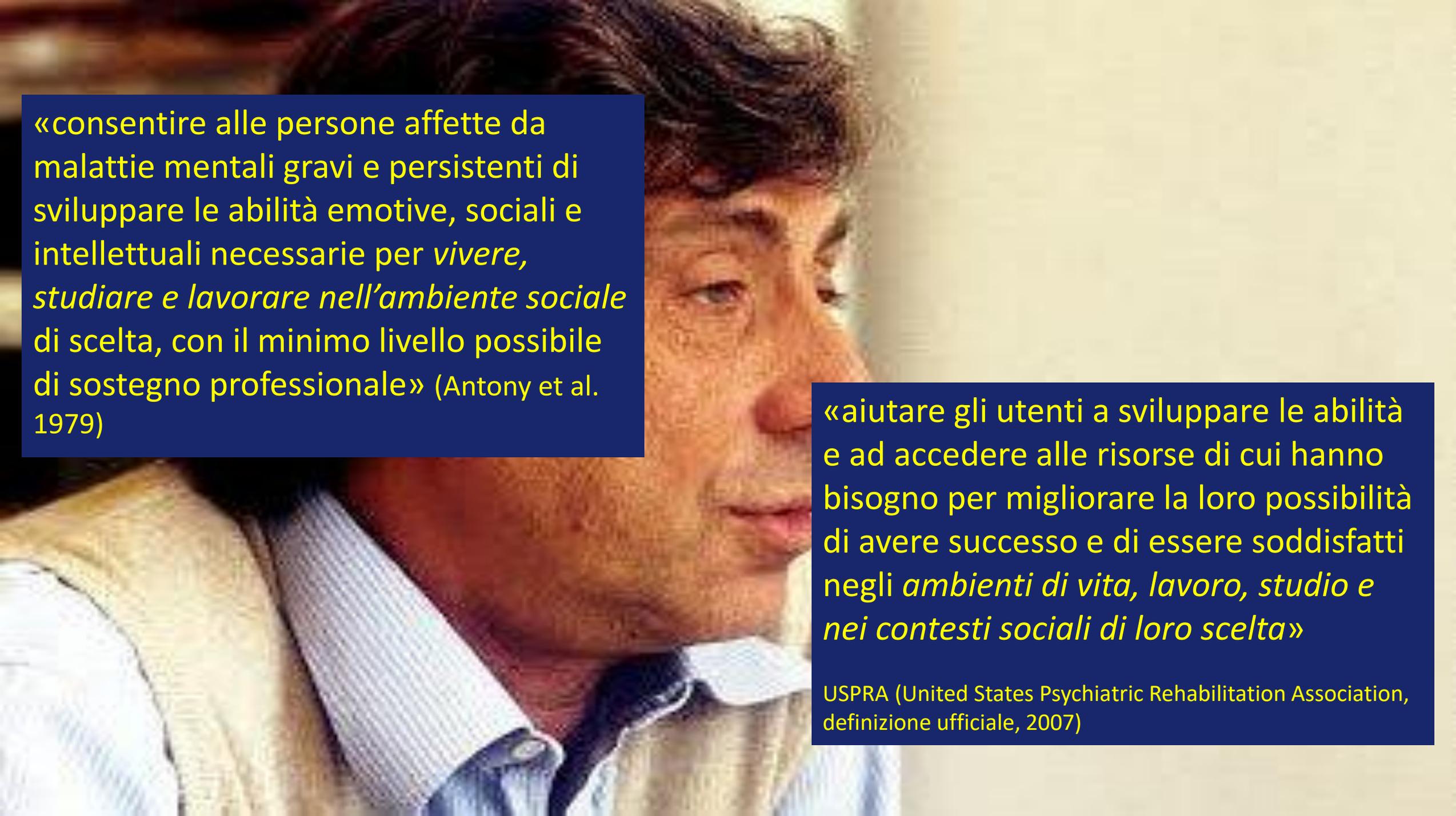


# SALUTE

*Una proposta innovativa per la riabilitazione e  
l'inclusione nel campo della salute mentale*



«consentire alle persone affette da malattie mentali gravi e persistenti di sviluppare le abilità emotive, sociali e intellettuali necessarie per *vivere, studiare e lavorare nell'ambiente sociale* di scelta, con il minimo livello possibile di sostegno professionale» (Antony et al. 1979)

«aiutare gli utenti a sviluppare le abilità e ad accedere alle risorse di cui hanno bisogno per migliorare la loro possibilità di avere successo e di essere soddisfatti negli *ambienti di vita, lavoro, studio e nei contesti sociali di loro scelta*»

USPRA (United States Psychiatric Rehabilitation Association, definizione ufficiale, 2007)

# • INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

## D.P.C.M. 14 FEBBRAIO 2001 ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO IN MATERIA DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE. ART 3 DEFINIZIONI

### • **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**

- le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale.

- **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:** tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni

# • INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

## «PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE»

D.P.C.M. 14 FEBBRAIO 2001

ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO IN MATERIA DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE. ART3

- Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad **elevata integrazione sanitaria** di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria
- Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'**inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza**, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla **preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza**. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria **sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario.**

# NUOVI LEA (DPCM 12 GENNAIO 2017)

- **Capo IV Assistenza sociosanitaria**
  - **Art. 21 Percorsi assistenziali integrati**
  - 1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.
  - 4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale **sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio**, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali

- INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
- BUDGET DI SALUTE

«E' finalizzato a creare un **legame tra il sistema di cura e la comunità locale** e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi»

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

# IL BUDGET DI SALUTE

- «attivazione **non solo dei soggetti istituzionali, ma anche della comunità nel suo complesso**, ovvero di tutti quei micro e macro sistemi auto-organizzati (associazioni, comitati di quartiere, organizzazioni di promozione sociale, cooperative...)
- (Fabrizio Starace, “Manuale pratico per l’integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute”, Carocci, 2011)

- INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
- BUDGET DI SALUTE

«E' pertanto la risposta tecnica che consente di contrastare, e, se possibile, prevenire la cronicizzazione istituzionale e familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali»

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

## IL BUDGET DI SALUTE

«Si parla quindi di “**comunità solidale**”, o di “**welfare community**”, per indicare un modello di politica **sociosanitaria** che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune».

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

# IL BUDGET DI SALUTE

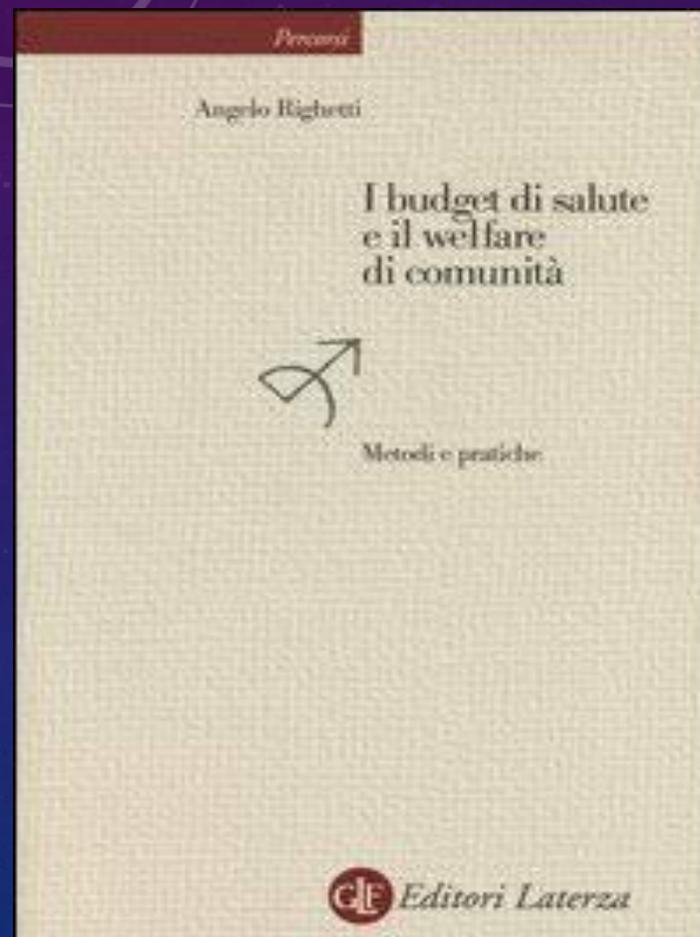
- «**Welfare a carattere comunitario**, si colloca quindi nel passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale **produrre benessere, e con esso salute, diventa un compito anche della società civile**, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario; fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo, divenendo innesco di sviluppo umano ed economico locale.»
- (Angelo Righetti, «I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche», Laterza, 2013)

# MANUALE PRATICO PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il modello del Budget di salute  
A cura di Fabrizio Starace

Carocci **Faber**

LE PROFESSIONI SANITARIE





## Delibera della Giunta Regionale n. 483 del 21/09/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 3 Interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente 'deboli'

Oggetto dell'Atto:

DISCIPLINA E DEFINIZIONE DEI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INDIVIDUALI REGIONALI SOSTENUTI CON BUDGET DI SALUTE. ADOZIONE LINEE GUIDA AI SENSI DELL'ART. 46 DELLA LEGGE REGIONALE N. 1/2012.



REGIONE CAMPANIA

## LINEE GUIDA

*Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario attraverso la metodologia dei "Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute"*

## n.45 del 24.02.2016 periodico (Parte Seconda)

Regione Emilia-Romagna

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 OTTOBRE 2015, N. 1554

**Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute**

## LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate

la propria deliberazione n. 313/2009 "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011" che delinea la programmazione regionale del settore in ambito sanitario e socio-sanitario prevedendo, tra gli altri, azioni volte a qualificare i processi assistenziali e la promozione della salute mentale sul territorio, favorendo il passaggio da una pratica centrata quasi esclusivamente sulle strutture residenziali, a progetti di cura personalizzati, basati sulla valutazione multidisciplinare dei bisogni specifici di salute e di reinserimento sociale;

la deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 117/2013 "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014" che ha prorogato la validità del Piano sociale e sanitario regionale 2008- 2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, per gli anni 2013 e 2014;

le deliberazioni di Giunta regionale n. 478/2013 e n. 805/2014 con le quali si è provveduto ad attuare una rimodulazione delle risorse per il "Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.", destinandole ad attività di tipo sociosanitario per la popolazione afferente ai Centri di Salute Mentale (CSM), in relazione agli indirizzi contenuti nel citato Piano attuativo salute mentale (DGR 313/2009);

Considerato che nelle citate deliberazioni n. 478/2013 e n. 805/2014 una quota del finanziamento previsto per il "Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP." è stata destinata al programma innovativo Budget di salute finalizzato a supportare in tutti i Centri di Salute Mentale la sperimentazione di progetti riabilitativi personalizzati di supporto alla domiciliarità e di accompagnamento territoriale, in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale;

Richiamate

la propria deliberazione n. 901/2015, "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015" ed, in particolare, il punto 3.4.2.1 dell'Allegato A, parte integrante del provvedimento medesimo, che nell'ambito degli obiettivi specifici della programmazione sanitaria regionale anno 2015 indica il Budget di salute quale strumento prioritario per l'assistenza socio-sanitaria per i pazienti della Salute Mentale;

la propria deliberazione n. 1240/2015 che nel riparto e assegnazione alle Aziende sanitarie delle risorse per il "Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP. 2015" ha previsto che la quota "Fondo per l'autonomia possibile - salute mentale", destinata agli interventi socio-sanitari a bassa intensità per pazienti dei Centri di Salute Mentale, deve essere utilizzata prioritariamente per progetti riabilitativi personalizzati da attuare con la metodologia del Budget di salute;

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI  
CON LA METODOLOGIA BUDGET DI SALUTE**

Nel 2011 la Consulta regionale per la salute mentale ha istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende Usl e della Regione per approfondire la metodologia del Budget di salute. Questo lavoro si sviluppava dalla necessità di rispondere ai bisogni socio-sanitari di utenti che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi terapeutico-riabilitativi offerti dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP). Le valutazioni multi professionali realizzate nelle residenze psichiatriche evidenziavano una quota di pazienti che tendevano a permanere anche quando il programma era concluso e non vi era più alcuna spinta o prospettiva evolutiva, con il rischio di aggravare la cronicità, facilitare l'insorgenza di sindromi istituzionali e processi di regressione degli utenti<sup>1</sup>. Si evidenziava, inoltre, per i pazienti affetti da disturbi mentali gravi che rimanevano nel loro domicilio, da soli o in famiglia, il rischio di abbandono o di istituzionalizzazione, non solo per variazioni/aggravamento del quadro psicopatologico, ma anche a seguito di eventi di vita (solitudine, povertà, perdita dei genitori ecc.) che impattano sul funzionamento sociale della persona.

Il documento pertanto intende valorizzare Il Budget di Salute (BdS) che si configura come strumento innovativo in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria, basate sulle seguenti premesse:

- necessità di realizzare progetti sempre più personalizzati con risposte adeguate alle problematiche specifiche della situazione trattata ponendo al centro i bisogni della persona;
- necessità di garantire una effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi con il fine di fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;

<sup>1</sup> Regione Emilia-Romagna, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, *L'attività di rivalutazione degli inserimenti residenziali condotta dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare nel territorio della Regione Emilia-Romagna*, 2010.

## SOMMARIO

### CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI

- Art. 1** - (Oggetto)
- Art. 2** - (Finalità)
- Art. 3** - (Definizione del sistema integrato)
- Art. 4** - (Obiettivi)
- Art. 5** - (Principi e criteri organizzativi)
- Art. 6** - (Accesso al sistema integrato)
- Art. 7** - (Diritti degli utenti)
- Art. 8** - (Sistema integrato e welfare comunitario)
- Art. 9** - (Piano personalizzato di assistenza)

### CAPO II - POLITICHE DEL SISTEMA INTEGRATO

- Art. 10** - (Politiche in favore delle famiglie e dei minori)
- Art. 11** - (Politiche in favore di bambini e adolescenti per la prevenzione del trattamento del disagio psicopatologico)
- Art. 12** - (Politiche in favore delle persone con disabilità e delle persone con disagio psichico)
- Art. 13** - (Politiche in favore delle persone anziane)
- Art. 14** - (Politiche in favore degli immigrati e di altre minoranze)
- Art. 15** - (Politiche in favore delle persone vittime di violenza e maltrattamenti e delle donne gestanti o madri in situazione di disagio sociale)
- Art. 16** - (Politiche in favore delle persone sottoposte a provvedimenti penali)
- Art. 17** - (Politiche in favore delle persone dimesse dagli ospedali psichiatrici giudiziari)
- Art. 18** - (Politiche in favore delle persone senza dimora)
- Art. 19** - (Politiche per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze)
- Art. 20** - (Politiche abitative e rigenerazione urbana)
- Art. 21** - (Politiche per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate)

## Art. 53

### (Preso in carico integrato della persona e budget di salute)

Il piano personalizzato, in presenza di bisogni complessi della persona che richiedono l'intervento di diversi servizi ed interventi socio-sanitari, sanitari e socio educativi, è predisposto da apposita unità valutativa multidisciplinare, attivata dal PUA, in collaborazione con l'assistito ed eventualmente con i suoi familiari, in base ad una valutazione multidimensionale della situazione, tenendo conto della natura del bisogno, della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale.

Il piano personalizzato di cui al comma 1 individua gli obiettivi da raggiungere, gli interventi di tipo sociale, sanitario e socio-sanitario, le figure professionali ad essi preposti, responsabile del caso preposto al loro coordinamento, le modalità e le tempistiche di attuazione, nonché i relativi costi e la loro ripartizione tra le aziende sanitarie locali e comuni e l'eventuale partecipazione dell'utente. Il piano personalizzato, nel corso della durata dell'intervento assistenziale, può subire modifiche e integrazioni orientate a perfezionare il raggiungimento degli obiettivi fissati. Le misure di prevenzione del fenomeno dell'interruzione delle cure al momento delle dimissioni da strutture sanitarie e dei ricoveri impropri, sono attivati percorsi domiciliari di continuità assistenziale che garantiscono la prosecuzione delle cure e delle prestazioni sanitarie in forma integrata con le prestazioni sociali. La Regione disciplina i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie locali garantiscono l'integrazione delle prestazioni e distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza e, nel rispetto del principio di sussidiarietà, garantisce la complementarità tra gli erogatori delle prestazioni sociosanitarie, promuove la centralità e la partecipazione del cittadino e la responsabilità della presa in carico da parte del personale dell'azienda erogatrice, nel rispetto del principio di sussidiarietà, del settore, utenti e loro familiari.



# IL BUDGET DI SALUTE: AMBITI DI INTERVENTO

- sostegno della **domiciliarità**, per affiancare l'utente nella gestione dell'abitazione
- sostegno dell'orientamento della formazione e dell'inserimento al **lavoro**
- interventi a sostegno **dell'integrazione e dell'inclusione sociale.**
- (Angelo Righetti, «I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche», Laterza, 2013)

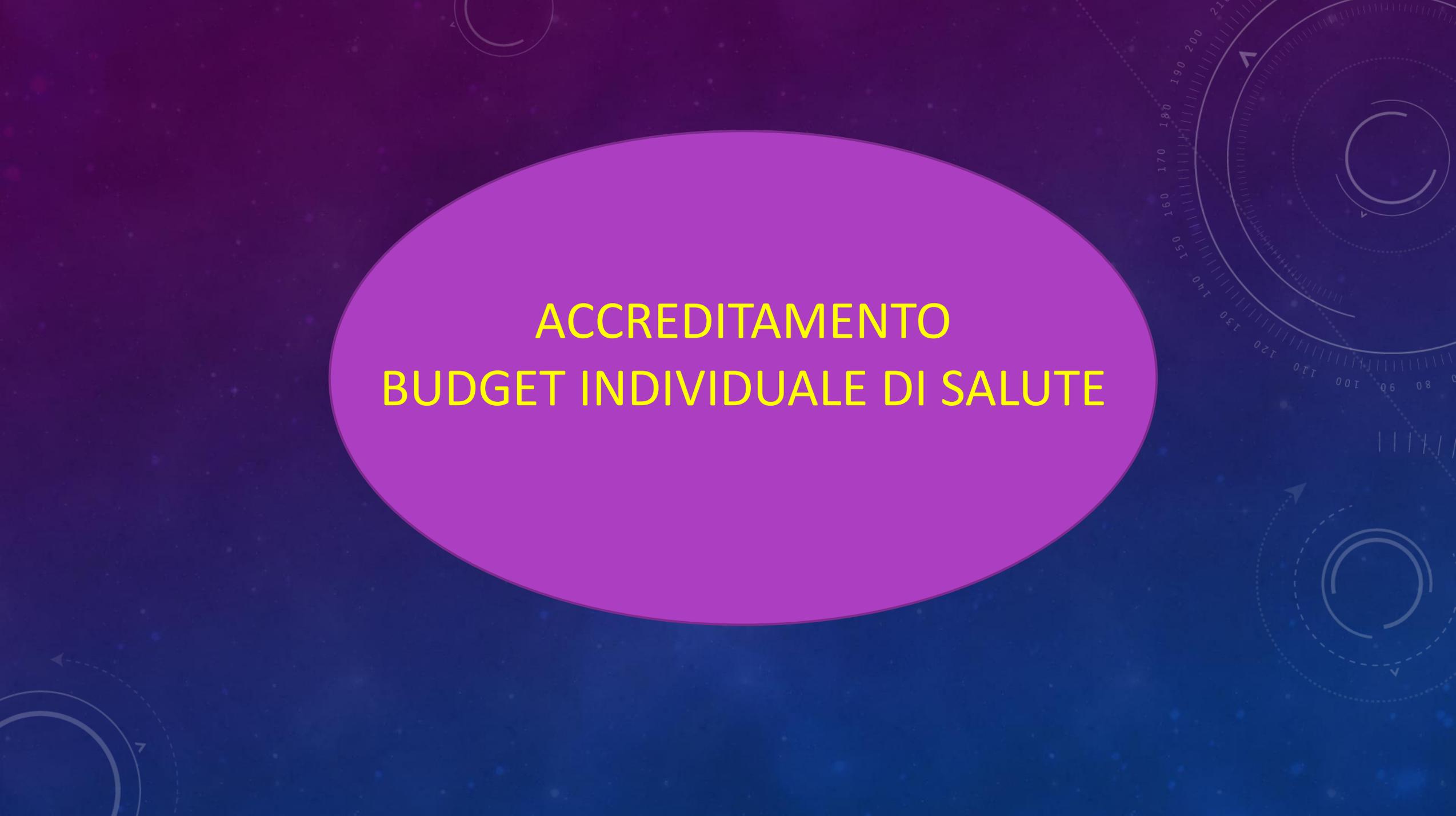
# IL BUDGET DI SALUTE

- *«una sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo **individuale**, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione **partecipano** il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità»*
- (Fabrizio Starace, “Manuale pratico per l’integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute”, Carocci, 2011)

# IL BUDGET DI SALUTE

- «i servizi pubblici **non delegano** la gestione di competenze proprie **ma ricorrono alla partnership** del privato sociale/imprenditoriale secondo un modello di **co-progettazione e co-gestione**, in cui mantengono la regia complessiva dei progetti. Inoltre il Budget di salute, attraverso la partecipazione attiva di pazienti e familiari promuove/restituisce contrattualità e ruolo attivo, che di per sé ha valenza terapeutica.
- »
- (Fabrizio Starace, “Manuale pratico per l’integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute”, Carocci, 2011)

- Standard Vs Individuale-Personalizzato
- Prestazione Vs Com-partecipazione
- Delega Vs co-progettazione e co-gestione

The background is a dark blue gradient with faint, light blue technical graphics. On the right side, there are several circular gauges or dials with numerical scales (e.g., 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210) and arrows. There are also dashed lines and other circular patterns scattered across the background. In the center, a large, solid purple oval contains the text.

# ACCREDITAMENTO BUDGET INDIVIDUALE DI SALUTE

# Appendice

## A.1. Schema di avviso pubblico per la ricerca di cogestori di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati sostenuti dai Budget di salute

### Art. 1

#### *Finalità e aspetti generali dell'avviso*

Il presente avviso ha per oggetto la costituzione, l'aggiornamento e l'ampliamento continuo di un elenco di compagini sociali disponibili alla cogestione di Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) in favore dei cittadini dell'ASL \_\_\_\_\_ e dei relativi ambiti territoriali sociali, *in condizioni di disabilità e di bisogno sociosanitario concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali.*

Nel ribadire che nelle condizioni sopra descritte risulta *in tutti i casi indispensabile la definizione del PTRI da parte dell'Unità di valutazione integrata (UVI)*, si sottolinea che tale definizione *non implica necessariamente l'attivazione di un progetto di cogestione ai sensi del presente avviso*, laddove la presa in carico da parte delle Unità operative (UO) competenti del servizio pubblico (ASL e Comuni) garantisca adeguate risposte ai bisogni evidenziati dall'UVI attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni.

Lo strumento per realizzare la cogestione dei PTRI è individuato nel Budget di salute (BDS). Il BDS rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per promuovere e sostenere un processo volto a restituire alla persona affetta da disabilità e in condizioni di bisogno sociosanitario un funzionamento personale, relazionale, produttivo e sociale.



REGIONE CAMPANIA  
Azienda Sanitaria Locale Benevento

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**

Di concerto con gli **AMBITI TERRITORIALI**

- B01 – BENEVENTO**
- B02 – SAN GIORGIO DEL SANNIO**
- B03 – MONTESARCHIO**
- B04 – CERRETO SANNITA**
- B05 – MORCONE**

**AVVISO PUBBLICO**

**PER LA RICERCA DI COGESTORI DI  
PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI INDIVIDUALI  
SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE**

ID 16SER016

DISCIPLINARE DI GARA A PROCEDURA APERTA AI  
SENSI DELL'ART. 60 DEL D. LGS. N. 50/2016 PER  
L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI RELATIVI ALLA  
REALIZZAZIONE DI BUDGET INDIVIDUALI DI SALUTE  
A SOSTEGNO DI PROGETTI RIABILITATIVI  
PERSONALIZZATI (PRP - AZIENDA SANITARIA  
UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE E AZIENDA  
PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 5 FRIULI  
OCCIDENTALE

- art. 1 Modalità di gara
- art. 2 Requisiti di partecipazione
- art. 3 Procedure di trasmissione dell'offerta
- art. 4 Documenti di partecipazione
- art. 5 Soccorso istruttorio
- art. 6 Caratteristiche dell'offerta economica
- art. 7 Procedura di individuazione della migliore offerta
- art. 8 Requisiti tecnici
- art. 9 Criteri e parametri per la valutazione delle offerte
- art. 10 Richiesta informazioni
- art. 11 Rinvio allo Schema di Convenzione

- Le risorse che compongono il Budget di Salute individuale sono:
- a) **budget ASL**: risorse di cura messe a disposizione dal DSM/ASL attraverso le proprie strutture organizzative e/o attraverso altro soggetto co-gestore.
- b) **budget dell'Ente Locale/Consorzio**: risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale/Consorzio attraverso le proprie strutture organizzative (prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc..)
- c) **budget dell'assistito**: risorse della persona titolare del progetto, economiche e materiali, relazionali e familiari
- d) **budget della comunità locale**: risorse economiche e relazionali messe a disposizione dal volontariato, gruppi e associazioni.

(rapporto Ires «Salute mentale in Piemonte» 2017)

# IL BUDGET DI SALUTE. ASPETTI PROCEDURALI

- «L'integrazione sociosanitaria richiama, tra i vari aspetti, il tema della ripartizione economica. I LEA definiscono la differenziazione della spesa in termini percentuali tra i due sistemi, ma sappiamo bene che nella loro applicazione concreta, spesso la divisione delle competenze risulta difficilmente individuabile con la stessa nettezza e talvolta l'esito è un impegno insostenibile, per enti e utenti. Il BdS cerca di dare risposta a questo problema considerando sin dall'inizio del percorso di presa in carico **un solo budget, alimentato dai bilanci sia di parte sociale che sanitaria**».
- (Fabrizio Starace, "Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute", Carocci, 2011)

# IL BUDGET DI SALUTE ASPETTI PROCEDURALI

- «l'attenzione a che la persona possa identificarsi come soggetto produttivo. Per questo ad esempio uno dei meccanismi previsti nella formulazione del BdS è l'**acquisizione dell'individuo come socio lavoratore** da parte di cooperative sociali radicate nel territorio».
- (Fabrizio Starace, "Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute", Carocci, 2011)

# IL BUDGET DI SALUTE ASPETTI PROCEDURALI

- La proposta/idea di avviare un progetto BdS può pervenire da **qualsunque punto** del sistema di soggetti interessati a partecipare al progetto (utente, familiari, operatori sociali o sanitari, MMG/PLS...)
- Viene poi discussa e sviluppata in modo congiunto da psichiatra, assistente sociale, utente, familiari (o amministratore di sostegno), eventuali altri soggetti interessati. La **partecipazione e condivisione con l'utente ed eventuali familiari** (ovvero del tutore/curatore/amministratore di sostegno laddove sia stato nominato) è ritenuta elemento qualificante del percorso.
- (Fabrizio Starace, “Manuale pratico per l’integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute”, Carocci, 2011)

# IL BUDGET DI SALUTE ASPETTI PROCEDURALI

- L'**UVM** è costituita da una **componente fissa** (Direttore del DSM o suo delegato e Dirigente del Servizio Sociale o suo delegato) ed una **componente variabile definita caso per caso**: - - psichiatra ed assistente sociale di riferimento, infermiere di riferimento ed eventuali altri operatori, MMG/PLS, il paziente, i familiari, l'eventuale AdS) .
- L'UVM ha il compito di valutare le proposte di progetto Budget di Salute, di verificarne l'appropriatezza in termini di coinvolgimento e condivisione di tutti i partners interessati, di costruire sinergie e/o complementarietà tra proposte relative a persone diverse.
- (Fabrizio Starace, "Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute", Carocci, 2011)

- Utenti in cura presso i servizi di salute mentale: **56.770** (rapporto Ires «Salute mentale in Piemonte» 2017)
- Utenti inseriti in strutture residenziali: **2.985** (Dgr 29, 2016)
- Stima n° utenti «con *disturbi gravi e persistenti, a rischio di perdita del diritto di cittadinanza*» **11.000** (0,25% prevalenza annuale, Ruggeri et al, 2000, BJP)
- **OBIETTIVO DGR 29**: 10% riconversione l'anno per due anni= 300 utenti residenziali dimessi/anno in domiciliarità + 300 progetti alternativi /anno

REGIONE PIEMONTE BU40 06/10/2016

Deliberazione della Giunta Regionale 19 settembre 2016, n. 29-3944

**Revisione della residenzialita' psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 -1517/2015 e s.m.i.**

A relazione degli Assessori Ferrari, Saitta:

- introdurre elementi di riconversione dell'offerta di servizi residenziali in direzione di un potenziamento dei servizi domiciliari. In tale ambito, la Regione entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento, intende promuovere la domiciliarità psichiatrica mediante la revisione e regolamentazione di tale tipologia di intervento;
- cadenzare le tappe del riordino dei servizi residenziali in un percorso temporale sufficiente a consentire la ricollocazione dei pazienti inseriti, la riconversione delle strutture residenziali, la riqualificazione degli operatori in possesso di titoli professionali non corrispondenti;
- avviare un percorso di rafforzamento della governance dei servizi psichiatrici regionali e di monitoraggio della loro attività attraverso l'osservatorio salute mentale a livello regionale e un coordinamento tecnico dei servizi a livello territoriale, organismi incaricati di realizzare strumenti informativi e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanità e welfare, allo scopo di garantire equità nell'erogazione dei servizi, definire le migliori strategie e linee di intervento degli stessi e operare le necessarie riconversioni;
- istituire un tavolo di monitoraggio sull'applicazione della delibera rispetto alla salute dei pazienti e anche al sistema tariffario e ai risvolti occupazionali nel settore della residenzialità psichiatrica. Tale tavolo sarà composto dai soggetti portatori di interessi sul territorio piemontese e sarà istituito entro 90 giorni dalla pubblicazione della delibera

## Allegato A – Piano di azione per la salute mentale in Piemonte

Con la DGR 30 dicembre 2013, n. 25 - 6992 (Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012) la Regione Piemonte ha assunto l'impegno di realizzare, nell'arco di un triennio, le seguenti azioni:

- Riorganizzazione dell'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici per intensità di cura;
- Definizione, anche in conformità alle indicazioni di cui all'accordo ed ai documenti attuativi dello stesso, dei requisiti strutturali - organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali, ovvero, laddove già previsti, l'adeguamento dei relativi atti regionali, la revisione del fabbisogno di posti letto e determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.

Il percorso di attuazione delle azioni concordate era così stabilito:

- Delibera di Giunta per disciplinare gli attuali gruppi appartamento (come dal citato documento AGENAS - GISM del 25/03/2013) in Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi, suddivise in 3 tipologie a bassa intensità assistenziale, con definizione dei requisiti autorizzativi, di vigilanza e tariffa giorno/utente con applicazione del DPCM 29/11/2001, entro febbraio 2014;
- Delibera di Giunta sul fabbisogno regionale e aziendale di posti letto suddiviso per tipologia di struttura. Solo successivamente una D.G.R. con i requisiti di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (ex gruppi appartamento), tra il giugno 2014 e il dicembre 2014;
- In seguito provvedimenti regionali finalizzati ad un generale riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (definizione delle tariffe per le altre tipologie di strutture, obbligo di inserimento esclusivamente in strutture autorizzate ed accreditate e riservate ai soli pazienti psichiatrici, tempi di permanenza in struttura, inserimento dei pazienti in strutture nel territorio delle ASL di residenza);
- Adempimento Lea aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS – SISM, entro il 31/12/2013;
- Riconversione di almeno il 10% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2014;
- Riconversione di almeno il 20% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2015.

La Dgr 3 giugno 2015, n. 30 - 1517, per mitigare la rigidità e l'ineluttabilità del percorso di riordino progettato dai Programmi Operativi, ha previsto un processo di ricognizione delle caratteristiche dei pazienti inseriti nelle residenze da utilizzare per la definizione dei fabbisogni e per avviare, accanto alla riconversione delle strutture, anche un processo di ricollocazione più appropriata dei pazienti.

Le informazioni prodotte dal lavoro di ricognizione sulle caratteristiche delle strutture residenziali e sui bisogni dei pazienti ricoverati hanno fatto emergere alcune criticità che possono essere così sintetizzate:

- presenza di un elevato numero di pazienti inseriti in modo non appropriato al loro livello di bisogno (pazienti autosufficienti inseriti in RSA, pazienti cronici ricoverati da lungo tempo in strutture riabilitative, elevato numero di pazienti residenti in altre regioni);

# STUDIO PERDOVE\* (2014)

23 strutture residenziali in tutta Italia (Fatebenefratelli)

403 utenti

dimessi dopo 1 anno: 25,8%

di cui, a casa propria: 13,6% (% drop out ?)

in altre SR: 8,2%

abitazione autonoma supportata: 2,2%

prigione: 1,55%

predizioni dei clinici circa la dimissibilità: per lo più erronee

\*De Girolamo, G et al Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014 Jan;49(1):157-67

### Alto utilizzo di strutture non psichiatriche

STRUTTURE non PSICHIATRICHE giornate di degenza x 10.000 abitanti		
Piemonte	Italia	Scostamento %
227	88	

### Basso turn over in strutture psichiatriche

STRUTTURE PSICHIATRICHE utenti dimessi x 10.000 abitanti		
Piemonte	Italia	Scostamento %
0,40	2,94	-635,00

L'utilizzo della residenzialità risulta difforme tra le ASL, a dispetto del numero assoluto sia per la scelta della tipologia di prestazioni che per la tipologia di pazienti.

L'opzione della residenzialità risulta più diffusa nelle ASL con popolazione residente.

0,40 utenti dimessi/10 mila abitanti  
per 4.400.000 abitanti= 176 utenti  
(5,85% del totale utenti in  
residenzialità)

(rapporto Ires «Salute mentale in Piemonte» 2017)

Le tariffe sono inclusive degli oneri fiscali e sono state calcolate valutando gli effetti indotti dai mutamenti intervenuti per le aliquote IVA e di quanto previsto dai commi 960, 961, 962, 963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

In caso di assenza del paziente presso la struttura è previsto il pagamento della retta giornaliera in quota ridotta, ossia in quota parte pari a € 32 che riguarda la copertura dei costi alberghieri e di supporto e comunque sino ad un massimo di 30 giorni consecutivi; dopo tal periodo si dovrà procedere alla dimissione del paziente. A riguardo si prevede, inoltre, la possibilità di una eventuale deroga, che dovrà essere autorizzata preventivamente dall'ASL del territorio di riferimento, per i pazienti che richiedono l'accoglienza presso altre strutture per periodi superiori al fine di rispondere a particolari esigenze di natura clinica e assistenziale disposte di concerto con il medico curante.

I C.S.M. inserenti possono prevedere per il paziente inserito in struttura S.R.P.3 ulteriori interventi terapeutico riabilitativi purché dettagliati nel P.T.I., in termini di obiettivi e relativi tempi di realizzazione. Tali prestazioni sono erogate al di fuori delle attività residenziali tipiche della struttura S.R.P.3, sono gestite sotto la responsabilità del D.S.M. e non possono costituire motivo di integrazione con la retta applicata all'interno dalla struttura residenziale.

Ciascuna tariffa individuata per gli inserimenti in S.R.P. 3 per interventi socioriabilitativi prevede una percentuale dei costi a carico del Fondo Sanitario Regionale pari al 40% e una percentuale a carico dell'utente e/o del Comune pari al 60%, in applicazione del D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

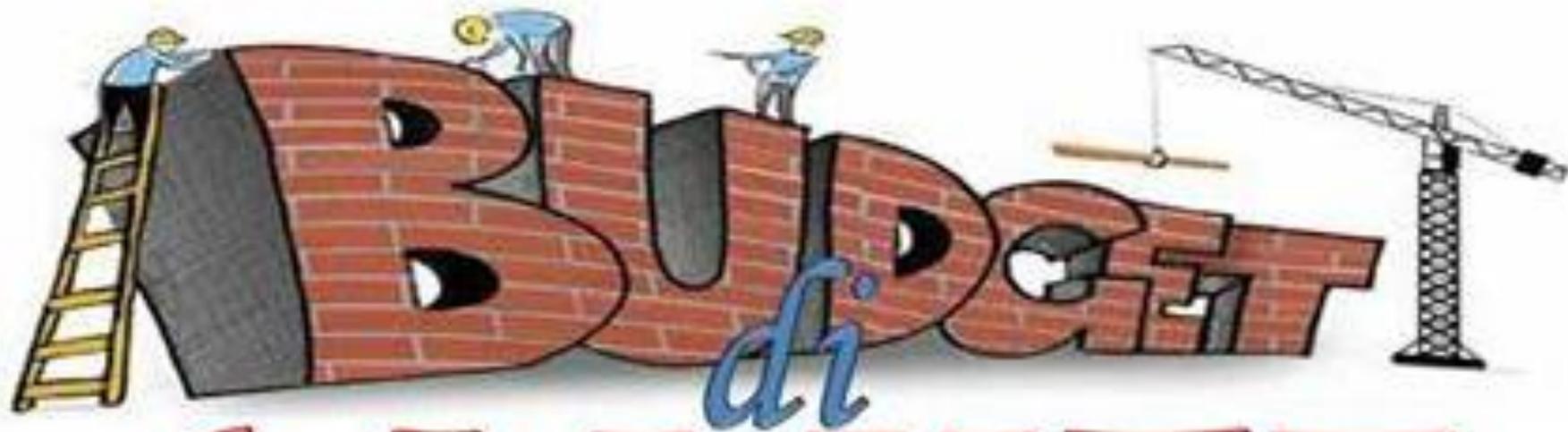
«La centralità della persona deve orientare il progetto individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale esplicitati *ex ante*, valutabili come aree di carenza su cui investire (apprendimento/espressività, casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità).

In tale direzione converge l'ampia mole di studi i quali, univocamente, segnalano che **le prognosi positive**, per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche o a vulnerabilità bio-psico-sociali, **sono più significativamente correlate con il funzionamento dei soggetti nelle aree citate piuttosto che con la diagnosi o la terapia medica**».

\*Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di).

Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione, Suppl., 28, 3, 2004.

- Personalizzazione
- Com-partecipazione
- Co-progettazione e co-gestione



# SALUTE

*Una proposta innovativa per la riabilitazione e  
l'inclusione nel campo della salute mentale*