



Disegno di Legge A. C. n. 1752
**“Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per
la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi
individualizzati”**

Memoria di FISH (Federazione Italiana per il Superamento
dell'Handicap)

Audizione 24 febbraio 2021

Camera dei Deputati
XII Commissione Permanente
(Affari Sociali)

Memoria Fish per audizione in commissione XII - Affari Sociali - della Camera su proposta di legge C. 1752 D'Arrando, recante "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati"

La proposta di legge in esame di iniziativa parlamentare, corredata, pertanto, della sola relazione illustrativa accende i riflettori su un rilevante tema quale quello del *budget di salute*, tema dibattuto e divenuto prioritario per la Federazione Italiana per il Superamento dell'handicap.

Il budget di salute è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale *"strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona con disabilità, attraverso un progetto individuale globale"*. I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati interessano infatti l'area sanitaria e sociale ma anche quella riferibile ai diritti individuali e di cittadinanza (apprendimento, habitat sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), nella logica della centralità della persona e del valore della comunità. Poiché strutturato sui bisogni della persona, il budget di salute si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore.

Prima di entrare nel merito della proposta di legge C. 1752 occorre evidenziare che l'attuale Sistema Sanitario Nazionale ed il Sistema di Protezione Sociale, a seguito della pandemia in atto, ha fatto precipitare moltissime persone in uno stato di forte preoccupazione, resa ancor più grave dall'incertezza del prossimo futuro, di quelli che saranno i tempi necessari al superamento della crisi e delle conseguenze che questa avrà sulle nostre vite e sulle nostre relazioni sociali. Queste preoccupazioni con le difficoltà connesse sono ancora più forti tra le migliaia di persone con disabilità del nostro Paese, le cui condizioni di vita sono già ampiamente determinate da livelli di protezione e inclusione sociale che sappiamo essere non propriamente e adeguatamente compiuti.

Non possiamo nascondere che l'impatto della pandemia sulle nostre comunità ci obbligherà a ripensare molte cose nella nostra vita e a rimodulare alcune priorità in una direzione che preveda innanzitutto la garanzia di una maggiore tutela della salute e della sicurezza dei cittadini tutti, ma ancor di più di coloro che sono più vulnerabili ed esposti ai rischi connessi alla condizione di salute e tra questi vi sono le tante persone con disabilità.

Mai come adesso è richiesta la massima attenzione e il massimo impegno per fare in modo che continuino ad essere assicurati tutti i servizi essenziali e tutelati gli spazi vitali e le libertà fondamentali delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Su queste

valutazioni, il presente documento ha il compito di proporre misure necessarie per stimolare l'azione coordinata e sinergica per una ripresa graduale dei servizi nei diversi settori delle attività sociali, economiche e produttive, anche attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e relazionali che abbiamo come fine principale la ripresa ed il rilancio del nostro Paese.

Partendo da una prima lettura dell'Atto Camera in esame si sottolinea come il portare avanti un modello di Budget di Salute con caratteristiche differenti rispetto a quelle sinteticamente qui esposte possa svilire la fondamentale visione di unitarietà del percorso di presa in carico. Il budget di salute non deve sovrapporsi o a ritenersi come equivalente rispetto all'art. 14 ex Legge 328/2000 in quanto deve essere considerato come uno strumento che nasce con l'obiettivo di raccordare - in modo coerente ed in un'ottica di efficientamento della spesa - tutte le prestazioni e servizi sanitari e socio-sanitari che rientrano nel progetto di vita costruito con la persona. Un altro elemento da porre in evidenza è che il metodo del budget di salute non si limita alla sola realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati - tra l'altro per lo più riconducibili alla sfera della disabilità mentale e cognitiva - ma che la complessità degli interventi previsti implica l'integrazione tra percorsi di cura e assistenza, risorse, processi, operatori, dati, sistemi. Si tratta quindi di riconcepire l'insieme di risorse, strumenti e processi in una logica unitaria che possa garantire una presa in carico integrata e multidisciplinare.

Non appare poi del tutto comprensibile su quali basi si debba compiere una riqualificazione e riconversione di almeno il 10 per cento delle risorse destinate al finanziamento dei LEA sociosanitari in progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del budget di salute, considerando anche il fatto che non si dispone di una evidenza di dati di base e di partenza che ci dica quale possa essere un eventuale quota di LEA che vada riconvertita.

Partendo da queste valutazioni che le proposte qui riportate, a nostro avviso, andranno a rispondere alla richiesta di "cittadinanza piena e integrale" delle Persone con disabilità e delle loro famiglie, ed offrono suggerimenti e indicazioni per ripensare, in questa delicatissima fase del nostro paese, complessivamente una società più giusta, coesa e rispettosa delle tante diversità. Tutto questo comporta un sostanziale riforma dell'attuale sistema di welfare, basato principalmente sul sistema di protezione, che deve essere profondamente modificato in favore di un nuovo modello basato sui diritti umani, civili e sociali attraverso:

- Un forte ancoraggio ai paradigmi della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità;
- La piena ed effettiva attuazione del Secondo Programma Biennale del Governo sulla Disabilità;
- Evitare che il progetto abbia una valenza sempre ed in ogni caso preponderatamente sanitaria, di modo che si sviluppino capacità di auto-determinazione e d'inclusione.
- La ridefinizione dei rapporti Stato-Regioni-Autonomie Locali, stabilendo compiti, livelli di governo e responsabilità;
- La valorizzazione e il sostegno del ruolo delle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità nei programmi e processi di monitoraggio, valutazione, elaborazione delle politiche e degli interventi, attuazione e verifica degli obiettivi e dei risultati;
- La definizione di piani nazionali per avviare processi di deistituzionalizzazione e di contrasto ad ogni forma di segregazione con sostegni alla vita autonoma, indipendente e alla domiciliarità. Sostegni necessari per garantire la scelta di dove, come e con chi vivere, anche in modo supportato, "durante e dopo di noi".
- Il coordinamento tra le politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
- La definizione e l'adozione dei LEP (Livelli Essenziali di Prestazione) sociali, anche tramite la ricomposizione complessiva della spesa occorrente in capo ad un capiente Fondo Nazionale, tale da rispondere al fabbisogno della generalità delle persone con disabilità e non autosufficienti

Lo sviluppo di un modello sostenibile non può quindi non passare dal mettere al centro la persona con disabilità. Tuttavia, le relazioni tra le persone e con i contesti di vita trovano un loro forte punto di caduta in presenza di una condizione di disabilità, visto che secondo la Convenzione Onu sui Diritti delle Persone con Disabilità la condizione di disabilità risiede proprio nell'interazione negativa che una persona con una data condizione di salute e di funzionamento ha nelle relazioni con i vari contesti sociali, incluse le relazioni umane, se questi sono strutturate in maniera non inclusiva. Perciò si ritiene opportuno che, nel costruire un nuovo modello innovativo di sviluppo sostenibile, si parta dalla considerazione delle dinamiche attuali che avviluppano milioni di cittadini anche con disabilità e/o con limitazione funzionali gravi.

Il superamento di momenti di valutazione plurimi e settoriali, ma soprattutto la necessità di rimettere al centro la persona e le sue relazioni con i suoi contesti di vita impone la predisposizione di un idoneo *progetto personalizzato di vita*, che individui unitariamente per qualità, quantità ed intensità gli interventi di supporto e sostegno perché nessun aspetto

della vita della persona possa essere non adeguatamente valorizzato rispetto ad un complessivo sviluppo della vita di questa.

Occorre arrivare come conseguenza del nuovo riconoscimento della condizione di disabilità e delle dinamiche tra la persona e l'ambiente ad un progetto unitario come unitaria ed inscindibile è la vita di tutti. Bisogna quindi dare nuova linfa al progetto individuale di vita previsto ormai 20 anni fa dall'articolo 14 Legge n. 328/00, riponendolo al centro di tutto il sistema di welfare, declinando il suo concreto atteggiarsi nell'accompagnamento della persona con disabilità lungo tutte le fasi della sua vita nei vari contesti che si incrociano lungo di essa, secondo una visione sia dinamica nel tempo che longitudinale per ciascun momento di tale sviluppo di vita. Per realizzare tale obiettivo si rende necessario mettere in atto, in modo capillare, un'adeguata rete di infrastrutturazione, dove idonee figure, adeguatamente formate, siano in grado, attraverso strumenti di valutazione basati su evidenze scientifiche, di procedere ad una valutazione multidimensionale in approccio multiprofessionale.

Calibrare gli interventi per ciascuno in base alle specifiche esigenze di quantità, qualità ed intensità, senza necessariamente far ricorso a standardizzati pacchetti di servizi, a volte del tutto inefficaci, altre volte sovradimensionati rispetto a singole specifiche esigenze. Di conseguenza si rende necessario ridefinire la spesa sociale creando un sistema di rilevazione delle necessità che permetta di modulare gli interventi, come si sta cercando di fare nel metodo e non nel merito, per il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, in maniera sperimentale per il triennio 2019-2021.

Questo potrà generare una visione unitaria nell'utilizzo delle risorse economiche ed anche di tutte le energie e le risorse umane, professionali e strumentali che sono presenti e necessarie nei contesti di vita della persona. Per questo lo si definisce "budget di progetto", come l'individuazione complessiva di tutte le risorse (anche informali, derivanti per esempio dai contesti familiari, di vicinato o di volontariato) umane, professionali, economiche, strumentali e tecnologiche che possono essere utilizzate per dare concreta attuazione del progetto individuale garantendo proprio quegli specifici sostegni e supporti determinati in esso, anche in termini di quantità, qualità ed intensità. Strutturare modelli di costruzione di progetti individuali e di budget di progetto diventa prioritario per passare dal "welfare prestazionistico" al "welfare di comunità e di inclusione".

Ciò si rende possibile attraverso il raggiungimento di alcuni obiettivi tra cui la personalizzazione dei sostegni e degli interventi nei diversi contesti di vita perché si dia concreto supporto al progetto individuale di vita della persona con disabilità, anche al

mutare dei fattori e delle circostanze per situazioni emergenziali nonché poi la ricomposizione della spesa sociale valorizzando le professionalità innovative di coloro che operano in settori così delicati come quelli di cura della persona, determinando un passaggio dal *“to cure”* al *“to care”*.

Nel 2001, l'OMS ha elaborato l'ICF, uno strumento unitario di classificazione che analizza e descrive la disabilità come una esperienza umana che tutti possono sperimentare nel corso della vita. L'ICF è una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo), senza dimenticare la necessità di percorsi abilitativi permanenti e appropriati per sviluppare la capacità scelta delle persone con disabilità più complesse, al fine di cogliere le difficoltà che le disabilità possono causare nel contesto socio-culturale di riferimento. Si suggerisce infatti di tener conto delle componenti classificate (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali e fattori personali) per una valutazione e un accertamento delle disabilità che ponga al centro la persona, permettendo di sintetizzare le informazioni raccolte dagli operatori dei diversi servizi e dalla famiglia nella prospettiva di costruire un progetto di vita completo e reale. Lo strumento descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo.

Da questa visione plurima nel secondo *“Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità”* viene prevista la necessità di progettare interventi personalizzati come necessità che la *“elaborazione e promozione di modelli allocativi di “budget personalizzati”* (budget di cura, budget di salute o comunque denominati) che consentano la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato, attraverso un progetto personale alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata”.

I progetti di vita delle persone con disabilità non si devono tradurre esclusivamente nella individuazione dei servizi che si devono frequentare, ma indichino in che modo, anche e soprattutto in relazione ai contesti di vita, siano raggiungibili mete e obiettivi di inclusione sociale. Occorre quindi che tutte le risorse a disposizione (quelle pubbliche, che servono a finanziare i servizi e le prestazioni, quelle della persona, e quelle della comunità) siano tutte messe a disposizione e quindi utilmente ricollocate per raggiungere quelle mete e

quegli obiettivi, sulla base del progetto individuale, costruito, definito, realizzato e verificato anche attraverso il massimo coinvolgimento possibile della persona.

Sulla definizione del “budget personalizzato”, conviene poi, più utilmente, soffermarsi sugli elementi essenziali di cui occorre tenere conto se vogliamo compiere il passaggio da un sistema basato su una serie di risposte più o meno standardizzate, spesso non realmente utili al raggiungimento delle mete di inclusione sociale, ad un sistema più flessibile e più vicino alle reali possibilità e volontà della persona.

- Il primo elemento è la **centralità del progetto individuale**. Il riferimento risulta ancora oggi essere l'art. 14 della Legge 328/2000, integrato e arricchito con quanto indicato dalla Legge 112/2016 e dal successivo Decreto Ministeriale, che espressamente indica la modalità del budget personalizzato come modo per ottimizzare le risorse a disposizione, comprese quelle messe in campo dalla Legge sul “dopo di noi”, indicate come risorse aggiuntive, e non sostitutive, oltre a quelle della comunità sociale nella quale la persona con disabilità vive;
- Il secondo e il terzo elemento, fortemente connessi al primo, sono, rispettivamente:
 - a. la necessità che il sistema di welfare rediga progetti individuali promuovendo **la massima partecipazione** possibile della persona con disabilità;
 - b. la necessità che i progetti individuali delle persone con disabilità accrescano **autodeterminazione** e “potere giuridico” e che quindi nei c.d. modelli contrattuali le parti, che concorrono alla realizzazione del progetto individuale, si assumono, ciascuno per la propria parte e possibilità, impegni e responsabilità, da verificare nel corso del tempo necessario per la realizzazione del progetto stesso.
- Il quarto elemento che occorre sia definito e messo in campo è l'attivazione di una fondamentale funzione, corrispondente a quella del **case manager** (o responsabile di progetto). In altri termini, occorre che sia garantita che le risorse a disposizione siano effettivamente vincolate alla realizzazione del progetto individuale, e che, al contempo, sia garantita la possibilità alla persona con disabilità e/o a chi la dovesse rappresentare (familiare, amministratore di sostegno, tutore) di avere un costante interlocutore a cui riferirsi per l'evoluzione e/o modifica del proprio progetto;
- Il quinto elemento, che costituisce la “chiusura” del processo virtuoso (in termini di miglioramento della qualità di vita della persona) che dovrebbe essere ricompreso

nell'evoluzione del nuovo sistema welfare. In altri termini, se si punta ad un *uso più efficace delle risorse* per gli scopi che maggiormente si ritiene possano essere utili al miglioramento della qualità della vita delle persone, occorre che si adottino metodi e strumenti che rilevino gli esiti, e che tali rilevazioni determinino la prosecuzione o il mutamenti del progetto.

Si riportano di seguito le proposte di modificazione della FISH all'articolato del DDL A.C.1752

"Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati"	
Testo DDL A.C. 1752	MODIFICHE PROPOSTE
Art. 1.	<i>(idem)</i>
(Finalità e oggetto)	<i>(idem)</i>
<p>1. La presente legge ha la finalità di:</p> <p>a) contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, in riferimento all'assistenza socio-sanitaria;</p> <p>b) valorizzare le persone fragili e vulnerabili, affette da patologie croniche e invalidanti e da una limitazione della capacità di agire e di interagire a livello sociale, favorendo le potenzialità delle medesime, delle loro famiglie e della comunità in cui vivono;</p> <p>c) incidere sulla prognosi delle persone affette da esiti invalidanti di malattie croniche e cronico-degenerative, riducendone l'istituzionalizzazione e migliorandone l'aspettativa di vita e la qualità della salute;</p> <p>d) razionalizzare, riconvertire e rendere sostenibili gli oneri delle prestazioni socio-sanitarie inserite nei LEA, attraverso la riduzione dei costi connessi alla disparità nell'accesso alle prestazioni sociosanitarie, all'eccessiva istituzionalizzazione dei bisogni socio-sanitari delle persone fragili e vulnerabili nonché a una non inappropriata gestione sanitaria dei medesimi bisogni;</p> <p>e) promuovere la partecipazione attiva e diretta dell'utente nella definizione delle risposte necessarie a soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, in coerenza con l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità;</p> <p>f) introdurre strumenti di coprogrammazione, cogestione e corealizzazione personalizzata dei bisogni delle persone fragili e vulnerabili, idonei a garantire la gestione congiunta delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA da parte dei servizi sanitari</p>	<i>(idem)</i>

delle aziende sanitarie locali (ASL), dei servizi sociali degli enti locali, degli enti del Terzo settore individuati dal codice di cui decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, delle persone destinatarie di tali prestazioni, delle rispettive famiglie e dei soggetti civilmente obbligati; g) promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, con forme di cogestione dei percorsi di cura e di riabilitazione, caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.	
2. Per le finalità di cui al comma 1, la presente legge prevede l'introduzione, in via sperimentale, del metodo del budget di salute quale strumento di coprogrammazione e di gestione idoneo a garantire, attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.	

Art. 2.	<i>(idem)</i>
(Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati)	<i>(idem)</i>
1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individuano, nel territorio di competenza, gli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale e per la durata di tre anni, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del budget di salute, ai sensi della presente legge, per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 dell'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.	<i>(idem)</i>
2. Con l'intesa di cui al comma 1 del presente articolo sono altresì definite le modalità attuative e di coprogrammazione che, ai sensi dell'articolo 55 del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, sono finalizzate all'individuazione dei bisogni da soddisfare attraverso i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, degli interventi a tale fine necessari e	

delle modalità di realizzazione degli stessi.	
3. Nell'ambito delle modalità attuative e di coprogrammazione di cui al comma 2 del presente articolo sono altresì definiti lo schema della convenzione di cui all'articolo 3, comma 6, e il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo nonché degli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito rispetto a indicatori predefiniti.	
4. Negli ambiti territoriali individuati ai sensi del comma 1 l'azienda sanitaria locale provvede a riqualificare e a riconvertire almeno il 10 per cento delle risorse destinate al finanziamento dei LEA sociosanitari in progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del budget di salute.	
Art. 3.	<i>(idem)</i>
(Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato)	(Progetto individuale dei sostegni)
1. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è l'insieme di azioni individuate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, di cui al comma 2, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, anche dei bisogni sociali, delle preferenze della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF sia al momento della presa in carico del progetto sia nei controlli periodici e programmati non superiori a trenta giorni. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato assume tre livelli di intensità, alta, media e bassa, ai quali corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento e prevede, quale obiettivo progettuale, il passaggio degli utenti da un livello di intensità maggiore a uno di intensità minore.	Su richiesta del diretto interessato o su proposta dell'ente pubblico che lo ha in carico viene predisposto ed attuato il progetto individualizzato di sostegno, che costituisce l'insieme di azioni individuate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, di cui al comma 2, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, dei bisogni socio-sanitari, dei bisogni sociali, delle aspettative, preferenze e desideri della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, da attivare o da potenziare nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, all'istruzione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF sia al momento della definizione presa in carico del progetto, sia nelle verifiche periodiche circa l'andamento delle varie azioni del progetto e del progetto del suo complesso rispetto al raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine individuati ai sensi del comma 7 della presente legge sia nei controlli non superiori a trenta giorni e predisposti ai sensi dell'articolo 4 comma 5 della presente legge. In ogni caso la valutazione deve considerare anche la

	<p>somministrazione di questionari o test per raccogliere i desideri, le aspettative della persona e condividere quindi gli obiettivi e ad essa deve seguire una conseguente individuazione dei sostegni, come previsto dal successivo comma 4.</p> <p>Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, assume tre livelli complessivi di intensità di sostegni, alta, media e bassa, determinati dalla risultante dalle varie intensità dei sostegni previsti nei diversi ambiti di azione del progetto stesso. Le intensità di alcuni sostegni possono essere determinate anche in funzione della valutazione di maggiormente investire, indipendentemente dalla gravità del bisogno, su alcune azioni che possono sviluppare, se attuate con quell'intensità e in quella fase della vita, notevole benessere o promozione della persona e della sua inclusione, meglio favorendo l'obiettivo progettuale di passaggio da un livello di sostegno di intensità maggiore a uno di intensità minore o di mantenimento dell'intensità di sostegno ma con benefici assolutamente maggiori per la persona.</p> <p>A ciascun livello di intensità di sostegni del progetto nel suo complesso corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento</p>
<p>2. L'unità di valutazione integrata è costituita nell'ambito del distretto della ASL competente presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale ed è integrata dai servizi sociali dei comuni, dagli operatori sanitari, dagli utenti, dai familiari, dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta, da un referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero, dagli operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale, dagli amministratori di sostegno eventualmente nominati e da altri soggetti ritenuti necessari per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona</p>	<p>2. L'unità di valutazione integrata è costituita nell'ambito del distretto della ASL competente presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale ed è composta, a seconda dei casi, dagli operatori dei servizi sociali dei comuni, dagli operatori sanitari, individuati anche ai bisogni di salute specifici del caso, inclusi gli specialisti in malattie rare, dalla persona diretta interessata, dai familiari, dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta, da un referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero o di altra struttura ambulatoriale, diurna o residenziale cui afferisce la persona stessa, dagli operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale, dai tutori o curatori o, nei limiti del potere loro conferito dal decreto di nomina, dagli amministratori di sostegno eventualmente esistenti, e da altri soggetti ritenuti necessari per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona e della sua interazione con i contesti di vita della stessa, nonché</p>

	dei sostegni in atto.
3. L'unità di valutazione integrata, sulla base delle valutazioni effettuate, definisce le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e per la sua sostenibilità attraverso il metodo del budget di salute.	L'unità di valutazione integrata, sulla base delle valutazioni effettuate, dei desideri, aspettative e preferenze della persona e sull'individuazione condivisa di quali obiettivi occorra perseguire e su quali domini della qualità della vita dover maggiormente intervenire ed investire, individua i sostegni necessari, anche per quantità qualità ed intensità, definendo quindi, le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto così come definito e per la sua concreta attuazione e sostenibilità, attraverso il metodo del budget di salute.
4. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è affidato a un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore individuato, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner	4. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è attuato con interventi pubblici e interventi di uno o più enti del Terzo settore, che operano nel ruolo di cogestori. individuati, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, come partner, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti stessi. Gli Enti del Terzo Settore possono anche prevedere di avvalersi per più specifici interventi all'interno della realizzazione dell'intero progetto e dell'utilizzo del budget di altri erogatori, se previsti nella co-progettazione con la pubblica amministrazione
5. L'affidamento di cui al comma 4 tiene conto della capacità certificata di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, nonché dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio-sanitari della persona.	5. L'affidamento di cui al comma 4 tiene conto della capacità certificata di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto nel suo complesso o di alcune parti di esso, nonché, volta per volta, dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio-sanitari della persona, che si è co-progettato di affidare all'ente stesso.

<p>6. Per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra l'utente, eventuali tutori o soggetti civilmente obbligati, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente del Terzo settore individuato ai sensi del comma 4, il referente dell'ufficio sociosanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari.</p>	<p>6. Per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra la persona interessata, eventuali tutori, curatori o amministratori di sostegno in base ai poteri dagli stessi esercitabili e soggetti civilmente obbligati, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente o gli enti pubblici e/o del Terzo settore individuati ai sensi del comma 4, il referente dell'ufficio sociosanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari.</p>
<p>7. La convenzione di cui al comma 6 prevede anche il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo, definito ai sensi dell'articolo 2, comma 3.</p>	
<p>8. Tra i soggetti che sottoscrivono la convenzione di cui al comma 6, tenuto conto della specifica e prevalente area di competenza sociale e sanitaria del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, è individuata la figura professionale o l'operatore responsabile del progetto, di seguito denominato case manager, diverso dal soggetto cogestore di cui al comma 4, al quale è affidata la funzione di coordinamento degli operatori professionali che hanno in carico l'utente. Il case manager valuta i bisogni dell'utente, promuove e attiva la rete di assistenza sociale e sanitaria, svolge funzioni di collegamento, monitoraggio e valutazione, controlla la qualità dei servizi e degli interventi, interviene in caso di criticità, elabora e trasmette la relazione di cui all'articolo 4, comma 4.</p>	
<p>Art. 4.</p>	<p><i>(idem)</i></p>
<p>(Budget di salute)</p>	<p><i>(idem)</i></p>
<p>1. Il budget di salute è l'insieme delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie per realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.</p>	<p>1. Il budget di salute è l'insieme delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie per realizzare il progetto di cui all'articolo 3.</p>
<p>2. La dotazione finanziaria del budget di salute necessaria a realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato comprende: a) le risorse che lo Stato destina ai LEA socio-sanitari e alle politiche sociali; b) le risorse ulteriori che gli enti locali destinano alle</p>	<p>2. La dotazione finanziaria del budget di salute necessaria a realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato comprende: a) le risorse che lo Stato destina ai LEA socio-sanitari, alle politiche sociali e dell'inserimento lavorativo ;</p>

<p>politiche sociali; c) le risorse del Fondo sociale europeo e dei progetti regionali, nazionali ed europei volti all'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate o vulnerabili; d) le eventuali risorse conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, anche derivanti da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa.</p>	<p>b) le risorse ulteriori che le regioni, le aziende ed istituzioni pubbliche, nonché gli enti locali destinano alle politiche socio-sanitarie, sociali e della formazione; c) le risorse del Fondo sociale europeo e dei progetti regionali, nazionali ed europei volti all'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate o vulnerabili; d) le eventuali risorse conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, anche derivanti da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa, o da terzi privati, anche del Terzo Settore; e) tutti gli altri interventi sanitari, non ricompresi in quelli direttamente afferente l'area sociosanitaria, previsti nei Lea e nei Lea aggiuntivi delle regioni</p>
<p>3. La dotazione finanziaria del budget di salute, le quote rispettivamente a carico della ASL e dei comuni ed eventualmente le quote conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato sono individuate ai sensi dell'articolo 3- quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito della determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies del medesimo decreto legislativo.</p>	<p>3. La dotazione finanziaria del budget di salute, le quote rispettivamente a carico della ASL e dei comuni ed eventualmente le quote conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato sono individuate ai sensi dell'articolo 3- quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito della determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies del medesimo decreto legislativo.</p>
<p>4. Le risorse del budget di salute sono trasferite al soggetto cogestore sulla base dello stato di avanzamento del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, certificato trimestralmente dai soggetti che hanno sottoscritto la convenzione recante il patto di coprogrammazione e di cogestione, tenuto conto degli esiti della valutazione qualitativa e quantitativa di cui all'articolo 3, comma 7, nonché della relazione elaborata dal case manager.</p>	<p>4. Le risorse del budget di salute sono trasferite per quanto di loro competenza ai soggetti cogestori sulla base dello stato di avanzamento del progetto, certificato trimestralmente dai soggetti che hanno sottoscritto la convenzione recante il patto di coprogrammazione e di cogestione, tenuto altresì conto degli esiti della valutazione qualitativa e quantitativa di cui all'articolo 3, comma 7, nonché della relazione elaborata dal case manager, che potranno però avere una periodicità più ampia dei tre mesi, secondo quanto programmato nel progetto stesso</p>
<p>5. L'impiego delle risorse del budget di salute, al cui controllo di gestione provvede l'ufficio socio-sanitario distrettuale presso il quale è stata istituita l'unità di valutazione integrata di cui all'articolo 3, comma 2, della presente legge, è sottoposto al regime di pubblicità e di</p>	

<p>controllo di cui ai commi da 125 a 129 dell'articolo 1 della legge 4 agosto 2017, n. 124, nonché alle disposizioni dell'articolo 93 del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117. L'ufficio socio-sanitario distrettuale al quale è affidata la gestione del budget di salute dispone i controlli amministrativi e contabili sul corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali attribuite all'ente cogestore.</p>	
<p>6. L'ufficio socio-sanitario distrettuale assicura, altresì, il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, finanziati attraverso il metodo del budget di salute, e trasmette all'osservatorio di cui all'articolo 5 le informazioni richieste dal medesimo, idonee a rilevare e a valutare gli esiti della sperimentazione. In caso d'inadempienza alle disposizioni del presente comma, è fatto divieto alla ASL competente di trasferire ulteriori risorse già destinate al progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.</p>	<p>6. L'ufficio socio-sanitario distrettuale assicura, altresì, il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, finanziati attraverso il metodo del budget di salute, e trasmette all'osservatorio di cui all'articolo 5 le informazioni richieste dal medesimo, idonee a rilevare e a valutare gli esiti della sperimentazione. In caso d'inadempienza alle disposizioni del presente comma, è fatto divieto alla ASL competente di trasferire ulteriori risorse già destinate al progetto, salva l'eventuale responsabilità contrattuale della Asl verso gli altri enti gestori e gli altri firmatari del progetto e del patto di corresponsabilità.</p>
<p>Art. 5.</p>	<p><i>(idem)</i></p>
<p>(Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati)</p>	
<p>1. Il Ministro della salute, con proprio decreto da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituisce un osservatorio che provvede, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, a monitorare l'introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e a verificare i risultati conseguiti sulla base di rilevazioni periodiche semestrali e della documentazione trasmessa dagli uffici socio-sanitari distrettuali.</p>	
<p>2. La composizione e i compiti dell'osservatorio, nonché gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti sono individuati nell'ambito dell'intesa di cui all'articolo 2, comma 1.</p>	
<p>3. L'osservatorio pubblica, per ciascun anno della sperimentazione, gli esiti della propria attività nel sito internet istituzionale del Ministero della salute e, al termine della sperimentazione, il Ministro della salute</p>	

presenta una relazione alle Camere	
4. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa nonché delle conclusioni indicate nella relazione di cui al comma 3 del presente articolo, le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individuano misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del budget di salute, ai sensi della presente legge, per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 dell'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502	