# REGIONE EMILIA-ROMAGNA
## Atti amministrativi
## GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1811 del 27/10/2026

Seduta Num. 45

**Questo** martedì 27 **del mese di** Ottobre

**dell' anno** 2026 **si è riunita in** VIDEOCONFERENZA

**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

| | |
|---|---|
| 1) de Pascale Michele | Presidente |
| 2) Allegni Gessica | Assessore |
| 3) Baruffi Davide | Assessore |
| 4) Fabi Massimo | Assessore |
| 5) Frisoni Roberta | Assessore |
| 6) Mazzoni Elena | Assessore |
| 7) Priolo Irene | Assessore |

**Funge da Segretario:** Fabi Massimo

**Proposta:** GPG/2026/1928 del 22/10/2026

**Struttura proponente:** SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "LINEE DI INDIRIZZO RER PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI CON LA METODOLOGIA BUDGET DI SALUTE. NUOVA VERSIONE REVISIONATA 2025/2026"

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Alessio Saponaro

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria deliberazione n. 313/2009 "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011" che delinea la programmazione regionale del settore in ambito sanitario e socio-sanitario prevedendo, tra l'altro, azioni volte a qualificare i processi assistenziali e la promozione della salute mentale sul territorio, favorendo il passaggio a progetti di cura personalizzati, basati sulla valutazione multidisciplinare dei bisogni specifici di salute e di reinserimento sociale;

Preso atto che nel 2011 la Consulta regionale per la salute mentale ha istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende Usl e della Regione per approfondire la metodologia del Budget di salute al fine di rispondere ai bisogni socio-sanitari di utenti che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi terapeutico-riabilitativi offerti dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP);

Preso atto che il Budget di Salute è uno strumento integrato per costruire percorsi terapeutici e riabilitativi personalizzati nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, attraverso la collaborazione tra servizi sanitari, sociali, Enti locali e comunità. Il modello promuove criteri condivisi di valutazione e monitoraggio, sostiene le équipe multiprofessionali e mira a prevenire ricadute e istituzionalizzazione, migliorando la qualità di vita mediante interventi sull'abitare, sul lavoro e sulla socialità. L'obiettivo è favorire autonomia, inclusione e domiciliarità, anche nei casi complessi.

Dato atto che il modello di intervento con Budget di salute, consolidato dalla normativa e dai programmi nazionali e regionali, ha i seguenti principali elementi qualificanti:

· UVM sanitaria e sociale, con il coinvolgimento di pazienti, familiari, altri soggetti vicini alla persona;
· Progetto personalizzato, sottoscritto dall'utente, condiviso con i familiari ed altri soggetti coinvolti nella realizzazione;
· Interventi delle aree che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione-lavoro, socialità;
· Dimensione territoriale degli interventi, in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale;

Considerato che il Budget di Salute si rivolge alle persone con disturbo mentale e dipendenze patologiche, con priorità a interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e dipendenze tali da compromettere l'autonomia, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale;

Preso atto che con deliberazione di Giunta regionale n.1554/2015 sono state approvate le "Linee di indirizzo per la realizzazione

di progetti con la metodologia del Budget di salute";

Considerato che nel 2016 la RER ha istituito il tavolo del "Programma Inclusione Sociale e Budget di Salute" di cui facevano parte tecnici delle AUSL, degli Enti Locali e utenti e familiari membri della Consulta per la Salute Mentale con l'obiettivo di approfondire e diffondere la metodologia, verificarne e ampliarne l'applicazione oltre la salute mentale, anche attraverso iniziative di ricerca e formazione;

Considerato che il tavolo di lavoro regionale è stato formalizzato con determina n. 7732 del 26/04/2022 e successivamente rinnovato con determina n. 8509 del 30/04/2026;

Valutato che, a un decennio dall'approvazione della DGR 1554/2015, occorre considerare che nel DM 77/2021 il Budget di salute viene proposto tra gli strumenti per la realizzazione di progetti di salute complessi nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale e che la più recente normativa in tema di disabilità incentrata sul progetto di vita individuale personalizzato e partecipato presenta un impianto metodologico affine al Budget di salute in chiave capacitante e di autodeterminazione;

Considerato che l'obiettivo di potenziare e incrementare il Budget di salute è stato indicato, tra le azioni di miglioramento, nel "Piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028" della Regione Emilia-Romagna.

Valutata altresì la necessità, alla luce delle evoluzioni intercorse e dei possibili ulteriori sviluppi applicativi, di rivedere e aggiornare le linee di indirizzo regionali per la realizzazione di progetti con metodologia Budget di Salute;

Viste:
- la Legge regionale 26 novembre 2001, n. 43, recante *"Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna"*, e successive modificazioni;
- il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" ed in particolare l'art. 7-bis;*

Richiamate, altresì, le proprie deliberazioni:
- n. 279 del 27 febbraio 2025, recante *"Conferimento dell'incarico di Direttore generale Cura della persona, salute e welfare a dirigente regionale"*;
- n. 100 del 30 gennaio 2026, recante *"XII Legislatura. Riorganizzazione dell'Ente in vigore dal 1° marzo 2026. Seconda fase"*, come rettificata con deliberazione di Giunta

regionale n. 171 del 9 febbraio 2026, recante *"Rettifica errori materiali alla deliberazione di Giunta regionale n. 100 del 30 gennaio 2026"*;

- n. 278 del 27 febbraio 2026, recante *"Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° marzo 2026"*, nonché le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/779385 del 21 dicembre 2017 in materia di sistema dei controlli interni della Regione Emilia-Romagna;
- n. 2077 del 27 novembre 2023, recante *"Nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza"*;
- n. 101 del 30 gennaio 2026, recante *"Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028. Approvazione"*;

Richiamati inoltre:

- la determinazione dirigenziale n. 2272 del 5 febbraio 2026, recante *"Micro-organizzazione della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare"*;
- la determinazione dirigenziale n. 4297 del 27 febbraio 2026, recante *"Conferimento di incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare"*;
- la determinazione dirigenziale n. 2335/2022, recante *"Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto legislativo n. 33 del 2013 – Anno 2022"*;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

**D E L I B E R A**

1. di approvare, sulla base di quanto indicato in premessa e che qui integralmente si richiama, il documento recante "Linee di indirizzo RER per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute. Nuova versione revisionata 2025/2026", allegato quale parte integrante e sostanziale della

presente deliberazione, alla luce delle evoluzioni intercorse e dei possibili ulteriori sviluppi applicativi della metodologia di intervento con budget di salute;

2. di garantire la più ampia diffusione del Budget di salute quale strumento per la realizzazione di progetti di salute complessi nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale regionale;
3. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

# Sommario

1. Premessa. Evoluzione storica2

2. Principi generali della metodologia. Definizione del Budget di Salute come modello e strumento5

3. Elementi qualificanti della metodologia BdS6

4. Elementi attuativi. Modalità applicative della metodologia BdS7

Destinatari7

Domiciliarità e residenzialità. Gli innovativi “Servizi di Comunità e Prossimità SCP”.8

Fasi della proposta e della richiesta. Equipe integrata e UVM come processo.9

Assi di intervento9

Area abitare/supporto alla domiciliarità10

Area socialità/affettività/comunicazione10

Area formazione/lavoro10

Fase applicativa della valutazione. Strumenti.11

Fase della progettazione. Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)12

Tipologia e Durata. Livello di intensità13

Fase dell’attivazione. Accordo per la compartecipazione delle risorse.15

Fase del monitoraggio. Indicatori di esito e di gradimento17

Le procedure amministrative a sostegno del Budget di Salute17

5. Programmazione e Governance19

Programmazione e Governance Regionale. Tavolo regionale di coordinamento BdS19

Programmazione e governance sociosanitaria integrata con Enti Locali. Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria CTSS e Comitati di Distretto20

Programmazione e Governance AUSL/Dipartimento. Cabina di Regia Dipartimentale e cruscotti20

Bibliografia scelta21

# 1. Premessa. Evoluzione storica

Il Budget di Salute (BdS) rappresenta oggi uno dei più interessanti strumenti di innovazione nel panorama del welfare italiano, in chiave di protagonismo della persona e rispetto dei diritti umani, umanizzazione delle cure e maggiore efficacia ed efficienza dei servizi. Sperimentato inizialmente in ambito psichiatrico, si è progressivamente affermato in Regione Emilia-Romagna come modello di integrazione sociosanitaria, con un'azione di stimolo e guida a livello nazionale nel proporsi come paradigma trasversale, capace di coniugare salute e diritti, autodeterminazione e responsabilizzazione, autonomia e partecipazione.

A partire dal 2011 il modello BdS è stato oggetto di studio ed analisi a seguito di un'iniziativa della Consulta Regionale per la Salute Mentale che aveva istituito un gruppo di lavoro misto composto da familiari, professionisti delle Aziende Usl e della Regione, con l'obiettivo di migliorare qualità, sostenibilità ed efficacia dei percorsi di cura delle persone affette da disturbi mentali gravi presso i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP). Si partiva già allora dalla constatazione della carenza di opportunità evolutive per sostenere la dimissione dalle strutture residenziali ad obiettivi raggiunti dalla persona, con alto rischio di fenomeni regressivi di cronicizzazione e dal rischio di una deriva abbandonica per le persone a casa, al sopraggiungere di un aggravamento del quadro clinico o di altre condizioni di vita che impattino sul funzionamento sociale, come l'impoverimento e la solitudine. Venivano prese in esame le esperienze attivate sperimentalmente e localmente in diverse Aziende USL della regione che miravano a realizzare soluzioni personalizzate per sostenere la persona a casa, attivando e combinando risorse pubbliche e private, che sembravano raggiungere risultati significativi in termini di salute, funzionamento psicosociale ed inclusione, soddisfazione di utenti e famiglie, uso appropriato delle risorse umane ed economiche in collaborazione fra enti diversi (Ausl e Comuni). I primi risultati di queste esperienze sono stati presentati in un convegno regionale nel 2013[1].

La Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna ha quindi promosso il "Programma Budget di Salute" con finanziamento dedicato [2] per facilitarne la diffusione in tutti i DSM-DP regionali.

Nel 2015 sono state approvate le prime "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con metodologia Budget di Salute"[3] predisposte in maniera congiunta da tecnici delle Aziende USL e degli Enti Locali.

Nel 2016 la Regione Emilia-Romagna ha istituito il tavolo del "Programma Inclusione Sociale e Budget di Salute"[4] che include tecnici delle Aziende ASL, degli Enti Locali e utenti e familiari membri della Consulta per la Salute Mentale con l'obiettivo di approfondire e diffondere la

1 Materiali del convegno "Budget di salute" 18 aprile 2013 http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/convegno-budget-di-salute-2013
2 DGR n. 867/2026 "Inclusione sociale e Budget di Salute"
3 DGR n. 1554/2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con metodologia Budget di Salute"
4 DGR n. 1229/2016 "Programma Inclusione Sociale e Budget di Salute"

metodologia, verificarne e ampliarne l'applicazione oltre la salute mentale, anche attraverso iniziative di ricerca e formazione[5].

Il PSSR 2017-2019[6], tutt'ora vigente, dedica al Budget di Salute una scheda attuativa specifica all'interno dell'area di intervento relativa alle politiche per la prossimità e la domiciliarità, che consente dal 2017[7] il monitoraggio regionale annuale dei progetti BdS attraverso la rilevazione di specifici indicatori; dal 2024 il monitoraggio regionale avviene in maniera puntuale grazie all'analisi dei dati presenti nella cartella CURE[8].

Il Tavolo regionale ha prodotto documenti di indirizzo e di approfondimento. Nel 2018 sono stati pubblicati gli "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute"[9], condivisi con ANCI, dove viene proposto un modello di UVM, fase imprescindibile dell'applicazione del BdS, intesa come processo partecipato dalla persona che prende il via dall'équipe integrata territoriale, punto dinamico della valutazione multiprofessionale e multidimensionale.

Nella pubblicazione del 2024 "Il Budget di Salute in Emilia-Romagna: work in progress"[10] sono stati oggetto di approfondimento i temi delle procedure giuridico amministrative per l'attuazione del BdS e delle potenzialità e specificità in ambito di applicazione nelle dipendenze patologiche. È stata anche proposta la prima versione del "Questionario Fidelity BdS" atto a verificare l'aderenza nelle pratiche dei servizi agli elementi qualificanti ed attuativi descritti nelle "Linee programmatiche"[11] nazionali, pubblicate nel 2022 a seguito del progetto promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna con l'Istituto superiore di Sanità ISS.

---

5 Lorenzo Pelizza, Emanuela Leuci, Pietro Pellegrini Budget di Salute negli Esordi Psicopatologici, in Starace F. (a cura di) Il budget di salute nel welfare di comunità italiano. Il Pensiero Scientifico Ed. 2024, 241-262.
Leuci, E., Pelizza, L., Landi, G., Quattrone, E., Maestri, D., Azzali, S., Pelosi, A., Ceroni, P., Soncini, C., Daolio, M. C., Paulillo, G., Raballo, A., & Pellegrini, P. (2022). Personal health budget in patients with first episode psychosis: A new rehabilitation model based on a community care system in Italy. Early Intervention in Psychiatry,16(3), 221–230.
Pelizza, L., Leuci, E., Landi, G., Maestri, D., Paulillo, G., Ceroni, P., Soncini, C., Daolio, M. C., Quattrone, E., & Pellegrini, P. (2021). Personal Health Budget as a new rehabilitation model for severe mental illness within a caring community: An Italian evaluation study of beneficial effects. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 55(6), 602–612.
Pellegrini P. Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C. (a cura di) Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia-Romagna, Alphabeta Verlag, Merano 2019.
6https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/piano-sociale-e-sanitario/piano-sociale-e-sanitario
7 DGR n. 1423/2017 Attuazione del Piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.
8 CURE (Cartella sociosanitaria regionale dei Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche)
9 PG/2018/0311590 "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute"
10 https://www.ausl.pr.it/azienda/budget_salute/budget_salute_emilia_romagna_work_progress.aspx
11 Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022 "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti"

La validazione del “Questionario Fidelity BdS”, sperimentato presso i DSMDP della regione, consentirà di predisporre un manuale che supporti i servizi nell’implementazione della metodologia Budget di Salute.

Si è anche affrontato il tema della possibile integrazione tra il modello di intervento del BdS e quello residenziale, illustrato nel documento “Esito del Gruppo di lavoro per l'innovazione del Sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di Salute”[12] dove vengono proposti gli innovativi “appartamenti utilizzati per Budget di Salute-Asse habitat" che trovano collocazione all'interno di una rete territoriale integrata e sono disponibili per percorsi terapeutico riabilitativi, cui si accede solo attraverso un progetto individualizzato di recovery di cui è titolare la persona secondo il modello del BdS, distinti dalla residenzialità sociosanitaria soggetta ad autorizzazione al funzionamento[13] e dai Gruppi Appartamento GA con assistenza h24. La proposta è stata ripresa nelle “Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell’infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna”[14] dove si parla di Servizi di Comunità e Prossimità (SCP) che, pur incentrandosi sull’abitare, devono agire sempre su tutti gli assi di intervento (casa/lavoro/socialità) connessi ai determinanti della salute, attraverso la creazione di una rete di inclusione sociale e di opportunità rivolte alla persona e la facilitazione all’accesso a tutte le risorse della comunità di riferimento. Si tratta di un insieme di attività ed interventi riabilitativi, educativi ed assistenziali per persone con disabilità/fragilità psicosociale in carico ai servizi, direttamente presso il domicilio ma anche in forme innovative di convivenza temporanea con obiettivi di recovery a breve termine, come Recovery House per giovani adulti, oppure a medio e lungo termine, come co-housing destinati a multiutenza con tipologie diverse di bisogni.

La metodologia BdS si è ampiamente diffusa nell’ambito delle dipendenze patologiche[15] anche grazie alla sperimentazione promossa dal CCM 2022-2024[16] per sostenere a livello nazionale l’applicazione sistematica del BdS anche attraverso valutazioni di esito, e sono state maturate esperienze nell’ambito della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza.

Ad oltre un decennio della DGR 1554/2015, va inoltre considerato che nel DM 77/2022[17] il BdS viene proposto tra gli strumenti per la realizzazione di Progetti di Salute Complessi nell’ambito dell’assistenza sanitaria territoriale e che la più recente normativa della disabilità[18] incentrata

12 PG/2020/0006560 “Esito del Gruppo di lavoro per l'innovazione del Sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di Salute”

13 DGR n. 1423/2015 Documento coordinato della normativa regionale in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie

14 DGR n. 1322/2024 Approvazione linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di Salute mentale adulti Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna

15 DGR n. 898/2024 “Inclusione sociale e Budget di Salute”

16 CCM 2022-2024 Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze

17 DM 77/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

18 DL n.62/2024 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.

sul progetto di vita individuale personalizzato e partecipato presenta un impianto metodologico affine al BdS in chiave capacitante e di autodeterminazione.

Alla luce delle evoluzioni intercorse e dei possibili ulteriori sviluppi applicativi, di seguito vengono riviste ed aggiornate le linee di indirizzo regionali per la realizzazione di progetti con metodologia Budget di Salute che sostituiscono la DGR 1554/2015.

# 2. Principi generali della metodologia. Definizione del Budget di Salute come modello e strumento

La metodologia Budget di Salute BdS si configura al tempo stesso come modello e come strumento.

Il BdS rappresenta un **modello** di intervento tra i più avanzati ed innovativi finalizzati a favorire e sostenere l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità favorendo lo sviluppo di un welfare generativo. Come modello, declina un approccio sociosanitario orientato a garantire maggiore soggettività e protagonismo alla comunità, sostenendola nella realizzazione di un percorso di autodeterminazione e auto-organizzazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune, fungendo potenzialmente da vettore di trasformazione della rete stessa dei servizi, anche attraverso processi di riallocazione delle risorse e contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione. Il modello BdS individua inoltre modalità regolative di rapporto con gli Enti del Terzo Settore (ETS) improntati alla coprogettazione e cogestione di progetti individualizzati che mirino alla recovery della persona, realizzando al contempo obiettivi di produttività e di sviluppo del capitale sociale.

Il BdS costituisce uno **strumento** integrato sociosanitario a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) per il Progetto di Vita di persone con bisogni sociosanitari complessi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, il benessere ed il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità nell'ottica della recovery. Lo strumento è attivabile da parte dei servizi sanitari in collaborazione con il servizio sociale territoriale, per sostenere e consolidare progetti di tipo domiciliare alternativi alla residenzialità o per sostenere la fase prossima alla dimissione. Il protagonismo, in chiave di autodeterminazione, capacitazione e responsabilizzazione della persona, si realizza nella co-costruzione del PTRI che si declina in obiettivi sui principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialità), dove gli interventi vengono concepiti come mezzo per mobilitare le risorse personali e comunitarie e si strutturano nella definizione di un accordo tra i diversi soggetti coinvolti. Ciò consente di integrare le risorse di servizi, ETS e altre agenzie che, sviluppando azioni definite sulla base delle specifiche competenze, convergono nel restituire alla persona un orizzonte di rispetto dei

diritti, di dignità e migliore qualità della vita, per prevenire ogni forma di cronicizzazione istituzionale ed evitare nel contempo l'abbandono e l'isolamento stigmatizzante. In chiave di responsabilizzazione e richiamo ai doveri di ogni persona, è necessaria l'attivazione di tutte le risorse personali e familiari e della rete comunitaria.

# 3. Elementi qualificanti della metodologia BdS

I seguenti **elementi qualificanti** della metodologia BdS devono essere rispettati:

1) Il Budget di Salute si rivolge a persone in carico alla rete dei servizi sanitari territoriali, che presentino bisogni complessi sia sociali che sanitari ed è finalizzato a favorire la permanenza al domicilio prescelto, inteso come quello della famiglia nel caso di minori. Protagonista del BdS è la persona considerata nella sua comunità di riferimento e nella sua rete di relazioni, in primis quelle familiari, vista nella complessità delle sue risorse e dei suoi bisogni, sia sociali che sanitari, sostenuta nel poter esprimere il diritto all'autodeterminazione dei suoi obiettivi di cura e di vita.

2) Il Budget di Salute è a governo e coordinamento pubblico a garanzia di una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del BdS, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve pertanto avvenire ad opera di un professionista dei servizi sanitari o dei servizi sociali territoriali. Il BdS mira all'abilitazione nell'ottica della piena attuazione dei diritti e rispetto dei doveri di cittadinanza. La componente sociale è a garanzia dei diritti e doveri di cittadinanza; quella sanitaria del diritto alla salute ed entrambe concorrono al diritto all'abilitazione capacitante. L'équipe integrata sociosanitaria, composta da almeno un professionista sanitario ed almeno un professionista sociale dell'Ente Locale, deve rendere possibile il contributo della persona stessa, di chi esercita la responsabilità genitoriale in caso di minori, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, di altri soggetti significativi. Ciò si realizza attraverso la partecipazione attiva della persona nella fase di valutazione di bisogni e risorse ed attraverso l'espressione del diritto all'autodeterminazione nella fase di co-costruzione del progetto di cura e nella definizione del progetto di vita della persona stessa, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse, anche economiche, comprese quelle familiari messe a disposizione.

3) Il Budget di Salute si basa su un approccio capacitante e mira a costruire una relazione di fiducia con la persona e con la sua famiglia, in caso di minori ed in ogni caso qualora sia volontà della persona stessa, che faciliti l'espressione delle aspettative e dei desideri, all'interno della quale condurre la valutazione multiprofessionale e multidimensionale finalizzata alla definizione del BdS stesso. La valutazione deve prevedere anche l'utilizzo di strumenti preferibilmente validati e standardizzati e deve esplorare tutte le seguenti aree:

- Area clinica
- Area del funzionamento psicosociale

- Area dei bisogni e delle risorse, comprese quelle economiche, sia personali e familiari che di comunità
- Area della qualità della vita e della motivazione al cambiamento

4) Il Budget di Salute deve prendere in considerazione sempre tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione) per i quali devono essere esplicitate azioni e declinati obiettivi all'interno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che, come progetto di cura orientato alla recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita autodeterminato. Il progetto BdS elaborato dall'équipe integrata sociosanitaria deve essere coordinato da un Case Manager/Responsabile de trattamento socioriabilitativo identificato, che può essere di ambito sanitario o sociale sulla base della prevalenza di interventi in relazione ai bisogni.

5) Il Budget di Salute per diventare operativo richiede che il consenso venga espresso nella sottoscrizione di un accordo da parte della persona o da chi eserciti la responsabilità genitoriale in caso di minore. L'accordo, sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti, esplicita obiettivi, impegni e risorse necessarie messe a disposizione dalle parti. L'accordo è parte integrante del BdS.

6) Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere monitorato e periodicamente verificato dall'équipe integrata sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e verifica è coordinata da Case Manager/Responsabile del trattamento socioriabilitativo identificato in fase di elaborazione progettuale. La verifica prende in considerazione indicatori di esito e di gradimento/soddisfazione.

# 4. Elementi attuativi. Modalità applicative della metodologia BdS

Per conferire coerenza al processo applicativo del modello e rendere operativo lo strumento, si individuano i seguenti elementi attuativi che forniscono indicazioni relative alle procedure di applicazione della metodologia BdS:

## Destinatari

Premesso che la metodologia del Budget di Salute non prevede criteri di esclusione, le persone destinatarie di BdS presentano di norma bisogni complessi che richiedano interventi integrati di tipo sociosanitario, non esclusivamente in relazione al quadro diagnostico ed alla sintomatologia clinica che definisce la presa in carico sanitaria, quanto in riferimento al livello di funzionamento personale, sociale, scolastico e lavorativo, sul quale impattano significativamente le competenze cognitive, formative, lavorative ed i fattori affettivo-relazionali, motivazionali, culturali, ambientali, economici e sociali. Dallo stato di salute

complessivo può derivare una condizione di disabilità che richieda livelli diversi di intensità di sostegno.

Costituisce **criterio di priorità** la presenza di una o più delle seguenti condizioni:

- difficoltà e/o disabilità sul piano della cura di sé, delle autonomie, delle competenze e delle capacità relazionali, comportamentali e sociali;
- significative difficoltà a realizzare l'abitare autonomo ed in sicurezza al domicilio prescelto;
- significative difficoltà di inserimento scolastico o lavorativo, derivante dalla mancanza di abilità/competenze, di titoli formativi e qualifiche professionali, e/o dalla necessità di avvalersi di orientamento, stimolo e supporto opportuni;
- insufficiente o inadeguata rete familiare e multiproblematicità nelle relazioni familiari;
- isolamento sociale derivante da una debole o inadeguata rete extrafamiliare;
- necessità di ripetuti ricoveri in ambito ospedaliero (3 o più nell'anno) e/o di lunga durata
- necessità di sostenere la dimissione possibile da strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie nella fase conclusiva del percorso (indicativamente negli ultimi 3 mesi prima della dimissione programmata) e nella fase di reinserimento in un'ottica proattiva *life course*.

## Domiciliarità e residenzialità. Gli innovativi "Servizi di Comunità e Prossimità SCP".

Con l'attivazione del BdS si intende perseguire e sostenere la permanenza della persona al domicilio prescelto.

Data questa premessa, il BdS può essere attivato anche per supportare la fase prossima alla dimissione programmata da strutture residenziali, per un tempo determinato fino ad un massimo di 3 mesi, eccezionalmente prorogabile una sola volta per ulteriori 3 mesi.

Il BdS, che ha come riferimenti prioritari i principi della non istituzionalizzazione della domanda, del protagonismo della persona vista non solo come consumatore ma anche come co-produttore di beni e servizi di welfare, della sussidiarietà e valorizzazione delle risorse informali di cura della e nella comunità, può inoltre contribuire all'innovazione del modello residenziale sociosanitario indirizzandolo verso la funzione di "Servizi di Comunità e Prossimità" (SCP). I SCP definiscono un insieme di servizi, attività ed interventi riabilitativi, educativi ed assistenziali altamente personalizzati, realizzati presso civili abitazioni, attivati per un piccolo gruppo, fino a un massimo di 6 persone, per supportare forme di convivenza anche temporanea con obiettivi di recovery per giovani adulti, ma anche forme di co-housing a medio e lungo termine, destinate di norma a multiutenza con tipologie diverse di bisogni. Per ogni persona si applica la metodologia BdS, declinando il PTRI collegato al progetto di vita, che valuta bisogni e risorse e sviluppa obiettivi individuali che prendono in considerazione sempre

tutti gli assi di intervento connessi ai determinanti della salute, secondo una visione olistica del benessere e della salute. Pertanto, i SCP non rispondono ad una logica erogativa prestazionale ma partecipativa di co-progettazione con l'intera rete di servizi ed attività del territorio di riferimento; devono agire per la creazione di una rete di opportunità di inclusione sociale, di formazione e di lavoro realizzando un modello di welfare generativo di prossimità, facilitando al contempo l'accesso a tutte le risorse della comunità di riferimento, secondo le preferenze della persona, dove può trovare valorizzazione anche l'apporto di Esperti per Esperienza/Esperti in Supporto tra Pari (ESP).

## Fasi della proposta e della richiesta. Equipe integrata e UVM come processo

La proposta di attivare il BdS può pervenire da qualunque punto del sistema di soggetti interessati: dalla persona o da chi eserciti la responsabilità genitoriale in caso di minore, dal MMG/PLS, da professionista sanitario/sociosanitario AUSL o da professionista sociale dell'Ente Locale. Nella fase preliminare di proposta del BdS la persona può essere facilitata nell'espressione della domanda dal coinvolgimento attivo di un ESP. La successiva fase di richiesta del BdS prevede si costituisca l'Equipe integrata sociosanitaria a cui spetta la valutazione multiprofessionale e multidimensionale, dalla componente sanitaria di AUSL e da quella sociale dell'Ente Locale. Facendo riferimento agli "Indirizzi regionali per la realizzazione di UVM nei progetti con Budget di Salute"[19], l'UVM viene intesa come processo unitario e dinamico, che realizza la valutazione multiprofessionale e multidimensionale, favorendo una migliore integrazione tra i servizi sociale e sanitario, per superare processi di frammentazione nella risposta e collocarsi in una relazione dialogica e capacitante, con la persona e, in caso di minore, con chi eserciti la responsabilità genitoriale. L'UVM pertanto coniuga diverse fasi applicative e può realizzarsi in un'unica sessione, come Equipe Integrata sociosanitaria territoriale con funzioni di UVM, oppure in due sessioni, con coinvolgimento successivo, a cura dell'Equipe Integrata sociosanitaria territoriale, dell'UVM distrettuale sociosanitaria per funzioni di tipo autorizzativo in relazione alle risorse da impegnare.

## Assi di intervento

La metodologia BdS prevede che siano presi in considerazione sempre tutti e tre gli assi di intervento. In fase di progettazione viene indicato l'asse prevalente, che può variare a seguito di verifica in fase di monitoraggio.

Vengono di seguito descritti gli interventi sociosanitari previsti per ciascuno dei tre assi di intervento:

19 PG/2020/0006560 "Esito del Gruppo di lavoro per l'innovazione del Sistema Residenziale della Salute Mentale e applicazione del Budget di Salute"

### Area abitare/supporto alla domiciliarità

L'obiettivo primario degli interventi riabilitativi, educativi ed assistenziali a supporto della domiciliarità, anche in fase di reinserimento, è perseguire la prospettiva dell'abitare al domicilio con il minor livello di sostegno necessario, avvalendosi di sistemazioni abitative singole, di co-housing oppure in piccolo gruppo di convivenza, in chiave emancipatoria, secondo le preferenze espresse dalla persona e sulla base di proposte di prossimità, anche applicando l'approccio Housing First.

Nella progettazione e nella realizzazione degli interventi, deve essere sempre favorita la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi capacitanti, pertanto, si svolgono di norma al domicilio della persona e sono finalizzati allo sviluppo di abilità nella vita quotidiana e al miglioramento delle autonomie, necessarie a consentire condizioni di abitabilità, benessere e sicurezza nello specifico contesto abitativo. Si fa riferimento anche all'accesso ed ai contatti con il sistema di cura, all'adozione di corretti stili di vita per la prevenzione, ma anche di gestione del craving e di riduzione del danno, nella prospettiva di una vita indipendente dalla supervisione dei familiari o altri caregiver, in relazione all'età della persona.

### Area socialità/affettività/comunicazione

Gli interventi riabilitativi ed educativi hanno come obiettivo primario la ri-costruzione ed il mantenimento di relazioni e reti amicali, familiari e sociali, con attenzione anche alla multiculturalità, unitamente allo sviluppo di abilità comunicative e competenze sociali, orientati all'empowerment basato sulla partecipazione attiva e sul raggiungimento di un senso di padronanza e di controllo sul proprio sé e sull'ambiente. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva, anche attraverso la facilitazione nella partecipazione ad attività culturali, ricreative e sportive della comunità di riferimento, con particolare attenzione alla qualità del clima relazionale dei contesti proposti. In questo asse di intervento, massimamente vanno ricercati e promossi il coinvolgimento e la collaborazione di familiari, ETS, organizzazioni e gruppi informali presenti nel contesto comunitario di prossimità. Vi possono rientrare gli interventi di facilitazione a cura di Esperti per Esperienza/Esperti in Supporto tra Pari (ESP), tra cui il supporto alla partecipazione a Gruppi AMA per sostenere l'efficacia degli interventi di *after care management*. Gli interventi in questa area fanno riferimento anche a modelli innovativi come i *Recovery College* ed il *Social Prescribing*, facendo riferimento al modello integrato del Welfare culturale.

### Area formazione/lavoro

Gli interventi riabilitativi ed educativi devono motivare e sostenere la persona in percorsi finalizzati a sviluppare e ri-acquisire abilità e competenze lavorative per rendere possibile la transizione al lavoro e/o a realizzare l'accompagnamento al lavoro, intervenendo con approccio riabilitativo ed educativo sui fattori negativi per l'occupabilità della persona quali problemi comportamentali, relazionali ed emotivi; con la mediazione tra le abilità della persona e le necessità produttive; con la promozione di azioni facilitanti ed incentivanti; con la

negoziazione su conflitti e pregiudizi tra persona e impresa; con la sensibilizzazione verso atteggiamenti eticamente e socialmente responsabili del mondo delle imprese e dell'intera comunità. Per persone che si trovino in condizioni di disabilità o di marcata disfunzionalità relazionale e sociale, si tratta di interventi a forte valenza riabilitativa, sia occupazionale che socializzante con obiettivi di inclusione sociale, in luoghi idonei all'acquisizione di competenze e capacità canalizzabili nel tempo, sia in termini di autonomia lavorativa che di comprensione ed adeguamento ai contesti. Per persone con più alto livello di funzionamento e motivate all'assunzione lavorativa, gli interventi sono finalizzati a sostenere la realizzazione di un'esperienza lavorativa, soprattutto nella fase di ingresso nel mondo del lavoro; supportare nella ricerca attiva del lavoro e nella definizione di un progetto professionale; contribuire a costruire sul territorio una rete di relazioni con attori pubblici e privati per reperire opportunità lavorative. Vi possono rientrare anche gli interventi di accompagnamento nello studio di minori e giovani adulti per sostenere la conclusione di percorsi formativi scolastici ed universitari ed il supporto a persone adulte percorsi di formazione professionale.

Si fa riferimento all'*Individual Placement Support* (IPS) quale modello di intervento evidence based.

## Fase applicativa della valutazione. Strumenti.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale sanitaria, sociosanitaria e sociale, deve prendere in considerazione tutte le seguenti aree:

- area clinica
- area del funzionamento psicosociale
- area della qualità della vita e della motivazione al cambiamento
- area dei bisogni e delle risorse socioeconomiche, personali e familiari e di comunità

La valutazione prevede di norma l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati, richiede la partecipazione attiva della persona e, in caso di minore, di chi eserciti la responsabilità genitoriale, e può avvalersi della collaborazione di familiari/caregiver o altri significativi su richiesta della persona stessa.

La valutazione sanitaria prevede la definizione diagnostica secondo ICD-10 (International Classification of Disease and Related Health Problems) e l'indagine degli aspetti clinici, condotta mediante MHCT (Mental Healt Clustering Toole) / HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) per le persone in cura ai Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche[20].

20 L'utilizzo di MHCT nell'ambito dei servizi delle Dipendenze Patologiche, utile in particolare per le persone con comorbidità psichiatrica, è da intendersi in maniera integrata con altri strumenti valutativi standardizzati più specifici per l'uso dannoso e la dipendenza da sostanze e/o comportamenti.

La valutazione sociale in merito alle risorse della persona (economiche, strumentali, familiari, comunitarie, relazionali, di rete) viene condotta con le modalità adottate dai servizi sociali degli enti locali, anche tenendo a riferimento i LEPS "valutazione multidimensionale"[21].

La valutazione sociosanitaria integrata, multidimensionale e multiprofessionale, prevede l'utilizzo di strumenti definiti e condivisi in sede di UVM, alcuni specifici per le persone in cura ai DSMDP (*) tra cui si propongono di seguito:

**Per l'area del funzionamento psicosociale:**

MHRS-Mental Health Recovery Star*

CASIG-Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals*

CAN-Camberwell assessment of need*

VADO-Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi*

CGAS Child Global Assessment*

Mini-ICF-APP*

VINELAND II-Adaptive Behavior Scales

WHODAS 2.0 World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

**Per l'area della qualità della vita e della motivazione al cambiamento:**

WHOQOL-World Health Organization Quality of Life assessment

MAC2-Motivazione al Cambiamento*

CAN e VADO intervista con il coinvolgimento attivo della persona

**Per l'area dei bisogni e delle risorse socioeconomiche, personali/familiari e di comunità:**

ICD-10 codici R (R00-R99: Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati) e Z (Z00-Z99: Fattori che possono influenzare lo stato di benessere).

## Fase della progettazione. Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)

Il PTRI deve dettagliare:

- obiettivi nelle tre aree dei determinanti sociali della salute
- abilità necessarie alla persona per il raggiungimento degli obiettivi

21 LEPS Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali art. 7 del D. Lgs. 147/2017 e confermato con la L. 48/2023 art. 6 comma 8

- risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi
- piano condiviso per l'acquisizione delle risorse necessarie se non presenti
- piano dettagliato degli interventi, indicando eventuali priorità
- operatori coinvolti/eventuali altre figure coinvolte, specificando compiti e responsabilità
- ipotesi di durata del BdS
- programmazione dei tempi di verifica
- tipologia e livello di intensità del BdS
- case manager del BdS

In questa fase l'équipe integrata sociosanitaria si configura come "équipe di progetto", che comprende necessariamente, per la parte sanitaria, i professionisti sanitari e sociosanitari che hanno in cura la persona; per la parte sociale, l'assistente sociale del servizio sociale ed altri operatori dell'Ente Locale che abbiano in carico la persona che partecipa attivamente al progetto. La persona può coinvolgere familiari/caregivers/soggetti terzi fiduciari e Amministratori di sostegno, se presenti.

Ogni progetto BdS deve essere coordinato da un Case Manager/Responsabile del trattamento socioriabilitativo identificato che può essere di ambito sanitario oppure sociale e svolge la funzione di coordinamento degli interventi, rendendosi garante delle azioni di monitoraggio e verifica.

## Tipologia e Durata. Livello di intensità

In fase di progettazione vengono distinte le seguenti tipologie:

**Progetti BdS ad alta valenza abilitativa/riabilitativa**, rivolti di norma a persone con bisogni complessi ed in presenza di gravità clinica, soprattutto giovani adulti e minori, per le quali sia condivisa la scelta di un intervento abilitativo/riabilitativo a domicilio; persone di età inferiore ai 65 anni, alle quali sia venuto a mancare il supporto familiare, non posseggano, o abbiano perso a seguito di esiti da patologia cronica, le abilità necessarie per vivere in modo autonomo; persone che, a seguito di percorsi riabilitativi effettuati in strutture sanitarie o sociosanitarie, possano sperimentare un maggiore livello di autonomia in modo graduale.

La **durata** massima di questa tipologia di progetti è di 1 anno, eventualmente rinnovabile alla scadenza per ulteriore annualità; dopo il primo rinnovo possono essere ulteriormente rinnovati entro il limite massimo complessivo di quattro volte, previa rivalutazione in UVM. In tutti i casi, è attesa un'evoluzione positiva dei progetti ad alta valenza abilitativa/riabilitativa tale da consentire dopo 2 anni la rimodulazione con riduzione di almeno 1/3 degli interventi inizialmente previsti.

**Progetti BdS di mantenimento a prevalente valenza educativo/supportiva** rivolti di norma a persone, anche minori, che, non riuscendo a vivere al domicilio in modo completamente

autonomo o con il solo sostegno familiare anche dopo avere effettuato adeguati percorsi riabilitativi, necessitino di supporti continuativi nel tempo e di norma leggeri.

Per questa tipologia di progetti può non essere previsto un limite temporale di **durata**, ma sono comunque necessari il monitoraggio e la verifica almeno 1 volta l'anno, effettuando periodiche rivalutazioni in UVM ogni qualvolta vengano rilevate variazioni significative dei bisogni educativo-assistenziali. Al 65^ anno di età in tutti i casi viene richiesta la rivalutazione congiunta dei bisogni in UVG/UVM anche al fine di individuare i più idonei sostegni attivabili nell'ambito dei servizi per anziani.

Vengono distinti i seguenti **livelli di intensità quali-quantitativi** in relazione alle ore di intervento previsto ed al diverso contenuto assistenziale, educativo, riabilitativo richiesto:

- **bassa intensità**: necessità di interventi leggeri di monitoraggio e supporto, solo in alcune aree di funzionamento, finalizzati prevalentemente al mantenimento delle abilità nelle attività di vita quotidiana, indicativamente fino ad un massimo di 5 ore di intervento su base settimanale;
- **media intensità**: necessità di interventi di monitoraggio e supporto in più aree di funzionamento, anche attraverso il coinvolgimento attivo della persona nelle attività di vita quotidiana e in attività riabilitative nel contesto comunitario, indicativamente fino ad un massimo di 10 ore di intervento su base settimanale;
- **alta intensità**: necessità di interventi elevati di orientamento, monitoraggio, rinforzo e supporto, nella maggior parte delle aree di funzionamento, con il coinvolgimento attivo della persona nelle attività di vita quotidiana ed in attività riabilitative nel contesto comunitario per il potenziale recupero delle autonomie, indicativamente fino ad un massimo di 25 ore di intervento su base settimanale;
- **alta intensità c.d. "eccezionale"**: necessità di interventi eccezionalmente elevati di orientamento, monitoraggio, rinforzo e supporto, nella maggior parte delle aree di funzionamento, con il coinvolgimento attivo della persona nelle attività di vita quotidiana ed in attività riabilitative nel contesto comunitario per il potenziale recupero delle autonomie; gli interventi sono superiori alle 25 ore su base settimanale; sono attivabili in presenza di almeno tre delle seguenti condizioni:
  - condizione di disabilità con temporanea e urgente necessità di elevato livello di sostegno
  - bisogno temporaneo e urgente, in più momenti della giornata, di assistenza anche per motivi sanitari
  - presenza in anamnesi prossima/alta prevedibilità di comportamenti a rischio per la sicurezza personale
  - quadro clinico caratterizzato da frequenti ospedalizzazioni per riacutizzazione (superiori a 3 nell'ultimo anno) e/o di lunga durata

Di norma tipologia, durata ed intensità sono correlati. I progetti che rientrano nella tipologia:

- progetti ad **alta valenza abilitativa/riabilitativa** sono caratterizzati prevalentemente da livelli di intensità alta e media
- progetti di **mantenimento a prevalente valenza educativa/supportiva** sono caratterizzati da livelli di intensità media e bassa
- fanno eccezione i progetti ad **alta intensità assistenziale cd. "eccezionali"** per i quali è prevista una durata di attivazione limitata e definita fino ad un massimo di 3 mesi, rinnovabili una sola volta

## Fase dell'attivazione. Accordo per la compartecipazione delle risorse.

Per diventare attivo il BdS necessita della sottoscrizione dell'accordo che vincola tutti i soggetti coinvolti al rispetto degli impegni, anche in riferimento ai tempi definiti di verifica ed alla compartecipazione delle risorse necessarie, professionali, strumentali, relazionali ed economiche.

Vengono declinate le seguenti risorse:

A. **Risorse sanitarie** messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso soggetti terzi.
B. **Risorse dell'Ente Locale** messe a disposizione dall'Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso soggetti terzi.
C. **Risorse della persona** titolare del BdS, messe a disposizione dalla persona stessa e dalla sua famiglia
D. **Risorse di comunità** messe a disposizione da ETS e privati.

Di seguito si specifica che:

Le **risorse sanitarie di AUSL** e le **risorse sociali dell'Ente Locale** ai punti A e B, sia professionali che strumentali ed economiche, sono destinate agli interventi di assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale che prende come riferimento quanto previsto agli art. 26 e 28 dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) 2017 e successive

modificazioni ed integrazioni[22], in ottica integrata con i LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) [23].

Le **risorse della persona** al punto C possono comprendere risorse strumentali (proprietà e beni), relazionali (rete familiare ed amicale) ed economiche (redditi da lavoro, indennità e prestazioni sociali, risparmi, investimenti, rendite o introiti da immobili) che la persona mette a disposizione di sua volontà per il progetto BdS di cui è titolare. In particolare, per quanto attiene le risorse economiche al punto C messe a disposizione dalla persona per il BdS di cui è titolare, devono essere finalizzate a sostenere il Progetto di Vita, ad esempio le possibili spese per: affitto, utenze e costi di conduzione dell'abitazione; vitto e vestiario; trasporti privati e pubblici; attività culturali, sportive e di tempo libero. Nei casi in cui la persona sia impossibilitata a compartecipare ai costi, la competenza spetta all'Ente Locale, secondo le modalità previste negli specifici Regolamenti Comunali.

Le **risorse di comunità** al punto D possono comprendere risorse strumentali (proprietà e beni di soggetti privati, Fondazioni ed ETS) e relazionali (reti di ETS, articolazioni religiose e laiche di prossimità, gruppi di auto-mutuo-aiuto, reti di vicinato), eventualmente anche economiche.

Le risorse ai punti C) e D), s'intendono ulteriori rispetto a quelle dovute dall'Azienda USL e dall'Ente Locale secondo quanto descritto ai punti A) e B). La logica è quella della circolarità delle risorse e dalla loro intersezionalità affinché le diverse forme del prendersi cura, intese come bene comune, possano produrre salute della persona e benessere di comunità.

L'accordo in merito alle risorse deve essere sottoscritto da parte della persona e, in caso di minore, da parte di chi eserciti la responsabilità genitoriale; dall'équipe sanitaria curante; dall'équipe del servizio sociale dell'Ente Locale; dal referente di ETS/privato imprenditoriale coinvolto nel progetto; dall'amministratore di sostegno se presente; da un famigliare/caregiver/soggetto terzo, su eventuale richiesta della persona.

---

22 D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Serie generale, n. 65 del 18 marzo 2017, Supplemento ordinario n. 15.
Decreto del Ministro della salute 3 agosto 2026, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Serie generale, n. 227 del 30 settembre 2026.
D.P.C.M. 7 agosto 2026, Modifiche e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Serie generale, n. 227 del 30 settembre 2026.
23 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, in G.U., Serie generale, n. 310 del 31 dicembre 2021, Supplemento ordinario n. 49.
Legge 29 dicembre 2022, n. 197, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025, art. 1, commi 791-798, in G.U., Serie generale, n. 303 del 29 dicembre 2022, Supplemento ordinario n. 43.

La sottoscrizione dell'accordo, come fase del contratto con la persona e gli altri coinvolti, coincide con la formalizzazione del progetto precedentemente condiviso in UVM, che diviene esecutivo secondo le procedure amministrative richieste all'Azienda USL ed all'Ente Locale.

## Fase del monitoraggio. Indicatori di esito e di gradimento

Le verifiche in applicazione del monitoraggio vanno programmate sulla base degli obiettivi definiti e sono da prevedersi almeno annualmente, ovvero ogni qualvolta vengano rilevate variazioni significative dei bisogni ri-abililitativi, educativi ed assistenziali, delle risorse attivabili o per qualsiasi ragione si renda necessaria la ridefinizione condivisa del progetto.

Il Case Manager/Responsabile del trattamento socioriabilitativo designato all'interno dell'équipe di progetto è garante del monitoraggio e delle verifiche del progetto.

In sede di verifica è necessaria la partecipazione attiva della persona, anche in merito alle valutazioni di esito e di gradimento.

Nello specifico, la valutazione del gradimento ha l'obiettivo di verificare il grado di partecipazione, soddisfazione e utilità percepita rispetto al BdS. Gli indicatori di esito devono fare riferimento all'area clinica, del funzionamento psicosociale e della qualità di vita.

Vengono adottati come **indicatori di esito**:

- punteggio MHCT/HoNOSCA (per persone in cura ai DSMDP)
- punteggio WHOQOL

Per la valutazione del **gradimento**, viene indicato il *Questionario di gradimento sui progetti Budget di Salute*[24] che raccoglie il punto di vista espresso dalla persona titolare del BdS.

## Le procedure amministrative a sostegno del Budget di Salute

La sottoscrizione dell'accordo che rende esecutivo il progetto BdS, per quanto attiene gli interventi realizzati attraverso la messa a disposizione delle rispettive strutture organizzative, rispettivamente come risorse sanitarie da parte di AUSL e come risorse sociali da parte dell'Ente Locale, prevede a monte una modalità amministrativa integrata per la gestione e liquidazione degli stessi[25], delineata in appositi atti amministrativi condivisi, come ad esempio protocolli operativi tra le due parti.

Al fine di realizzare gli interventi, le azioni e i progetti secondo la metodologia Budget di Salute, occorre contemplare sia la necessità di assicurare l'erogazione di prestazioni e servizi già disponibili sul mercato sia l'esigenza di definire, delineare e sperimentare soluzioni, interventi,

24 CCM 2022-2024 Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze
25 Art. 15 della Legge n. 241/1990

progetti e attività, diverse dalle procedure competitive[26], riconducibili al paradigma giuridico della "co-amministrazione".

La coesistenza di strumenti e procedure appartenenti a "universi" diversi, segnatamente, quello della concorrenza e quello della partnership[27], obbligano le pubbliche amministrazioni procedenti a riflettere con attenzione sugli obiettivi che esse intendono realizzare. Dall'identificazione degli obiettivi da conseguire discendono diverse procedure amministrative, che appartengono a paradigmi di intervento diversi e che devono rimanere inalterati nella loro ontologia, genesi e denominazione.

Da un lato, infatti, gli istituti cooperativi di cui al Codice del Terzo settore si prestano alla realizzazione di obiettivi condivisi tra pubbliche amministrazioni ed enti non profit: le prime non esercitano la funzione di committenza, mentre i secondi partecipano al procedimento amministrativo. Gli istituti di natura cooperativa, che derivano la loro legittimazione normativa dal principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, u.c. Cost., affermano un paradigma di azione della pubblica amministrazione, caratterizzato da una propria autonomia e orientato al coinvolgimento dagli Enti del Terzo settore in progetti, interventi e attività prive di una connotazione onerosa ovvero di prestazioni corrispettive.

Avuto riguardo alle prestazioni, alle attività e ai progetti contemplati nel Budget di Salute, si comprende la necessità di individuare percorsi e procedure che siano in grado di assicurare, al contempo, i livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie e gli interessi degli operatori economici a fornire ed erogare i servizi e le prestazioni necessari al conseguimento degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria.

Nella cornice giuridica sopra evidenziata, le Aziende sanitarie locali, nella gestione dei progetti e delle attività versati nel Budget di Salute, si ritrovano dunque nella condizione di poter fare ricorso agli istituti giuridici di cooperazione con gli Enti del Terzo settore qualora intendano condividere con questi ultimi uno o più obiettivi di interesse generale attraverso l'individuazione ex ante dei bisogni cui rispondere e, successivamente, l'individuazione in itinere delle soluzioni organizzative e gestionali ritenute più adeguate per affrontare i bisogni e le istanze emerse nel corso del confronto.

---

26 Il riferimento è alle disposizioni contenute nel d. lgs. 36/2023 e ss.mm.ii (Codice dei contratti pubblici), in forza del quale i soggetti privati concorrono, fra loro, per acquisire la qualità di controparte contrattuale della P.A. ai fini della conclusione di un contratto pubblico per l'affidamento o la concessione di un servizio e/o di una prestazione.
27 La differenza ontologica tra gli "universi" sopra richiamati è stata confermata nella sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020: in quell'occasione, il Giudice delle Leggi ha identificato gli istituti giuridici collaborativi alla stregua di un "canale" di cooperazione tra ETS e pubblica amministrazione "alternativo a quello del profitto e del mercato» e capace di superare il tradizionale rapporto sinallagmatico." La sentenza in argomento conferma dunque la piena legittimità di rapporti che non si fondano unicamente sulla relazione di scambio tra prestazioni erogate dagli ETS e corrispettivi previsti e versati dalla P.A. Recentemente, la diversità tra istituti giuridici di collaborazione e procedure di mercato è stata ribadita nel decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72 del 31 marzo 2021, recante "Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55 -57 del decreto legislativo n. 117 del 2017".

In merito alle procedure competitive, il Codice dei contratti pubblici declina tipi di procedure integrate utili alla co-definizione e co-gestione di servizi/interventi, esempio, gare d'appalto in unione d'acquisto[28] tra AUSL ed ente locale, basate sulla definizione condivisa dei capitolati, dove l'uno o l'altro ente potrà essere capofila della procedura; la possibilità di condividere albi gestori privati aperti (provinciali, di area, ...) creati dall'AUSL e/o dall'ente locale sulla base dei quali attuare procedure di affidamento diretto[29] con eventuale co-gestione di fasi dei procedimenti.

# 5. Programmazione e Governance

## Programmazione e Governance Regionale. Tavolo regionale di coordinamento BdS

La Regione Emilia-Romagna orienta e sostiene la diffusione e l'implementazione della metodologia BdS, a partire dai documenti di programmazione e governance regionale, quali il Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO[30], il Piano Sociale e Sanitario[31] e il Piano Attuativo Salute Mentale[32].

Nell'assegnazione delle risorse economiche alle Aziende sanitarie ed agli Enti Locali può prevedere risorse destinate prioritariamente al Budget di Salute, anche con vincoli di utilizzo e/o di risultato.

La Regione, per il tramite del *Tavolo di coordinamento BdS*, gruppo di lavoro regionale formalizzato[33], mira a validare la metodologia BdS regionale, consolidando ed implementando la corretta applicazione presso i servizi sanitari e sociali del territorio, ed a promuoverla e diffonderla, anche attraverso iniziative formative e di ricerca, a livello nazionale ed internazionale.

Attraverso il Tavolo, la Regione Emilia-Romagna esercita funzioni di monitoraggio, attraverso l'analisi dei dati della cartella CURE dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche per i quali assume estrema rilevanza la corretta valorizzazione in CURE del "Programma Budget di Salute". Tra gli obiettivi del Tavolo rientra la valutazione qualitativa dell'aderenza alla metodologia BdS regionale mediante fidelity scale, orientata al miglioramento secondo il metodo del visiting.

---

28 Art. 62 D.Lgs. 36/2023
29 Art. 50, comma 1 del D.Lgs. 36/2023
30 DGR 101/2026 Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO 2026-28. Approvazione. (Incremento % del numero di assistiti titolari di progetto BdS nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: +5% 2026; +10% 2027; +15% 2028)
31 Delibera Assemblea legislativa n. 120/2017 Piano Sociale e Sanitario 2017-2019
32 DGR 313/2009 Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011
33 Determinazione dirigenziale n. 8509 del 30/04/2026

## Programmazione e governance sociosanitaria integrata con Enti Locali. Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria CTSS e Comitati di Distretto

La programmazione integrata con gli Enti Locali si realizza attraverso le azioni da prevedere per sostenere ed implementare l'applicazione della metodologia BdS, condivise anche in sede di CTSS e declinate all'interno dei Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale distrettuali, d'intesa con gli ETS e con gli stakeholders.

Il Comitato di Distretto è il luogo della programmazione distrettuale e può pertanto farsi promotore di iniziative volte a sostenere ed implementare l'applicazione della metodologia BdS, esercitando azioni di programmazione, in relazione alla rilevazione ed al monitoraggio dei bisogni sociosanitari della popolazione di riferimento, e di definizione di accordi territoriali integrati tra AUSL ed Enti Locali, anche relativamente a procedure e strumenti amministrativi e risorse di AUSL e dei singoli Enti locali, per quanto di loro competenza ed in relazione alla normativa vigente.

## Programmazione e Governance AUSL/Dipartimento. Cabina di Regia Dipartimentale e cruscotti

L'Azienda USL/Dipartimento definisce annualmente le risorse dedicate al Budget di Salute, anche proponendo azioni possibili di riconversione di servizi e riallocazione di risorse, finalizzate al raggiungimento di obiettivi di implementazione del BdS, inseriti nella programmazione di livello aziendale e dipartimentale.

AUSL/Dipartimento promuovono iniziative di formazione congiunta sulla metodologia BdS con gli Enti Locali ed il Terzo Settore, favorendo altresì la partecipazione agli eventi formativi promossi dal Tavolo regionale BdS.

Ogni Dipartimento si dota di strumenti di governance volti ad assicurare il monitoraggio dei progetti BdS.

Per il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche la governance viene garantita da cruscotti attraverso il monitoraggio dei dati sanitari estratti da CURE e dei dati gestionali del flusso economico. Alla funzione di governance per il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, secondo le linee di innovazione nella programmazione regionale in ambito residenziale, concorre la Cabina di Regia residenzialità-abitare[34].

34 DGR 1322/2024 Approvazione linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di Salute mentale adulti Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna

# Bibliografia scelta

Alakeson, V., Boardman, J., Boland, B., Crimlisk, H., Harrison, C., Iliffe, S., Khan, M., O'Shea, R., & Patterson, J. (2016). Debating personal health budgets. BJPsych Bulletin, 40(1), 34–37.

Badu, E., O'Brien, A. P., & Mitchell, R. (2021). An integrative review of recovery services to improve the lives of adults living with severe mental illness. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16), Article 8873.

Brooks, H., Devereux-Fitzgerald, A., Richmond, L., Bee, P., Lovell, K., Caton, N., Cherry, M. G., Edwards, B. M., Downs, J., Bush, L., Vassilev, I., Young, B., & Rogers, A. (2022). Assessing the effectiveness of social network interventions for adults with a diagnosis of mental health problems: A systematic review and narrative synthesis of impact. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 57(5), 907–925.

Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., Docherty, M., Aguilera Nunez, M. G., Barcelo, N., Goodsmith, N., Halpin, L. E., Morton, I., Mango, J., Montero, A. E., Rahmanian Koushkaki, S., Bromley, E., Chung, B., Jones, F., Gabrielian, S., Gelberg, L., … Wells, K. B. (2020). Community interventions to promote mental health and social equity. Focus, 18(1), 60–70.

Davidson, J., Baxter, K., Glendinning, C., & Irvine, A. (2013). Choosing health: Qualitative evidence from the experiences of personal health budget holders. Journal of Health Services Research & Policy, 18(2 Suppl), 50–58.

De Cruppé, W., Assheuer, M., Geraedts, M., & Beine, K. (2023). Association between continuity of care and treatment outcomes in psychiatric patients in Germany: A prospective cohort study. BMC Psychiatry, 23(1), Article 52.

Fioritti, A., Negrogno, L., Trono, V., & Zani, B. (2024). Dodici anni di Budget di Salute a Bologna. In F. Starace (A cura di), Il budget di salute nel sistema di welfare italiano. Il Pensiero Scientifico Editore.

Fleming, P., McGilloway, S., Hernon, M., Furlong, M., O'Doherty, S., Keogh, F., & Stainton, T. (2019). Individualized funding interventions to improve health and social care outcomes for people with a disability: A mixed-methods systematic review. Campbell Systematic Reviews, 15(1-2), Article e1008.

Fontecedro, E., Furlan, M., Tossut, D., Pascolo-Fabrici, E., Balestrieri, M., Salvador-Carulla, L., D'Avanzo, B., & Castelpietra, G. (2020). Individual health budgets in mental health: Results of

its implementation in the Friuli Venezia Giulia Region, Italy. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(14), Article 5017.

Fontecedro, E., Tossut, D., Scattoni, M. L., Micai, M., Bonavigo, T., Salvador-Carulla, L., D'Avanzo, B., Furlan, M., & Castelpietra, G. (2024). Outcome analysis on individual health budgets in mental health: Findings from the Friuli Venezia Giulia Region, Italy. Journal of Mental Health, 33(2), 159–168.

Fulceri, F., Gila, L., Caruso, A., Micai, M., Romano, G., & Scattoni, M. L. (2023). Building bricks of integrated care pathway for Autism Spectrum Disorder: A systematic review. International Journal of Molecular Sciences, 24(7), Article 6222.

Harvey, C., Zirnsak, T.-M., Brasier, C., Ennals, P., Fletcher, J., Hamilton, B., Killaspy, H., McKenzie, P., Kennedy, H., & Brophy, L. (2023). Community-based models of care facilitating recovery for people with persistent and complex mental health needs: A systematic review and narrative synthesis. Frontiers in Psychiatry, 14, Article 1259944.

Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). British Journal of Psychiatry, 166(5), 654–659.

Leuci, E., Pelizza, L., Landi, G., Quattrone, E., Maestri, D., Azzali, S., Pelosi, A., Ceroni, P., Soncini, C., Daolio, M. C., Paulillo, G., Raballo, A., & Pellegrini, P. (2022). Personal health budget in patients with first episode psychosis: A new rehabilitation model based on a community care system in Italy. Early Intervention in Psychiatry, 16(3), 221–230.

Lim, C. T., Caan, M. P., Kim, C. H., Chow, C. M., Leff, H. S., & Tepper, M. C. (2022). Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. Psychiatric Services, 73(2), 180–187.

Lovaglio, P. G., & Monzani, E. (2011). Validation aspects of the health of the nation outcome scales. International Journal of Mental Health Systems, 5, Article 20.

Luna, V. S., Joris, M., Dom, G., Franck, J., Destoop, M., & Van den Broeck, K. (2026). Beyond the sum of its parts: A scoping review on complex mental health care needs. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 61(10), 1997–2011.

Maoz, H., Sabbag, R., Mendlovic, S., Krieger, I., Shefet, D., & Lurie, I. (2024). Long-term efficacy of a continuity-of-care treatment model for patients with severe mental illness who transition from in-patient to out-patient services. British Journal of Psychiatry, 224(4), 122–126.

Marcello, G., & Procopio, G. (2025). L'innovazione possibile. La sperimentazione del budget di salute e la sua applicabilità in un contesto di welfare debole. Rubbettino Editore.

Micai, M., Gila, L., Caruso, A., Fulceri, F., Fontecedro, E., Castelpietra, G., Romano, G., Ferri, M., & Scattoni, M. L. (2022). Benefits and challenges of a personal budget for people with mental health conditions or intellectual disability: A systematic review. Frontiers in Psychiatry, 13, Article 974621.

Mirandola, M., Baldassari, E., Beneduce, R., Italo, A., Segala, M., & Tansella, M. (2000). A standardized and reliable method to apply the Global Assessment of Functioning (GAF) scale to psychiatric case records. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 9(2), 79–86.

O'Shea, L., & Bindman, A. B. (2016). Personal health budgets for patients with complex needs. The New England Journal of Medicine, 375(19), 1815–1817.

Pelizza L., Leuci E., Landi G., Quattrone E., Azzali S., Pelosi A., Ceroni P.,

Soncini C., Daolio M.C., Dall'Aglio R., Paulillo G., Pellegrini C., Raballo A.,

Pellegrini P. (2020), "The 'Personal Health Budget' intervention model in

early psychosis: Preliminary findings from the Parma experience", Journal

of Psychopathology, 26

Pellegrini, P., Ceroni, P., Cocconi, R., & Dall'Aglio, R. (2015). La collettività per la collettività: Il budget di salute. Sestante, 0.

Pellegrini, P., Ceroni, P., Dall'Aglio, R., & Soncini, C. (A cura di). (2019). Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia-Romagna. Alphabeta Verlag.

Quaglia, V. (2021). Inclusione sociale e disabilità: Esperienze e risultati di una sperimentazione del Budget di Salute. In Disabilità e società. Inclusione, autonomia, aspirazioni. FrancoAngeli.

Righetti, A. (2013). I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche. Laterza.

Robinson, M., Blaise, M., Weber, G., & Suhrcke, M. (2022). The effects and costs of personalized budgets for people with disabilities: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(23), Article 16225.

Rosen, A., Gill, N. S., & Salvador-Carulla, L. (2020). The future of community psychiatry and community mental health services. Current Opinion in Psychiatry, 33(4), 375–390.

Santuari, A. (2022). Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili. Profili giuridici di uno strumento innovativo di partenariato pubblico-privato. FrancoAngeli.

Santuari, A. (2024a). Il Budget di Salute e procedure amministrative. In F. Starace (A cura di), Il budget di salute nel sistema di welfare italiano. Il Pensiero Scientifico Editore.

Santuari, A. (2024b). Il Budget di Salute: Uno strumento innovativo di partenariato pubblico-privato (anche alla luce della riforma della disabilità). Sanità Pubblica e Privata, 2(2).

Santuari, A. (2024c). Il Budget di Progetto: Uno strumento innovativo di partenariato pubblico-privato. In C. Tarantino (A cura di), Il soggiorno obbligato. La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione. Il Mulino.

Starace, F. (2011). Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute. Carocci.

Starace, F. (A cura di). (2024). Il budget di salute nel sistema di welfare italiano. Il Pensiero Scientifico Editore.

Sweeney, J., Adamis, D., Helmi, L., & Macdonald, A. J. D. (2019). Implementation of outcome measurement (HoNOS) in an outpatient psychiatric clinic in Sligo/Leitrim mental health service. Irish Journal of Medical Science, 188(4), 1329–1335.

Tebaldi, D., & Stokes, J. (2022). Defining pooled 'place-based' budgets for health and social care: A scoping review. International Journal of Integrated Care, 22(3), Article 16.

Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2018). Person-oriented recovery of individuals with serious mental illnesses: A review and meta-analysis of longitudinal findings. Psychiatric Services, 69(3), 259–267.

Thornicroft, G., Ahuja, S., Barber, S., Chisholm, D., Collins, P. Y., Docrat, S., Fairall, L., Lempp, H., Niaz, U., Ngo, V., Patel, V., Petersen, I., Prince, M., Semrau, M., Unützer, J., Yueqin, H., & Zhang, S. (2019). Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. The Lancet Psychiatry, 6(2), 174–186.

Tognetti Bordogna, M., Terraneo, M., & Mazzeo, S. (2019). Il budget di salute come strumento di superamento delle forme di segregazione. Minority Reports. Cultural Disability Studies, 9(II).

Tognetti, M., Quaglia, V., & Terraneo, M. (2021). Il budget di salute come strumento di attivazione per le persone con disabilità. Il contributo della ricerca partecipata. Minority Reports, 11/20.

Trono, V., Covili, M., Martignani, C., Pileggi, F., & Fioritti, A. (2019). L'esperienza formativa bolognese. Coprogettazione e cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati con Budget di Salute. In P. Pellegrini, P. Ceroni, R. Dall'Aglio, & C. Soncini (A cura di), Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia-Romagna. Alphabeta Verlag.

Trono, V., Fioritti, A., & Pileggi, F. (2019). Budget di salute nel DSM DP di Bologna. Co-progettazione e gestione condivisa di progetti terapeutico riabilitativi. Sestante, 8.

Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M., & Parker, G. (2014). The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: A systematic review. Journal of Mental Health, 23(3), 146–155.

Welch, E., Jones, K. C., Fox, D., & Caiels, J. (2022). Personal health budgets: A mechanism to encourage service integration? Journal of Integrated Care, 30(3), 251–262.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. British Journal of Psychiatry, 172, 11–18.

Winter, L., Jelsma, A., Vermeulen, J. M., Vellinga, A., van der Pluijm, M., van Weeghel, J., Hasson-Ohayon, I., Mulder, C.L., Boonstra, N., Veling, W., de Haan, L., & GROUP Investigators. (2025). Interrelationships of long-term changes in recovery domains among patients with

schizophrenia spectrum disorders: A six-year follow-up study. BMC Psychiatry, 25(1), Article 1178.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Alessio Saponaro, Responsabile di AREA SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE, SALUTE NELLE CARCERI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale, parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/1928

IN FEDE

Alessio Saponaro

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Lorenzo Broccoli, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale, parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/1928

IN FEDE

Lorenzo Broccoli

OMISSIS

---

Il Segretario

Fabi Massimo

---

Settore Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Capo del gabinetto Luca Vecchi