle risorse economiche in relazione alle diverse modalità organizzative locali.

e. Definizione PTRI: bisogni/risorse, patto/accordo e suo monitoraggio

Il PTRI deve contenere:

- obiettivi nelle diverse aree dei determinanti sociali della salute
- abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi
- risorse umane, ambientali e materiali (anche economiche) necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, dettagliando quelle in essere e quelle da attivare attraverso fonti di finanziamento individuate, secondo le specifiche normative di riferimento, sia per quanto attiene al programma di cura che al progetto di vita
- piano dettagliato dell'intervento, indicando eventuali priorità
- operatori coinvolti / altre figure coinvolte, dettagliando compiti e responsabilità
- programmazione dei tempi di verifica
- ipotesi durata del progetto
- responsabile del progetto: case manager

Il passaggio alla fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di un accordo che espliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- persona
- eventualmente da un suo familiare/caregiver se coinvolto, e con il consenso della persona assistita
- tutore/amministratore di sostegno se presente
- équipe sanitaria curante
- équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'Ente Locale
- referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'Elenco di soggetti qualificati.

f. Coinvolgimento di utenti e familiari esperti per esperienza

Si raccomanda il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari nella fase di co-programmazione. Nella realizzazione del Budget di Salute possono essere coinvolti i familiari, le figure significative per la persona e va incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza (ESP), o facilitatori, sulla base delle evidenze consolidate in diverse regioni/PA nell'ambito di percorsi di formazione dedicati.

