Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE
Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio Sanità, lavoro e politiche sociali

Codice sito: 4.10/2022/46/CU

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0010473 P-4.37.2.10
del 30/06/2022
40924805

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)

Al Presidente dell'ANCI
mariagrazia.fusiello@pec.anci.it

Al Presidente dell'UPI
upi@messaggipec.it

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 leProvince 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 Provincie 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 2ª 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 Provincie 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 economicheimpiegate 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 soggettidella 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 obiettivida 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 Provincie 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, inanalogia 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 favoredi 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 capacitazione[2] 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 famigliari/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 procedente 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 famigliari 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 cheespliciti le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- persona
- eventualmente da un suo famigliare/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 famigliari 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.