



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Oggetto: Approvazione “Proposta di sperimentazione del Budget di Salute in Calabria”.

Codice Proposta: 68492

N°. 16 DEL 23/01/2025

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

I Dirigenti responsabili, previo controllo degli atti richiamati, attesta la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali

Sottoscritto dal settore 7 -assistenza territoriale – salute nelle
carceri – sistema delle emergenze-urgenze
Dott. LUCIA FRANCESCO
(con firma digitale)

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento
Dott CALABRÒ TOMMASO
(con firma digitale)

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di Rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

VISTI

- l'art. 32 della Costituzione italiana;
- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i., recante *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- il D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i, recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- la Legge n. 328/2000 avente ad oggetto la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la quale definisce i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ponendo al centro i bisogni delle persone più fragili e prevedendo una presa in carico basata su progetti personalizzati;
- il D.P.C.M. del 14 febbraio 2001, il quale specifica che l'assistenza sociosanitaria è *“prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”* (art. 2, c. 1), e stabilisce che tale assistenza venga erogata attraverso i Distretti Sanitari;
- il decreto del Ministro della salute 15 ottobre 2010 di *“Istituzione del sistema informativo per la salute mentale”*, pubblicato nella G.U. del 29 ottobre 2010, n. 254;
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i

Comuni e le Comunità montane sul documento “*Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)*”, sancito nella seduta del 24 gennaio 2013 (Rep. Atti n. 4/CU) che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale;

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*” che individua, in accordo con le Regioni, i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria da garantire a tutti i cittadini;
- il comma 4-bis dell’art. 1 del D.L. 34/2020, convertito in Legge 77/2020, che introduce esplicitamente il concetto di Budget di Salute (BdS);
- la Legge n. 227/2021 (cosiddetta Legge Delega al Governo in materia di disabilità), che stabilisce l’inserimento del Budget di Salute nel Progetto di Vita personalizzato, definito come l’insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche all’interno della comunità territoriale e del sistema dei supporti informali;
- il DCA n. 158 del 14/11/2022 avente ad oggetto “*Recepimento Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee Programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti”*”. Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022;
- il DCA n. 162 del 18/11/2022 avente ad oggetto “*Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell’articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.*”;
- il DCA n. 285 del 10/11/2023 con il quale è stato istituito il Tavolo tecnico “*Budget di Salute*” per la programmazione e sperimentazione delle azioni previste nel Programma Operativo 2022- 2025;
- il DDS n. 3193 del 08/03/2024 avente ad oggetto: “*Istituzione Tavolo Tecnico “Budget di Salute” per la programmazione e sperimentazione delle azioni previste nel Programma Operativo 2022-2025*”;

CONSIDERATO CHE il Budget di Salute (BdS) rappresenta uno strumento innovativo e inclusivo, orientato a promuovere il benessere delle persone più fragili attraverso un approccio personalizzato e partecipato. Esso consente di:

- Garantire la presa in carico globale della persona, valorizzandone le capacità e il contesto di vita;
- Favorire la domiciliarità e l’autonomia, riducendo la necessità di istituzionalizzazione;
- Integrare risorse pubbliche e private, professionali e comunitarie, per rispondere in modo flessibile e mirato ai bisogni complessi;

PRESO ATTO che i componenti del Tavolo Tecnico regionale “*Budget di salute*” a seguito di numerosi incontri proposti dal Dirigente del Settore, in qualità di Coordinatore regionale, i cui verbali risultano in atti, hanno definito il documento avente ad oggetto “*Proposta di sperimentazione del Budget di Salute in Calabria*”;

RITENUTO, pertanto, di approvare la “*Proposta di sperimentazione del Budget di Salute in Calabria*”, finalizzata a costituire uno strumento che, mediante l’impiego di risorse economiche, professionali, umane e relazionali, favorisca un miglior funzionamento sociale e una più adeguata inclusione dei soggetti coinvolti.

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell’Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7;

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE la “*Proposta di sperimentazione del Budget di Salute in Calabria*”, allegata al presente atto del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

DI DEMANDARE al Dipartimento “*Salute e Welfare*” il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell’Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale “*Salute e Welfare*” per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale da proporsi entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da proporsi entro 120 giorni.

**Il Sub Commissario
FANTOZZI IOLE**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)

**Il Sub Commissario
ESPOSITO ERNESTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

**Il Commissario
ROBERTO OCCHIUTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE
SETTORE 7 -ASSISTENZA TERRITORIALE – SALUTE NELLE CARCERI – SISTEMA DELLE
EMERGENZE-URGENZE

Il responsabile del procedimento.)

MARIA CHIARA VINCELLI

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

*Il Dirigente del settore 7 -assistenza territoriale –
salute nelle carceri – sistema delle emergenze-
urgenze*

LUCIA FRANCESCO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Generale

CALABRÒ TOMMASO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

*Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Salute nelle Carceri- sistema delle
Emergenze – Urgenze”*

***PROPOSTA DI SPERIMENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE
IN CALABRIA***

*Elaborato con il supporto dei componenti del Tavolo tecnico “Budget di Salute” – DDS n. 3193 del
08/03/2024.*

Indice

1. Introduzione

- Dalla ricerca effettuata
- Dai dati in possesso
- Punti di forza e punti critici

2. Stato dell'arte

- Lo stato delle risorse umane
- Criteri necessari per far parte della sperimentazione (presenza risorse umane nei CSM; negli ambiti di riferimento; presenza ETS in grado di co-programmare, co-progettare e cogestire il BdS a supporto del P.T.R.I.)
- Partecipazione fase formativa per tutte le risorse professionali e per i rappresentanti del TS

3. La governance per la Sperimentazione di una co-programmazione – coprogettazione e cogestione del Budget di Salute

- Budget di Salute: normativa di riferimento; ipotesi di modello sperimentale; destinatari e finalità; elementi caratterizzanti (con specifico riferimento alla salute mentale)
- Ipotesi di attuazione del modello sperimentale di BDS: fasi e soggetti protagonisti della co- programmazione co-progettazione esecutiva e co-gestione del budget di salute
- Schema riassuntivo Governance BDS
- Ipotesi Governance BDS fase di sperimentazione

4. Le risorse del BDS

- Ricognizione risorse
- Dotazione per ogni PTRI (definizione livelli basso, medio, alto)
- Risorse sociali
- Risorse Umane Sociali ed Economiche private
- Risorse economiche finanziarie pubbliche

5. Monitoraggio e valutazione della sperimentazione (Giorgio Marcello)

- Criteri ed attribuzione ruolo

6. Sintesi modello sperimentazione BDS

7. Sintesi modello attuazione BDS

1. INTRODUZIONE

Nelle società europee da anni si sperimentano e si studiano gli effetti dell'integrazione tra dimensione sanitaria e sociale nell'ambito dei servizi relativi alle persone c.d. fragili. Laddove l'integrazione si è realizzata si sono aperti spazi importanti per la sperimentazione di nuove pratiche di welfare, orientate verso la domiciliarizzazione e la personalizzazione degli interventi socioassistenziali, sanitari e sociosanitari.

In Italia, il processo di integrazione sociosanitaria è stato avviato con la L.n. 328/2000. Tuttavia, nelle diverse Regioni la traduzione operativa di tale normativa è stata condizionata, non poco, dalla mancata definizione dei livelli essenziali di prestazione (LEP), dagli effetti della riforma del titolo V della Costituzione e dalle diverse modalità di applicazione della stessa L. 328/2000. I dati disponibili nell'ambito dei servizi alla persona mostrano situazioni di sperimentazioni innovative accanto a pratiche tradizionali ma, anche, di istituzionalizzazione di ritorno. Sono aumentate le disuguaglianze su base territoriale che hanno sempre contraddistinto il welfare in Italia; mentre, in alcune regioni continuano ad essere preponderanti i servizi residenziali a carattere tendenzialmente custodialistico e segregante.

In Italia alcune regioni, nell'ambito della salute mentale, da tempo stanno applicando il Budget di salute (Bds), un dispositivo di intervento che contribuisce in modo determinante a migliorare la qualità della vita delle persone coinvolte.

Il B.d.S. rappresenta *“l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a ridare a una persona con disabilità un funzionamento sociale accettabile, attraverso un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità”*. Tale sperimentazione, nei territori in cui è attivata, ha permesso l'avvio di percorsi di reale deistituzionalizzazione delle persone affette da disturbi di salute mentale, promuovendone l'autonomia e l'inclusione sociale/lavorativa, senza aggravii sul bilancio pubblico, ma addirittura producendo un risparmio rispetto al costo degli interventi istituzionalizzanti.

In Calabria, il grave ritardo di attuazione della riforma del welfare regionale e la mancata realizzazione dell'integrazione sociosanitaria hanno impedito, finora, che tale dispositivo potesse essere concretamente applicato. Il sistema di protezione sociale regionale tende ad essere legato alle vecchie forme della sussidiarietà e istituzionalizzazione delle persone con ridotti livelli di autonomia. La scarsa infrastrutturazione sociale del territorio penalizza, perciò, quanti avrebbero il diritto di accedere a prestazioni personalizzate e, invece, continuano ad essere assistiti con interventi standardizzati o, nel peggiore dei casi, segreganti.

Per questa serie di ragioni, il CNCA Calabria in collaborazione con il Dispes dell'Unical ha avviato due anni fa una ricerca-intervento, con l'obiettivo di acquisire elementi per verificare la possibilità di avviare, sul territorio regionale, l'applicazione del Bds nell'ambito della salute mentale.

Nella I fase della ricerca, gli operatori di alcune organizzazioni del CNCA hanno realizzato, nei rispettivi territori, una prima mappatura ragionata dei servizi pubblici e del privato sociale che operano in questo ambito.

Ciò a causa della scarsa disponibilità di informazioni relative ai servizi operanti sul territorio, alle persone prese in carico, agli interventi effettuati. Che pregiudica gravemente la possibilità di oggettivare i bisogni di salute mentale, di programmare le risposte più adatte ad incrociarli, di monitorare e valutare le prestazioni effettuate, in vista delle necessarie operazioni di continua ricalibratura e riprogrammazione dei servizi stessi.

La II fase è stata condotta da una borsista del Dispes, che, nel periodo maggio/agosto 2023 ha provato a consultare documenti e altre fonti regionali in materia di servizi sulla salute mentale. Successivamente, ha provato a censire tutti i CSM presenti in Calabria, procedendo anche ad intervistare i responsabili della metà dei CSM rilevati. Con l'obiettivo di raccogliere informazioni su una serie di questioni: la condizione del personale impegnato; le modalità di presa in carico delle persone che si rivolgono al servizio; i principali interventi effettuati; la presenza o meno di una U.V.I. e se presente le modalità di lavoro; la definizione e la eventuale gestione dei P.T.R.I.; le collaborazioni con altri servizi pubblici e con altre organizzazioni del terzo settore; le metodologie di lavoro con le famiglie degli utenti presi in carico; le modalità di raccolta dei dati.

Dalle interviste ai responsabili dei CSM, quasi tutti disponibili ad affrontare le questioni loro sottoposte, sono emerse le loro motivazioni ancora integre, nonostante le condizioni – spesso impervie - in cui portando avanti il loro lavoro. Le testimonianze raccolte lasciano intravedere una situazione di progressiva desertificazione di questi importanti presidi di medicina territoriale.

A fronte di un aumento costante di richieste di accesso e presa in carico, il numero di operatrici/operatori (nel tempo decrementato) oggi appare ampiamente inadeguato. Questo dato di fatto pone molti interrogativi.

Il BdS è un dispositivo che non può essere ridotto solo alla diversa allocazione della spesa. Esso valorizza, infatti, l'apporto di più attori: i servizi pubblici, le organizzazioni del terzo settore, coinvolte come enti cogestori dei P.T.R.I., gli utenti presi in carico e i loro familiari, gli altri soggetti formali e informali chiamati, di volta in volta, ad offrire il loro contributo. L'insieme di queste risorse sostiene i P.T.R.I. che devono essere costantemente monitorati e riaggiustati da Unità di valutazione appositamente costituite. Senza una regolazione dell'azione pubblica, solo i CSM adeguatamente infrastrutturati possono garantire l'applicazione corretta di un BdS a supporto del P.T.R.I. I dati raccolti attraverso la ricerca, purtroppo, non sorreggono l'ipotesi di una applicazione del BdS su vasta scala.

Nel contempo, il lavoro sul campo ha permesso di registrare tentativi interessanti di introdurre pratiche alternative al paradigma dominante. Si tratta di tentativi spesso legati ad esperienze di collaborazione tra i servizi pubblici e organizzazioni del terzo settore, quali attori impegnati sullo stesso terreno. In prospettiva, queste esperienze potrebbero rappresentare dei nuclei operativi in grado di accompagnare l'avvio delle prime sperimentazioni del BdS in Calabria, magari su un numero limitato di utenti.

La sperimentazione da progettare e realizzare dovrà tenere conto di due questioni: **(a)** la novità rappresentata dal d.lgs. n. 62/2024, recentemente approvato; **(b)** le modalità di finanziamento del BdS

(a) Questo atto normativo rappresenta un ulteriore tappa del passaggio da una impostazione categoriale dei servizi alla persona (quella per cui la risposta al bisogno precede il bisogno e, in qualche modo, lo definisce) al principio della personalizzazione degli interventi. Il nuovo dispositivo sarà applicato in via sperimentale, a partire da gennaio 2025, in un numero limitato di province (tra cui Catanzaro), per poi essere utilizzato su tutto il territorio nazionale. Almeno due le implicazioni che interferiscono con la sperimentazione del BdS: **i.** sulla base di questo decreto, dalla sua entrata in vigore in poi, la priorità dovrà essere data agli interventi personalizzati, mentre l'accoglienza residenziale diventerà l'eccezione da motivare; **ii.** sarà sufficiente richiamarsi a questa fonte normativa per poter ottenere l'obbligo di attuazione del budget di salute.

(b) Nei territori in cui già da tempo i P.T.R.I. sono finanziati con il BdS (es. Caserta), esistono norme regionali che stabiliscono la quantità di risorse che possono essere utilizzate per questo obiettivo; che regolano i rapporti tra i servizi pubblici (sociali e sanitari) coinvolti e tra i servizi pubblici e gli enti di terzo settore chiamati ad intervenire come cogestori. In altri contesti, sono stati i direttori generali delle ASP, di concerto con i direttori dei DSM, ad autorizzare e finanziare l'avvio dell'applicazione del BdS, assumendosi la responsabilità di convertire una parte del budget utilizzato per le rette ai servizi residenziali in budget di salute a sostegno dei PTRI.

Per l'avvio della sperimentazione in Calabria, sembra però necessario chiarire i punti seguenti:

- quali sono le norme regionali in materia di salute mentale che vanno tenute presenti;
- quando si darà attuazione effettiva al Piano di Azione Regionale per la Salute Mentale – nella parte riguardante il BdS - rientrando nel Programma Nazionale Equità per la Salute, dal momento che in alcuni contesti i servizi competenti si stanno già organizzando per programmare i tempi della fase realizzativa;
- quali raccordi prevedere tra il Piano di Azione Regionale per la Salute Mentale e la sperimentazione chiesta al nostro tavolo non solo sul terreno della salute mentale, ma con riferimento a qualsiasi situazione di fragilità.

2. STATO DELL'ARTE

I Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze costituiscono l'insieme delle strutture e dei servizi diretti alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per la tutela della salute mentale e delle dipendenze. Le attività dei DSMD sono finalizzate a razionalizzare e sviluppare la rete dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in favore delle persone affette da disturbi di salute mentale e/o alle loro famiglie, secondo criteri di equità, appropriatezza, umanizzazione, efficacia ed efficienza nonché a permettere l'evoluzione dei servizi in relazione alle modificazioni dei bisogni, promuovendo anche forme di

collaborazione e sviluppo di attività in sinergia con le associazioni di familiari e di volontariato e gli enti del privato sociale profit e no-profit.

I Centri di Salute Mentale sono un servizio territoriale, punto di riferimento per tutti i cittadini, aperti prevalentemente durante la settimana a ciclo diurno (in alcuni casi dalle 8 alle 20 ed il sabato dalle 8 alle 14). Offrono percorsi di cura individualizzati e differenziati a diversa intensità terapeutica, riabilitativa ed assistenziale, sia presso la sede dei CSM e sia nei luoghi di vita dell'utente.

a. Criteri necessari per avvio della sperimentazione

- *Presenza risorse professionali ed umane nei CSM e negli Ambiti di riferimento*
- *Presenza ETS in grado di co-programmare, co-progettare e cogestire il BdS a supporto del P.T.R.I)*

Nei rispettivi territori, i CSM collaborano con diverse cooperative, associazioni, enti del terzo settore.

In alcuni DSMD si sono costituite le Consulte.

La Consulta è un organismo di partecipazione con funzioni consultive, composto da delegati delle istituzioni (Enti Locali, Conferenza Sanitaria Locale, Direttore e Comitato DSMD, Direttore Generale Asp), rappresentanti delle associazioni dei familiari, degli utenti, dei volontari e delle associazioni scientifiche. Rappresenta un organo indispensabile e fondamentale per la co-programmazione, coprogettazione e cogestione dei progetti che coinvolgono il DSMD (secondo quanto previsto dal DPGR n. 31/2013 (Riassetto rete psichiatrica).

- *Partecipazione fase formativa per tutte le risorse professionali e per i rappresentanti degli ETS*

Si avverte la necessità di formazione orientamento ed aggiornamento degli operatori sanitari, operatori sociali e operatori del privato sociale verso la presa in carico ed il recupero della persona-utente, il rilievo e la valutazione personalizzata dei suoi bisogni, la valorizzazione e il sostegno di sistemi del ben-essere comunitario e familiare (Welfare di comunità), finalizzati a costruire un approccio complesso e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix), attraverso forme gestionali miste tra Enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali, nonché l'utilizzo di risorse economiche/professionali/sociali.

È, altrettanto, essenziale la formazione dei componenti le unità di valutazione di base e le unità di valutazione multidisciplinare multiprofessionali integrate che dovranno poi elaborare il PTRI/BdS.

I progetti formativi possono essere condivisi con il Terzo Settore.

3. LA GOVERNANCE PER LA SPERIMENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE

Budget di salute: normativa di riferimento.

Le principali norme di riferimento sono la L.n. 328/2000 e il DPCM del 14/2/01, ove l'assistenza sociosanitaria è intesa come quella *“prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”* (art. 2, c. 1). erogata attraverso i Distretti Sanitari.

Il comma 4 bis dell'art. 1 del D.L. 34/2020, convertito in L. 77/2020, è l'unica norma di legge in cui si parla esplicitamente di budget di salute, laddove prevede modalità di intervento per la presa in carico e la riabilitazione delle persone più fragili che riducano l'istituzionalizzazione e favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quali il Budget di Salute individuale e di comunità.

La legge n. 227/2021 (c.d. legge Delega al Governo in materia di disabilità) riprende, poi, lo strumento del BdS stabilendo che nel Progetto di Vita personalizzato sia indicato l'insieme delle risorse umane, professionali,

tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

Una serie di altre norme (Fondo per le non autosufficienze, Progetti per la Vita indipendente, e Legge 112/2016 sul “Dopo di noi”) fanno presumibilmente riferimento allo stesso concetto di BdS, anche se chiamato con termini diversi (budget di cura, budget personalizzato, ecc.).

Di recente è stato promulgato il D.Lgs 3 maggio 2024 n. 62 che, in attuazione della Legge delega 227/2021, definisce la condizione di disabilità, la valutazione di base, l’accomodamento ragionevole e la valutazione multidimensionale per l’elaborazione e l’attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato della persona con disabilità. L’attuazione del progetto di vita sarà sostenuta da un proprio “*budget di progetto*” “*costituito, in modo integrato, dall’insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali*” (art. 28 e 26 lett. h)

L’unico documento nazionale di fonte governativa che entra nel merito della definizione e dell’organizzazione del Budget di Salute è costituito dalle Linee guida elaborate dall’Istituto Superiore di Sanità dal titolo “*Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona*”.

La Regione Calabria ha recepito la Legge 328/2000 con la L.R. 23/2003, mentre ha definito il Budget di Salute è definito nel DCA n. 158 del 14/11/2022, avente ad Oggetto: «*Recepimento “Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie Locali su documento recante “Linee Programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona-preposta degli elementi qualificanti*” (Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022)»

Budget di salute: modello sperimentale (con specifico riferimento alla salute mentale)

Il BDS rappresenta l’unità di misura delle risorse economiche/professionali/umane necessarie per innescare un processo di capacitazione, volto a ridare alla persona affetta da disturbo mentale un funzionamento sociale accettabile. Inteso come LEA sociosanitario costituisce uno strumento che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell’ambito di Progetti di Vita personalizzati, per garantire l’esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente flessibili.

Secondo le Linee Programmatiche, il BdS è uno strumento di assistenza territoriale, attivabile, attraverso il CSM, da parte del DSMD in collaborazione con i Servizi Sociali, l’utente i suoi familiari o suoi rappresentanti (ADS/Tutore), le Associazioni gli ETS e la Comunità, per sostenere l’attuazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale (P.T.R.I.) definito per la singola persona affetta da disturbo mentale, che ha l’obiettivo di innalzamento delle capacità e del potere contrattuale della stessa e la fruibilità delle aree/diritti “*casa-habitat, formazione-lavoro e socialità-affettività*”.

Le prestazioni che concorrono alla realizzazione dei PTRI si distinguono in “*sanitarie a rilevanza sociale*”, “*socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*” e “*sociali a rilevanza sanitaria*”.

Le prime due tipologie prestazionali sono di competenza delle ASP ed a carico del Fondo Sanitario, la terza compete ai Comuni con partecipazione alla spesa da parte degli utenti, in misura stabilita dai Comuni stessi.

I presupposti per l’attuazione del BDS, perciò, sono rappresentati da integrazione delle risorse e omogeneità d’obiettivi fra gli ambiti territoriali sociali (ATS) e l’Azienda Sanitaria coinvolti, dal superamento del sistema di delega alle organizzazioni private attraverso la messa in opera di sistemi cogestiti e di forme gestionali miste (Welfare mix), dove insieme si persegue la stessa finalità con strumenti e ruoli diversi.

Il fondamento del lavoro sociosanitario deve tendere alla trasformazione dei bisogni a prevalenza “*sanitaria a rilevanza sociale*” in bisogni a prevalenza “*sociale a rilevanza sanitaria*”, con restituzione al corpo sociale delle persone con disabilità primaria, secondaria e terziaria.

Lo strumento metodologico del BdS definisce quali e quante risorse professionali, umane ed economiche occorrono per restituire funzionamento sociale alle persone istituzionalizzate o a grave rischio di istituzionalizzazione, a causa o in modo concomitante a malattie croniche e/o degenerative e disabilità sociale. Questo dispositivo vede l’ASP coinvolta, attraverso i Distretti Sanitari, a trasformare qualitativamente i propri costi prestazionali in investimenti a supporto della progettazione personalizzata.

Motore di questa trasformazione sarà la coprogrammazione, coprogettazione e cogestione tra pubblico e privato sociale e imprenditoriale, partendo dalla fase di presa in carico dell'utente per l'attivazione di percorsi individuali di cura e di benessere comunitario e familiare. La funzione di promuovere e regolare la coprogrammazione coprogettazione e cogestione dovrà essere assunta a livello centrale da un organo di coordinamento sociosanitario aziendale, che opererà per rendere possibili ed efficaci le azioni integrate tra Comune-ASP-Organizzazioni dei cittadini, famiglie e persone singole, costruite a livello territoriale dagli Uffici sociosanitari distrettuali e dalle UVMD.

Budget di salute: destinatari e finalità

Lo strumento del Budget di Salute è uno strumento adottabile dall'intero sistema di welfare, essendo rivolto sia a persone affette da disturbi mentali sia a soggetti affetti da disabilità sociale conseguente a malattie psico-organiche o a marginalità sociale ed altre condizioni.

In fase di applicazione sperimentale la metodologia del PTRI/BdS è rivolta a persone affette da disturbo psichico definito, ovvero già in carico al CSM o ai Servizi Sociali. Con l'obiettivo della loro deistituzionalizzazione e ripristino di autonomia abitativa/sociale/affettiva/lavorativa, attraverso progetti individuali connotati dalla inscindibilità di interventi sanitari/sociali, ovvero prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione e caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica.

Mediante il BdS s'intendono promuovere effettivi percorsi (ri)abilitativi individuali nelle quattro aree di possibile carenza descritte nelle Linee Guida (apprendimento/espressività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità), che sono anche i principali determinanti sociali della salute e afferiscono a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti.

Budget di Salute: elementi caratterizzanti (con specifico riferimento alla salute mentale)

Il Budget di Salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato sociale, insieme all'utente ed ai familiari, ovvero attraverso l'intreccio tra l'iniziativa pubblica e le risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix).

Gli elementi qualificanti del modello di intervento con Bds sono:

- a) UVMI (Unità di valutazione multidimensionale integrata)
- b) Progetto Terapeutico-riabilitativo personalizzato
- c) Individuazione risorse (budget) per attuazione PTRI nelle aree di vita che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione e lavoro, socialità ed affettività.
- d) Realizzazione PTRI integrato
- e) Monitoraggio/adattamento

MODALITA' ATTUAZIONE BDS

La metodologia pone l'enfasi sulla coprogettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché sulla valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra Enti pubblici e privato con tre obiettivi:

- a) evitare l'istaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro;
- b) porre attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture;
- c) promuovere l'associazionismo e la cooperazione diffusa quale garanzia contro l'accentramento monopolistico ed autoriproduttivo.

FASI

CO-PROGRAMMAZIONE

Per elaborare i PTRI/BdS, le ASP e gli Enti Locali condividono una co-programmazione (art. 55 dlgs 117/2017) con gli Enti del Terzo Settore, finalizzata all'identificazione dei bisogni e degli interventi nonché delle modalità di realizzazione, reperimento ed utilizzo risorse.

A tali fini, le ASP e gli Enti Locali istituiscono, attraverso un avviso ad evidenza pubblica, appositi Elenchi di ETS qualificati, per interventi socio-sanitari (socio-assistenziali, socio-educativi, e socio-occupazionali, socio-riabilitativi). Se esistente, può utilizzarsi l'elenco di ETS presso la Consulta Dipartimentale/ DSMD.

La co-programmazione deve essere formalizzata attraverso un accordo di programma, in analogia e raccordo con quanto previsto per la programmazione dei piani di zona (L. 328/2000) per definire e condividere le risorse economiche-finanziarie necessarie alla realizzazione del PTRI con BdS.

Nella fase di co-programmazione possono essere coinvolti anche altri soggetti (associazioni, cooperative, associazioni di familiari, imprenditori o privati, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità di cui all'articolo 6 della legge 12 marzo 1999, n. 68, nei casi di cui all'articolo 1, comma 1, della medesima legge)

CO-PROGETTAZIONE ESECUTIVA

Preso in carico utente da parte dei servizi sanitari e sociali, sviluppo ipotesi PTRI condivisa con utente e tutti soggetti coinvolti, sottoscrizione Accordo e BdS, individuazione Case Manager. (che coordina le azioni di verifica e monitoraggio ad opera dell'equipe sociosanitaria che compone la UVMI)

COGESTIONE

I Cogestori sono i soggetti inseriti nel predetto Elenco che si impegnano a fornire il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire l'accesso ai diritti all'apprendimento-espressività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione, alla socialità-affettività alle persone che hanno difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento sociale soddisfacente.

La scelta del Cogestore avverrà mediante forme negoziali (tenendo in considerazione la proposta/progettuale generale d'investimento e cofinanziamento presentata all'atto della richiesta d'iscrizione nell'Elenco), ai sensi di legge¹, con il consenso informato dell'utente o del civilmente obbligato. Gli ETS nella fase di cogestione sottoscrivono un impegno/progetto d'investimento di risorse, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza, comprese quelle derivanti dai budget di salute nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di salute e riabilitazione su territori definiti.

Gli ETS affidatari della cogestione del BdS amministreranno una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dall'intensità del PTRI assegnato all'utente, per coprirne le spese necessarie, disponendo degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione dei percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice.

La dotazione economica fissata dovrà essere gestita, nell'interesse della persona fruitrice.

Integrazione tra le aree

In relazione ai bisogni/ delle persone-utenti, potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante "abitare", "lavoro", "apprendimento-espressività", "affettività-socialità". Tuttavia, le quattro aree non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda della situazione in cui la persona coinvolta si trova concretamente.

¹ Art. 3, comma 1 ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

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

I cogestori opereranno su dette aree lavorando in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel PTRI. Il lavoro è riferito ad un territorio definito e limitato, dovendo il PTRI essere affrontato in modo integrale con la comunità locale e le sue espressioni di rappresentanza politica, produttiva e di volontariato, innescando o inserendosi in un più ampio processo di sviluppo economico sociale locale. Ciascuna organizzazione cogestrice, può cogestire PTRI con BDS fino a 200.000 euro che rappresentano le risorse minime per divenire operativi sul versante riabilitativo locale. Raggiunto il limite massimo di 200.000 euro, questo deve essere mantenuto, per garantire il turn over, la premialità e la resa ottimale di cogestione.

I Regolamenti contrattuali normativi per i budget di salute

Il regolamento normativo contrattuale (RNC) costituisce l'atto formale che regola i rapporti tra il servizio pubblico ASP/Comune, il cogestore privato e l'utente (o il civilmente obbligato), per l'attuazione del PTRI/BDS, formulato dall'operatore referente, dall'utente o dai familiari, contenente obiettivi ed indicatori di risultato identificati.

Il regolamento definisce i soggetti coinvolti, gli obiettivi, la metodologia, i servizi/strumenti di fruizione, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica del contratto atipico di natura privatistica. Attraverso questo strumento, l'utente che ha difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad una integrazione sociale soddisfacente, dietro corrispettivo del trasferimento di risorse anche private, acquisisce una serie di strumenti e di servizi in grado di garantirgli l'accesso ai diritti alla casa, al lavoro, alla socialità, alla formazione, all'apprendimento.

Il PTRI, sostenuto da budget di salute, sarà ridefinito/rimodulato a cadenza semestrale ed integrato e/o modificato in relazione al processo ri-abilitativo integrale (individuale/sociale) in atto. La "somma" e/o il bene, cioè le risorse, trasferite contrattualmente dalla persona, attraverso il PTRI con BdS, diviene capitale sociale del cogestore, entrando nel suo patrimonio sociale e permettendo la sostenibilità degli investimenti finanziari, anche mediante linee di credito garantite da uno specifico fondo di garanzia della Regione.

I regolamenti normativi contrattuali costituiscono per l'ASP strumento per l'impegno, il controllo e l'ordinativo della spesa.

Continuità assistenziale del servizio pubblico e durata dei PTRI

L'entrata delle persone nei PTRI sostenuti da BdS non fa decadere la presa in carico degli utenti da parte delle U.O. competenti del Servizio Pubblico, che si esplica attraverso le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'uso dei Centri diurni e non, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali locali. I PTRI sostenuti con BdS a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria e i PTRI con BdS a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale possono avere una durata massima di 3 anni (rinnovabile per altri 3 anni)

Nel primo periodo, l'obiettivo progettuale è il passaggio degli utenti da una tipologia di contratto d'intensità maggiore ad un'altra di minore intensità, operando ed investendo sulle aree citate in costanza di budget assegnato. Dopo i 3 anni, le persone in PTRI con BdS passano da bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale (dunque a totale carico ASP) a bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria in regime di compartecipazione.

Le persone in PTRI con BdS possono in qualsiasi momento scegliere di uscire dal sistema. Quando un PTRI con BdS termina o si interrompe per scelta della persona dovrà essere dato ad altri, mantenendo continuativo il budget assegnato al cogestore. Il PTRI con BdS può essere anche completamente finanziato dal privato, mantenendo la metodologia in essere, per dare continuità di presa in carico e garantendo un "dopo di noi" per le famiglie

GOVERNANCE BDS

La governance dei PTRI con BdS è responsabilità dell'U.V.M.I

1) ATTORI ISTITUZIONALI:

a) Direttore DSMD (unitamente a D.T. Cure primarie): gestione bisogno riabilitativo socio-sanitario ed integrazione offerta servizi sociali, attraverso gestione risorse FSN

Nomina: 1) Referente Punto di accesso (PUA UVMI Dipartimentale) che è anche componente fisso UVMI, con compiti di convocazione UVMI, verbalizzazione, tenuta documentazione, gestione archivio BdS; **2)** Referente di progetto BdS o Case Manager (componente fisso UVMI)

b) Dirigente del Servizio Sociale COMUNE (ATS) prestazioni ed attività socio-assistenziali, attraverso gestione risorse FSE-FESR-FNa;

c) REGIONE (Dipartimento Settore 7): verifica l'applicazione delle linee di indirizzo ed effettua il monitoraggio e la valutazione delle esperienze realizzate nei DSMD, riportando gli esiti al CORESAM.

2) ATTORI PRIVATI/SOCIALI:

L'utente (prosumer) - la famiglia - l'AdS o Tutore

Organizzazioni di volontariato – ETS – Cooperative sociali – Imprese Sociali-Fondazioni, la Comunità, gli Stakeholders, i Policy maker - Enti ecclesiastici – Comunità religiose/ Ordini professionali/imprenditoriali, etc.

UVMI:

Componente fissa:

a) Resp. U.O. CSM

b) Rappresentanti Enti Locali

Componente variabile:

Operatore riferimento clinico CSM (o referente caso clinico) /Operatore Ente Locale coinvolto nel progetto Referente di progetto BdS/ Referente PUA (attività verbalizzazione, verifica condivisione documentazione)

MMG paziente e altri operatori ASP che hanno in carico l'utente

Utente – Familiari - ADS o Tutore

Associazioni di familiari o Comunità - Enti Terzo Settore

REFERENTE DI PROGETTO O CASE MANAGER

Punto di raccordo per attuazione progetto socio-sanitario e socio-assistenziale definiti da UVMI (PTRI e BdS). Compiti di monitoraggio evoluzione PTRI e BdS, riferisce andamento nella fase intermedia di valutazione UVMI, richiede nuova ridefinizione Bds, riferisce stato finale nella fase definitiva BdS.

GOVERNANCE FASE SPERIMENTAZIONE BDS

Organismo responsabile del processo di implementazione della sperimentazione del BdS

È istituito presso il DSMD di ciascun ASP, un organismo temporaneo (composto da un resp. o delegato Regione Calabria Settore 8, dal resp. del DSMD interessato, dal responsabile del caso clinico in CSM, da un rappresentante del Comune o Ambito sociale, da un rappresentante della Consulta Provinciale e se questa non esistente da un rappresentante del Forum Terzo Settore).

L'Organismo, in stretto coordinamento con il Case Manager affidatario del BdS e con l'ETS incaricato della gestione, ha il compito di verificare la realizzazione del percorso di sperimentazione così come delineato nelle linee guida del Budget di Salute regolamentate dalla Regione Calabria. Nella fase di sperimentazione ha il compito di indicare i casi scelti per la sperimentazione. Per la fase di sperimentazione la durata del BdS, come previsto nel Piano Operativo Regionale sulla Salute Mentale, è pari a 24 mesi.

RICOGNIZIONE DELLE RISORSE

umane/sociali/professionali/economiche utilizzabili la realizzazione del PTRI -BdS

Il Progetto Individuale di Budget di Salute, a supporto e per la realizzazione del PTRI, è composto da:

- *budget di salute aziendale*: insieme di risorse economico/finanziarie e professionali/umane messe a disposizione dall'ASP, sia attraverso le proprie strutture sia attraverso soggetti terzi; Annualmente la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale fissa il budget economico e l'ammontare delle disponibilità di risorse professionali/umane, poi messe a disposizione del DSMD per l'attivazione dei PTRI da realizzarsi con il Budget di Salute;
- *budget dell'ente locale*: insieme di risorse messe a disposizione dagli EE.LL. (comune/unioni di comuni/ATS), sia economico/finanziarie, sia attraverso le proprie strutture o attraverso soggetti terzi. Secondo le Linee programmatiche per l'attuazione del PTRI con BdS assumono rilievo le azioni da prevedere nei Piani di Zona per la salute nell'ambito dell'abitare assistito, del lavoro e della socialità;
- *budget dell'assistito*: insieme delle risorse economiche (pensioni, redditi immobiliari o rendite) ed affettive messe a disposizione dall'assistito, da familiari e volontari
- *budget di comunità*: costituito da ETS, Associazioni di volontariato o di familiari, imprese sociali, fondazioni, banche, ordini professionali, etc.

Livelli di intensità PTRI determinano livelli di investimento

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

- alta intensità.** È prevista per utenze con un indice di funzionamento sociale molto basso, misurato con la scala ICF, necessita di notevoli risorse professionali, umane ed economiche per riprendere un funzionamento sociale accettabile (processo di capacitazione). Per la complessità delle problematiche, scarsa contrattualità e assenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un significativo sostegno a carattere mediativo, attivativo, sussidiario personale e sociale;
- media intensità.** È prevista per utenze che, per lo scarso funzionamento sociale misurato con la scala ICF e l'insufficiente presenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, necessita di un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario personale e di rete in alcune fasce orarie e/o per determinate attività e soluzioni abitative di mediazione e attivazione sociale.
- bassa intensità.** È prevista per utenze che, per le condizioni di salute misurate con la scala ICF e l'insufficiente funzionamento sociale, con la presenza però di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, necessita di un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario in alcune fasce orarie e/o per determinate attività al fine di aumentare la sua capacità di auto determinarsi, di aumentare il potere contrattuale e l'accesso ai diritti di cittadinanza.

RISORSE SOCIALI

sistema integrato di interventi e servizi sociali (L.R. 23/2003, art. 4, e L.n. 328/2000 art. 22):

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. La Regione e gli Enti locali sono tenuti a realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali che deve garantire i livelli di prestazioni fissati nella programmazione regionale consentendo il pieno esercizio del diritto soggettivo riconosciuto dalla legge (art. 4, comma 1, L.r. 23/2003)
2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte (art. 4, co. 2, L.r. 23/2003)
3. In ciascun ambito gli enti locali devono comunque assicurare le prestazioni di cui all'art. 22, co 4, della L. 328/2000. A tale fine la Regione, insieme con gli Enti locali, determina gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale integrato degli interventi dei servizi sociali a rete (art. 9, co. 1 L.R. 23/2003)

La Regione programma, coordina e indirizza gli interventi sociali, ne verifica l'attuazione e disciplina l'integrazione degli interventi con particolare riferimento all'attività sociosanitaria.

Il Comune (in forma singola o di ATS, anche con altri Enti locali) è tenuto alla presa in carico dei bisogni della persona, da attuare in forma diretta o accreditata, erogando i servizi necessari che costituiscono “risorse sociali” per consentire l’attuazione del PTRI, tra cui l’abitazione assistita (comunità alloggio – gruppi appartamenti, etc), il recupero e l’integrazione sociale, i percorsi di apprendimento o istruzione scolastica - professionale - del lavoro, nonché a individuare e reperire le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Altri soggetti individuabili come risorse sociali o come fonti di risorse sociali:

- **figure professionali degli enti locali:** assistenti sociali, operatori socio-assistenziali, educatore socio-pedagogico, assistenti domiciliari, etc.
- **uffici o organi per il Collocamento Disabili o Mirato, Agenzie per il lavoro (Apl);**
- **Enti ecclesiastici – Comunità religiose**
- **Organizzazioni di volontariato – ETS – Cooperative sociali – Fondazioni - Organizzazioni / Ordini professionali/imprenditoriali, etc**

RISORSE ECONOMICHE PRIVATE

Risorse in dotazione originaria al soggetto destinatario del PTRI:

- pensioni di invalidità – indennità accompagnamento - forme di sostegno al reddito –
- rendite patrimoniali o immobiliari - rendite o sovvenzioni/aiuti della famiglia

Risorse economiche private provenienti da:

- aiuti da comunità ecclesiastiche o altre istituzioni religiose o volontariato
- aiuti/finanziamenti/borse di studio o di lavoro/ previsti o messi a bando da ETS, enti no profit, banche, assicurazioni, fondazioni, imprenditori/professionisti

(Esempi:

Gli Ordini/Confederazioni Professionali/Fondazioni/Banche/ etc, anche in collaborazione con le Camere di Commercio, Comuni, INPS, INAIL, possono prevedere istituzioni di borse di lavoro o tirocini formativi, o finanziamenti per figure di assistenti per il corso scolastico/formativo/apprendimento lavorativo etc.

Possibilità di attivare specifici piani d’impresa su alcuni settori per l’inclusione lavorativa, quali:

il settore del riciclaggio dei rifiuti / autocostruzione e auto-recupero, creando attività economiche per la selezione, recupero e riciclo;

il settore agroalimentare e l’allevamento, con lo sviluppo di filiere corte volte alla trasformazione e vendita di prodotti nel pieno rispetto della loro tipicità e biodiversità;

il settore cultura, valorizzando in logica imprenditoriale il patrimonio locale – artigianale, musicale, archeologico, paesaggistico, culturale;

il settore turistico, riutilizzando beni confiscati alla mafia per iniziative di housing sociale, fattorie sociali anche con caratteristiche turistiche e commerciali

Gli stessi soggetti potrebbero destinare risorse strumentali dismesse per cambio/rinnovo parco tecnologico (computer, stampatrice, telefoni, cellulari, televisori etc.)

Le Coop. Sociali e Organizzazioni di Volontariato possono fornire aiuto/supporto:

- 1) di sostegno e aiuto domestico familiare per favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio;
- 2) di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le prestazioni strumentali ed accessorie alla loro fruizione, rivolte a persone non assistibili a domicilio;
- 3) di inserimento sociale o interventi di natura economica (es. buoni spendibili per l'acquisto di servizi)

Risorse immobiliari per l’autonomia abitativa

Immobili di proprietà pubblica, non utilizzati dai Comuni o altri Enti Locali; in enfiteusi ad enti pubblici, beni confiscati alla mafia; costruiti con Legge dopo di Noi, costruiti o resi fruibili con finanziamenti edilizi pubblici (tipo PON etc)

Immobili o abitazioni di proprietà privata: donati per scopi sociali, dati in enfiteusi da enti religiosi o no profit, messi a disposizione per il “dopo di noi” o locati tra privati e il co-gestore;

Costituzione di gruppi di autocostruzione e auto recupero in accordo con i comuni, all’housing sociale e alle fattorie sociali – anche con possibilità ricettive e commerciali.

4. LE RISORSE ECONOMICHE/FINANZIARIE PUBBLICHE DEL BdS

Processo di budgeting

La sperimentazione gestionale, nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria, secondo la metodologia del Budget di Salute, basata sulla co-programmazione e cogestione con il privato sociale/imprenditoriale, richiede:

- la promozione del processo di budgeting distrettuale;
- una contabilità economico-patrimoniale analitica separata per le attività ad integrazione sociosanitaria;
- la costituzione del Budget di risorsa nel Coordinamento sociosanitario, a partire dal Budget d'esercizio dei Dipartimenti, Distretti e U.O.C., afferenti alle sette aree di alta integrazione sociosanitaria;
- il controllo di gestione programmatico, economico e attuativo delle azioni integrate da parte dell'Area di Coordinamento Sociosanitario, con l'ausilio degli uffici sociosanitari di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero;
- la concertazione delle proposte di deliberazione dei singoli dirigenti di Distretto, Dipartimento e U.O.C. sulle aree/azioni/governo dei fattori produttivi delle aree integrate, con l'Area di Coordinamento sociosanitario.

La determinazione dell'ammontare delle risorse occorrenti per realizzare il Budget di Salute (sociosanitario) è atto propedeutico alla budgettizzazione distrettuale delle risorse nelle aree ad integrazione sociosanitaria, da programmare in base ai bisogni sociosanitari rilevati.

In funzione della riconversione realizzata e rendicontata in PTRI, il fondo per le attività sociosanitarie potrà essere incrementato annualmente con l'obiettivo dell'efficacia, efficienza ed economicità degli interventi.

Nella fase sperimentale, l'ammissibilità delle persone a PTRI sostenuti con BdS è determinata dal criterio di priorità per le persone ricoverate all'interno di strutture residenziali oppure a persone a rischio di istituzionalizzazione.

Per la Regione, l'Azienda Sanitaria e l'Ente locale ciò determina la riconversione delle risorse destinate a rette, corrisposte per l'assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali, in isorisorse (trasformazione del costo della retta o del d.r.g. che l'ASP spende (o spenderebbe) in investimento su un corrispondente PTRI sostenuto con BdS). La priorità aziendale è la trasformazione delle attuali rette (con le priorità sopraelencate) in progetti individuali sostenuti attraverso Budget di Salute, mediante specifico atto contrattuale per ogni persona in BdS. Il contratto di PTRI sostenuto dal BdS ha una durata massima di 3 anni. In questo periodo, il finanziamento *dovrebbe* essere quasi interamente pubblico:

- in parte a totale carico dell'ASP, usufruendo del risparmio di spesa che deriva dal non utilizzo dei fondi destinati nel bilancio nazionale/regionale/comunale per il pagamento delle rette delle strutture residenziali psichiatriche (**SRP1 – SRP2 – SRP3**) tariffe attualmente vigenti;
- in parte derivante dall'utilizzo di fondi o risorse comunitarie, nazionali, regionali, comunali.

Trascorsi i primi 3 anni, comunque, quando i bisogni siano divenuti prevalentemente sociali a rilevanza sanitaria, i PTRI sostenuti con Budget di Salute sono compartecipati dall'utente (pensioni, rendite patrimoniali o lavorative) o dai soggetti civilmente obbligati (famiglia, tutore, ads), per quanto concerne i LEA sociosanitari (all. 1C DPCM 14/02/2001) erogati presso il domicilio dell'utente (azione di domiciliarizzazione delle cure). L'investimento finanziario è negoziato e programmato dall'ASP con il cogestore privato, attraverso la tecnica della finanza di progetto².

RIEPILOGO RISORSE ECONOMICHE PUBBLICHE P.T.R.I. – BdS

Al finanziamento del Budget di risorsa sociosanitario concorrono le risorse:

- 1) di trasformazione gestionale del FSN e FSR;

² Con questo termine si indica la tecnica di finanziamento di progetti o di investimenti, nella quale una iniziativa d'investimento determinata, di norma realizzata da parte di più promotori, attraverso la costituzione di una società (associazione, associazione di fatto) di progetto specifica, è valutata dai soggetti che la finanziano, in via principale, per la sua capacità di promuovere vantaggi sociali e sulla base dei flussi di cassa connessi con la gestione. Tali flussi di cassa costituiscono la fonte primaria per il servizio.

- 2) dei progetti speciali (tra cui fondi CIPE finalizzati) per le aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- 3) trasferite dagli Ambiti territoriali per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria e per le attività sociosanitarie delegate all'ASP, previste nei PSZ e negli Accordi di Programma;
- 4) non provenienti dal FSR e finalizzate alla sperimentazione gestionale nelle aree ad integrazione sociosanitaria o comunque destinate allo svolgimento delle attività sociosanitarie.
- 5) Altro.

Art. 33 L.R. 23/2003 - Il finanziamento del sistema integrato

1. Il sistema integrato di cui alla presente legge si realizza avvalendosi delle risorse degli Enti Locali, di quelle provenienti dal Fondo regionale per le politiche sociali di cui al successivo articolo 34, di quelle del Fondo sanitario regionale, nonché di quelle eventualmente dei soggetti del Terzo Settore, di altri soggetti senza scopo di lucro e delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, che concorrono alla realizzazione dei Piani di zona ai sensi dell'articolo 20.
2. La Regione e gli Enti locali garantiscono la realizzazione del sistema integrato che assicura i livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 7
3. Le risorse del FSR sono individuate: a) Fondi statali; b) Fondo sociale regionale; c) Fondo sociale locale.

REGIONE CALABRIA

Sistema integrato interventi in materia di servizi e politiche sociali degli ambiti territoriali

FONDI NAZIONALI ⇒ REGIONALI accessibili per anno 2024

Con Del. n. 499/23 la GR Calabria ha individuato per l'anno 2024 le fonti di finanziamento per la copertura del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali degli ambiti territoriali, facendo riferimento ai Fondi Nazionali e Regionali allo scopo utilizzabili fino alla disponibilità delle stesse fonti finanziarie. Il riparto avviene: 60% in proporzione alla popolazione residente in ciascun ambito. 40% in proporzione dei posti "accreditati" al 31/12/2022 residenziali e semiresidenziali in ciascun ambito

FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI (FNPS)

Istituito con legge 449/1997 (art. 59 co. 44), ridefinito con Legge 328/2020 (art. 20)

Disponibilità totale € 16.131.693,34 per ciascuna annualità 2021, 2022, 2023. Iscritto nel bilancio Regione Calabria 2024 al capitolo di uscita U0433110501

FNPS annualità 2023: dotazione finanziaria da trasferire ad A.T.S. per far fronte alle spese dei servizi sociali anno 2024 = € 15.782.876,41 (al netto di quota pari all'1% per azioni a tutela bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità P.I.P.P.I.)

Trasferito nel bilancio Regione Calabria 2024 al capitolo di uscita U0433110501

Ripartizione Decreto Dirigenziale del 29/3/2024 n. 4406

FONDO REGIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI (FRPS)

Istituito con legge regionale n. 23/2003. Vi confluiscono le somme già destinate per la L.r. 5/87 e quelle accreditate per riparto del FNPS, nonché dalle somme messe a disposizione dagli enti locali Per l'anno 2024 prevede una disponibilità di 15.000,00 da trasferire ad A.T.S. per far fronte alle spese dei servizi sociali anno 2024 = € 14.850.000 (al netto di una quota pari all'1% per compartecipazione a progetti ministeriali) Iscritto nel bilancio regionale 2024 al capitolo di uscita U0433110301

Decreto Dirigenziale del 29/3/2024 n. 4406: ANNO 2024 Ripartizione FNPS

Quota Regione Calabria FNPS = € 16,131.693,34

da utilizzare per gestione servizi sociali comuni capofila ambiti al netto (progetti sperimentali e P.I.P.P.)

sono stati assegnati agli ATS € 15.782.876,41

Nel 2024 saranno trasferiti agli Ambiti: 60% entro il 28/2/2024 - 20% entro il 30/6/2024 - 10% entro il 30/10/2024 - 10% a saldo il 28/2/2025 (Dettaglio riparto D.D. 4406/2024)

Decreto Dirigenziale n. 4430 del 29/3/2024: ANNO 2024 Ripartizione FRPS

Disponibilità € 15.000,00

Quota 1.500.000,00 per realizzare progetti innovativi e sperimentali e per finanziare l'aggiornamento e la formazione degli operatori pubblici e privati

Quota x cofinanziare realizzazione PIANI DI ZONA**PN EQUITA' SALUTE 2021 – 2027**

Nel Piano Operativo della Regione Calabria, i progetti che saranno realizzati nell'ambito del PN Equità nella Salute 2021-2027, nell'area tematica (Prendersi cura della salute mentale) sono previsti interventi per € 19.430.060,00.

Di cui:

€ 8036.064,00 (a valere su FSER) per progetti di Adeguamenti strutturali degli spazi dei DSMD e potenziamento tecnologico per attivazione sperimentale di Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati nei DSM della Regione

€ 8.150.000,00 (a valere su FSE) per adattamenti sperimentazione dei PTRP nei DSM della Regione

€ 3.243.996,00 (a valere su FSE) per sinergie territoriali PTRP nei DSM della Regione.

FNA - FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE - L. 27/12/2006, n. 296. art. 1 co. 1264.

Istituito per l'attuazione dei Lea da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, presso il Ministero della solidarietà sociale, ripartito tra le Regioni.

Con DPCM 21/11/2019, è stato approvato il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza relativo al triennio 2019-2021 (F.N.A. 2019/2021) e il riparto delle risorse (Tabella n. 1 allegata stesso Decreto).

Per le predette annualità alla Regione Calabria sono state attribuite risorse comprensive della quota destinata, ai sensi dell'art. 4 del citato DPCM, ai progetti per la vita indipendente:

euro 19.890.040,00 per l'anno 2019 iscritti nel 2023;

euro 23.977.700,00 per l'anno 2020 iscritti nel 2023

euro 23.210.830,00 per l'anno 2021 iscritti nel 2024;

Per l'utilizzo di tale fondo la DGR n. 55/2023 e n. 331/2023, la "Programmazione regionale", che prevede una quota destinata agli ATS pari ad euro 4.832.510,00, destinata ad interventi complementari all'assistenza domiciliare quali la frequenza a centri diurni per persone con disabilità.

La copertura finanziaria è assicurata dalle risorse allocate al capitolo di uscita U6201052101 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2023/2025.

FONDO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DI SOSTEGNO FAMILIARE. - FONDO DOPO DI NOI art. 3 Legge n. 112 del 22 giugno 2016

Finanzia i percorsi di accompagnamento per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare (o perché mancanti i genitori o perché non in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale).

Nella DGR n. 86 del 3/3/2023 la Regione Calabria ha attestato l'avvenuta attribuzione delle seguenti risorse:

€ 1.873.740,00 per l'anno 2019 (DPCM 21.11.2019)

€ 2.577.300,00 per l'anno 2020 (DPCM 21.12.2020)

€ 2.640.000,00 per l'anno 2021 (D.M. 7.12.2021)

Per l'utilizzo del Fondo è stata approvata con la DGR n. 86/23 la "Programmazione regionale", che prevede una **quota da trasferire agli ATS pari ad euro 1.873.740,00**, destinata a diverse tipologie di intervento, tra le quali compaiono interventi **per la realizzazione di innovative soluzioni alloggiative** dalle caratteristiche di cui all'art. 3 comma 4 del decreto ministeriale.

La copertura finanziaria è assicurata dalle risorse allocate al capitolo di uscita U9120200601 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2023/2025.

FONDO UNICO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' - art. 1 comma 210 legge 30/12/2023 n. 213 (Delibera Regione Calabria 147/2022) – Inclusion e inserimento lavorativo disabili. Le risorse sono destinate dalle Regioni ai Comuni capofila ATS, soggetti attuatori degli interventi.

Nel Fondo unico confluiscono i Fondi per la disabilità iscritti nel bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri e quindi: il «Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità», il «Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità», il «Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare» e il «Fondo per l'inclusione delle persone sorde e con ipoacusia». Per l'anno 2024, il Fondo ha una dotazione di oltre 552 milioni di euro

"FONDO PER LE POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ"

(Legge bilancio 2022) (ex Fondo Per La Disabilità E La Non Autosufficienza legge bilancio 2020)

È un fondo a carattere strutturale, con una dotazione di 200 milioni di euro per il 2021 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2022.

Tra gli ambiti di intervento finanziati: la promozione e realizzazione di infrastrutture, inclusione lavorativa e turismo accessibile, vi sono anche iniziative dedicate alle persone con disturbo dello spettro autistico.

La Legge di bilancio 2022 ne ha incrementato la dotazione di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2023 al 2026, disponendone il trasferimento presso lo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, al fine di dare attuazione a interventi legislativi in materia di disabilità finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità di competenza dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità (Ministro per le disabilità).

Il 31/12/2021 è entrata in vigore la L. 227/2021 di Delega al Governo in materia di disabilità. In data 14/5/2024 è stato pubblicato il D.Lgs 3/5/2024 n. 62, avente ad oggetto l'attuazione della legge 227/2021.

FAP - FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE

Ogni anno, la Giunta Regionale procede al riparto alle Aziende Sanitarie del FAP.

Sono risorse rivolte agli interventi con il modello del Budget di Salute per persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

FONDO PER INTERVENTI REGIONALI DI SOLLIEVO A FAVORE DEI CAREGIVER.

Il Fondo è stato istituito con legge di bilancio 2021, le cui risorse, pari a 30 milioni per ciascun anno del triennio 2021-2023, sono indirizzate ad interventi legislativi per il riconoscimento dell'attività non professionale del prestatore di cure familiare (caregiver). Successivamente incrementato (legge di bilancio 2022), per un importo di 50 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2022-2024.

FONDO PER LE PERIFERIE INCLUSIVE

Istituito con legge di bilancio 2023 (art. 1, co. 362-364, della legge n. 197/2022) con una dotazione di **10 milioni per il 2023**. Destinato ai comuni con popolazione superiore a 300.000 abitanti per il finanziamento di progetti finalizzati a favorire, nelle periferie, l'inclusione sociale delle persone con disabilità e il miglioramento del loro livello di autonomia. (v. DPCM 26 maggio 2023 Procedura di accesso ai finanziamenti a valere sul Fondo per le periferie inclusive: oltre ai requisiti di ammissibilità dei progetti, modalità di erogazione del finanziamento e eventuali forme di co-finanziamento, si prevede l'istituzione di un Comitato di valutazione che definisca i criteri per la valutazione dei progetti favorendo l'attivazione di finanziamenti pubblici e privati, il coinvolgimento di enti privati, anche del Terzo settore, e le forme di co-programmazione e co-progettazione)

ALTRI FONDI O RISORSE PUBBLICHE FRUIBILI:

Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale /Fondo solidarietà comunale (FSC)

Fondo di aiuti europei agli indigenti (FEAD) / Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico / Disability card / Buono viaggio/ Risorse trasporti studenti disabili

FONDI EUROPEI O NAZIONALI COLLEGATI PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2014/2020

PON inclusione (servizi sociali) 1,2 miliardi - **FEAD** (settore alimentare) 0,8 miliardi (per entrambi per il 2024 coda residuale di finanziamenti pari a 0,4 miliardi. Nella programmazione 2021-2026 i due fondi saranno fusi in unico programma (pon inclusione), con dotazione superiore alla somma dei due programmi precedenti). **REACT-EU** 90 milioni - **POC inclusione (piano operativo complementare):** 300 milioni. **PNRR – piano nazionale di ripresa e resilienza:** 1,45 miliardi stanziati per tre specifici interventi sul sociale a regia nazionale concernenti interventi in ambito socio-sanitario, interventi di sostegno alle persone con disabilità e intervento di contrasto alla povertà estrema.

5. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

PER L'AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE DEL BDS IN CALABRIA

A. IL MONITORAGGIO

Secondo la definizione fornita dal Development Assistance Committee (DAC) – il comitato per l'aiuto allo sviluppo operante all'interno dell'OCSE, il monitoraggio altro non è che una «*funzione continua che utilizza la raccolta sistematica dei dati relativi a indicatori stabiliti per fornire, in corso d'opera, all'ente esecutore e alle principali parti interessate di un intervento di sviluppo, indicazioni sullo stato di avanzamento, sul conseguimento degli obiettivi e sull'utilizzazione dei fondi allocati*».

Le domande sottostanti alla funzione di monitoraggio riguardano:

- il raggiungimento della popolazione bersaglio;
- la conformità delle attività realizzate rispetto a quelle pianificate;
- l'utilizzo delle risorse finanziarie rispetto a quelle programmate;
- l'impiego delle risorse umane per lo svolgimento dei servizi e degli interventi richiesti.

La finalità del monitoraggio, non è ottenere un giudizio di valore, bensì, misurare la corrispondenza di quanto realizzato rispetto alla programmazione iniziale, rendendo tali informazioni disponibili al *decision maker*.

In quanto attività continua, interna alle attività oggetto di verifica, per buona prassi, viene solitamente svolto dagli operatori interni al progetto/intervento/attività, che si avvalgono però del supporto di esperti.

Un buon monitoraggio, perché sia efficace e raccolga i dati e le informazioni effettivamente utili a tracciare quanto realizzato, necessita della preparazione di un piano di monitoraggio prima e di un piano di reportistica durante la realizzazione della fase attuativa.

Le tre dimensioni che connotano l'attività di monitoraggio:

Monitoraggio di efficienza	Basato sulle attività e sulle risorse
Monitoraggio di efficacia	Basato sugli obiettivi
Monitoraggio di contesto	Basato sulle ipotesi e sugli elementi di rischio che esse nascondono

B. LA VALUTAZIONE

Una buona attività di monitoraggio, ovvero la raccolta sistematica dei dati e delle informazioni necessarie, pone le basi per la successiva attività di valutazione.

La valutazione costituisce un'attività di verifica periodica sulla efficienza, efficacia, impatto, sostenibilità e rilevanza di un progetto/intervento nel contesto di obiettivi definiti.

A differenza del monitoraggio, la valutazione prevede dei momenti precisi di esecuzione. La pianificazione e la programmazione sociale prevedono una valutazione ex ante, una o più in itinere e una finale.

La valutazione è un'attività funzionale a riflettere su quanto accaduto, sulle modalità operative messe in atto, sugli obiettivi raggiunti e quelli non raggiunti, per poter ri-progettare, in un aggiustamento continuo dei servizi e degli interventi.

Il fine della valutazione è ottenere un giudizio, trarre conclusioni su quanto e come è stato realizzato con riferimento al raggiungimento degli obiettivi prefissati, alla capacità dell'intervento di convertire le singole attività in risultati. Per tale motivo, in ottica di oggettività dei risultati e di imparzialità, essa è svolta da soggetti esterni, non direttamente coinvolti nelle attività oggetto di verifica – in modo da evitare possibili giudizi autoreferenziali – ed è generalmente richiesta e commissionata.

Una particolare importanza riveste la valutazione di impatto. Serve a rilevare l'impatto che le attività, gli interventi e i servizi realizzati hanno avuto sul contesto di riferimento e sulla popolazione target, rintracciandone cioè le esternalizzazioni positive e/o negative sul territorio e tra la popolazione.

Col termine impatto si intendono gli effetti a lungo termine, positivi e negativi, primari e secondari, previsti o imprevisti, prodotti direttamente o indirettamente dagli interventi posti in essere.

Oggetto della valutazione di impatto sono, non solamente gli effetti previsti, ma, tutte le esternalizzazioni, ossia tutti gli effetti – anche quelli non previsti in fase di programmazione e pianificazione – che siano collegabili alle attività svolte ma con effettivi a medio e/o lungo termine: l'impatto cioè che le attività poste in essere hanno avuto sul contesto di riferimento, sulla vita dei cittadini. In sintesi:

Monitoraggio	Attività continua di raccolta e registrazione sistematica di dati e d'informazioni che consente di tenere sotto controllo il procedere dell'attività e comparare i risultati (monitoraggio delle performance) rispetto a quanto pianificato e di fornire elementi di valutazione.
Valutazione	L'apprezzamento sistematico e oggettivo su formulazione, realizzazione ed esiti di un intervento, che si effettua in corso d'opera o dopo il completamento delle attività previste. Essa si propone di esprimere un giudizio sulla rilevanza e il raggiungimento degli obiettivi, su efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità. Una valutazione dovrebbe fornire informazioni credibili e utili e consentire ai beneficiari - e a quanti sono interessati l'integrazione degli insegnamenti appresi nei loro processi decisionali.
Valutazione di impatto	Insieme delle operazioni e delle modalità attraverso cui un'organizzazione arriva a valutare le informazioni raccolte circa il cambiamento generato dalla sua attività specifica.
Impatto	I risultati dei cambiamenti, riferibili alla sola attività dell'organizzazione. Gli impatti possono essere positivi e negativi, primari o secondari di lungo termine, prodotti da un intervento direttamente o indirettamente, intenzionali o non intenzionali.

La valutazione multidimensionale/multidisciplinare è effettuata secondo criteri qualitativi e quantitativi, partendo dalla conoscenza della storia individuale e di contesto e dalle aspettative della persona.

La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'International Classification of Functioning, Disability and Health (I.C.F.) sia all'avvio del progetto individuale sia nei follow-up periodici. L'ICF è stata la base di studio e ricerca per formulare gli obiettivi aggregati del funzionamento sociale.

La sperimentazione e la validazione di obiettivi-oggetti intorno ai quali si aggregano gli items di funzionamento sociale, sono i seguenti: casa-dimora, formazione-lavoro, affettività-socialità, espressività- apprendimento. Ovvero gli obiettivi dei BdS.

La valutazione deve essere capace di estrarre, insieme alle criticità, anche le vitalità e le positività nel raggiungimento dei quattro obiettivi citati. La quantità di risorse, necessarie ad aumentare il funzionamento sociale nelle aree valutate critiche, è descritta attraverso la differente intensità, richiesta caso per caso, di utilizzo di risorse professionali, umane ed economiche, che con buona probabilità permettono il raggiungimento degli obiettivi di ri-capacitazione (funzionamento sociale).

Sulla base di tali valutazioni, le UVMI moduleranno a cadenze regolari le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale. Una volta al mese, o quando se ne ravvisi la necessità, il referente dell'U.O. competente dell'ASP e il Referente del Servizio Sociale Territoriale, ove è residente la persona fruitrice del BdS, convocheranno un incontro con gli operatori del cogestore coinvolti nel PTRI-budget di salute per la verifica del progetto, per la discussione sulle problematiche emergenti e per concordare linee comuni di intervento.

Il monitoraggio in itinere del bisogno e del percorso riabilitativo è effettuato dall'UVMI, costituita dal referente del progetto individuale del Servizio sanitario competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza dell'utente, coinvolgendo questi, i familiari, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta (MMG/PLS), il referente del cogestore ed eventuali altri operatori coinvolti. Ogni sei mesi verrà svolta una verifica degli esiti del processo riabilitativo, che comprenderà, oltre all'I.C.F., indicatori di processo, rilevazione di eventi sentinella, valutazione della qualità di vita e di soddisfazione dell'utente e dei familiari ed indicatori di sviluppo economico sociale locale.

SINTESI MODELLO SPERIMENTAZIONE BDS

FASE 1: PRESA IN CARICO

- a) presa in carico, per accesso al CSM o ai Servizi Sociali, dell'utente con bisogni complessi sociali/sanitari. La presa in carico deve essere garantita sin da prima della nascita, con presenza di figure professionali sanitarie, adeguate (psicologo, psichiatra, ginecologo, neonatologo, neuropsichiatra infantile, mmg, infermieri professionali, terapisti riabilitazione psichiatrica, oss, educatore professionale socio-sanitario, assistenti, etc).
- b) valutazione preliminare dei bisogni e del livello di funzionamento, con invio della richiesta al PUA (utilizzare PUA già esistente presso il Distretto Sanitario per utenti anziani fragili)

FASE 2: ATTIVAZIONE UVMI (unità valutazione multidimensionale e multidisciplinare integrata) -

- a) costituzione di una UVMI presso il DSMD (o CSM) di ciascun ASP (unità valutativa multidimensionale - equipe multiprofessionale e multidisciplinare integrata servizi socio-sanitari e sociali): compiti di definizione personalizzata dei bisogni e delle risorse sulle seguenti determinati: area clinica, area del funzionamento psicosociale, area bisogni e risorse personali e di comunità, area della qualità della vita (NOTA: in caso di territorio esteso prevedere costituzione UVMI presso Ambiti)
- b) convocazione della UVMI da parte del PUA per verifica e valutazione condizioni disabilità e presupposti accesso PTRI/BdS. La valutazione avviene per le persone affette da disturbo mentale attraverso utilizzo SVAMDI (DCA 71 del 20/10/2014- DCA 144 del 13/7/2018 – DCA 197 del 12/7/2023). Per composizione UVMI)vedere seguito.
- c) elaborazione P.T.R.I. che espliciti azioni ed obiettivi da raggiungere in ciascun asse di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione). Tale fase esita con formulazione scritta di una proposta di progetto Budget di Salute attraverso apposita modulistica.

FASE 3: ATTUATIVA: COPROGRAMMAZIONE E CORESPONSABILIZZAZIONE

- a) richiesta attivazione BdS da parte dell'utente (o ADS/Tutore/familiare) supportata se necessita da responsabili CSM/Enti Locali
- b) elaborazione (COPROGRAMMAZIONE) BdS: UVMI procede alla definizione di un piano strategico (individuazione percorso e necessità risorse abitative/economiche/sociali/lavorative/) in concertazione tra CSM ed Servizio Sociale con utente, familiari, stakeolders, AdS/Tutore, MMG o geriatra, psichiatra di riferimento se esistente etc., ETS – Associazioni dei familiari. Se necessario o richiesto anche un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità di cui all'articolo 6 della legge 12 marzo 1999, n. 68, nei casi di cui all'articolo 1, comma 1, della medesima legge.
- c) individuazione équipe di progetto (composta da psichiatra referente del caso, l'assistente sociale, gli operatori sanitari/sociali, l'utente, i familiari, gli operatori dell'Ente Gestore, altri soggetti interessati). L'équipe nomina un responsabile del progetto.
- d) L'équipe di progetto, dopo l'autorizzazione della spesa, sottoscrive un contratto ove sono declinati gli obiettivi e formalizzati gli impegni di tutti i soggetti coinvolti, la durata del BDS (minimo 3 anni), le verifiche, le condizioni di proroga o di recesso. L'Accordo, sottoscritto dall'utente (CORESPONSABILIZZAZIONE) è parte integrante del BdS.

FASE 4: ATTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE E DELLE AZIONI ATTUATIVE BDS

- a) individuazione e nomina Case Manager (identificato in ambito sociale o sanitario), con compito di coordinamento degli interventi;
- b) assegnazione realizzazione progetto BdS a un ETS accreditato

FASE 5: DEFINIZIONE RISORSE ED IMPIEGO

- a) reperimento risorse per attuazione BdS da parte del Case manager in concertazione con Regione/Enti Locali/ASP/Comunità locali/Enti privati-imprenditoriali locali/ETS
- b) UVMI: fase definizione impiego e condivisione risorse – proposta ripartizione impegno economico per competenze tra gli Enti Pubblici, con eventuale partecipazione dell'utente e di altri soggetti/enti privati

FASE 6: MONITORAGGIO - VALUTAZIONE

- a) valutazione intermedia in UVMI, se necessita rimodulazione BdS; verifica annuale e monitoraggio attuazione BdS da parte di équipe socio-sanitaria unitamente al Case manager
- b) fase finale valutazione esiti BdS.

