

Giunta Regionale della Campania



Il Presidente

*Commissario ad Acta per la prosecuzione
del Piano di rientro del settore sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 23.04.2010)*

DECRETO N. 16 DEL 11.02.2013

Oggetto: Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione Linee Guida ai sensi dell'art. 46 della L.R. n. 1/2012. Presa d'atto DGRC n. 483/2012.

PREMESSO che

- a) Con la DGRC n. 460 del 20 marzo 2007 la Giunta Regionale della Campania ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180) della legge n. 311/2004;
- b) In data 24 luglio 2009 la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento, a norma dell'art. 4, comma 2) del D.L. 1 ottobre 2007 n. 159 convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n. 222;
- c) Con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione dello stesso;
- d) Con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro e, successivamente, con delibera del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dr. Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dr. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta.

RILEVATO CHE

- a. la Regione Campania con la L.R. n. 1/2012 all'art. 47 ha disciplinato la procedura integrata tra AASSLL e Comuni singoli associati in Ambiti Territoriali, ai sensi della L.R. 11/2007, per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie;
- b. la Giunta Regionale della Campania con la DGRC n. 50/2012 ha proceduto all'attuazione della procedura indicata nella L.R. n. 1/2012 approvando lo schema di convenzione da stipulare per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie e la definizione del relativo finanziamento ripartito tra competenze a carico delle AASSLL e dei Comuni singoli associati in Ambiti territoriali i quali



Foglio n.:.....

Giunta Regionale della Campania

potranno richiedere agli utenti la compartecipazione al costo delle prestazioni di competenza sociale attraverso l'approvazione di apposito regolamento disciplinato secondo i criteri indicati nel DCA n. 6/2010.

Preso atto

- a. del lavoro congiunto effettuato dai competenti uffici dell'AGC 18 e 20, in esecuzione di quanto disciplinato nella L.R. 1/2012, redigendo apposite "Linee Guida" per l'attuazione dei PTRI secondo la metodologia del Budget di Salute.

Considerato che

- a. in applicazione delle predette Linee Guida, tutti i rapporti instaurati tra AA.SS.LL., Ambito Territoriale e soggetti privati non generano alcun accreditamento istituzionale, né determinano alcun presupposto per il rilascio dello stesso;
- b. l'attività da realizzare è di tipo domiciliare da svolgersi anche in abitazioni, messe a disposizione dai soggetti cogestori per i gruppi di convivenza, in possesso di certificato di idoneità abitativa nel rispetto del numero di ospiti in esso indicato non superiore alle sei unità;
- c. tutte le attività realizzate in applicazione delle predette Linee Guida costituiscono debito informativo delle AA.SS.LL. e degli Ambiti Territoriali nei confronti della Regione Campania in relazione ai flussi informati dedicati;
- d. che tutto quanto previsto dal presente atto è finalizzato alla riduzione dei livelli di inappropriatazza delle prestazioni sanitarie attraverso la loro riqualificazione da includere nei PTRI con Budget di Salute;
- e. che dette attività, ai fini del rientro dal disavanzo sanitario, non devono costituire incremento di spesa.

RILEVATO CHE

- a. la Giunta Regionale della Campania con DGRC n. 483 del 21/09/2012, pubblicata sul BURC n. 63 del 1° ottobre 2012, ha approvato le Linee Guida sui PTRI ai sensi dell'art. 46 della L.R. 1/2012;
- b. in data 25/09/2012 la DGRC 483/2012 è stata inviata, per quanto di competenza, al Segretario Generale del Consiglio Regionale della Campania per l'acquisizione del parere;
- c. in data 03/10/2012 il Segretario Generale ha assegnato l'atto de quo alla V Commissione Consiliare Permanente "Sanità e Sicurezza Sociale" del Consiglio Regionale della Campania per il parere di competenza;
- d. con nota prot. 418/c del 23 gennaio 2013 il coordinatore dell'AGC affari generali della giunta regionale ha comunicato la conclusione del procedimento di cui all'art. 46 comma 2) della L.R. n. 1/2012, così come disciplinato dal Regolamento del Consiglio Regionale della Campania.

RITENUTO OPPORTUNO

- a. prendere atto della DGRC n. 483/2012 e dell'esito della procedura di cui all'art. 46 comma 2) della L.R. n. 1/2012;



Foglio n:.....

Giunta Regionale della Campania

- b. trasmettere il presente atto al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia, riservandosi di apportare le consequenziali modificazioni o integrazioni in caso di eventuali prescrizioni dei Ministeri affiancanti.

DECRETA

- 1) Di prendere atto della DGRC n. 483 del 21/09/2012 con allegato;
- 2) Di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia, riservandosi di apportare le consequenziali modificazioni o integrazioni in caso di eventuali prescrizioni dei Ministeri affiancanti.

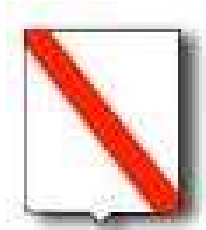
Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il funzionario istruttore
Dott. Biagio Zanfardino

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli dell'A.G.C. 20
Dott.ssa Rosanna Romano

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19 ad interim A.G.C. 20
Dott. Albino D'Ascoli

Il Commissario ad acta
Stefano Caldoro



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***

INDICE

• Introduzione	pag. 3
• Lo Scenario, L'obiettivo e Le Strategie	pag. 4
• Elementi caratterizzanti i PTRI	pag. 5
• Gli Obiettivi e I Destinatari Del Budget Di Salute	pag. 7
• Ruolo del Pubblico e del Privato nella Gestione del PTRI	pag. 7
• Le Tre Aree/Diritti	pag. 8
• Integrazione Tra Le Aree	pag. 10
• Intensità dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali e Corrispondenti Livelli di Investimento Economico: Sistemi Tariffari e Priorità nell'accesso	pag. 10
• Figure Professionali Previste Nei Ptri Con Budget Di Salute	pag. 11
• L'Unità di valutazione integrata : ruoli compiti e responsabilità	pag. 11
• La scelta dell'Ente Cogestore	pag. 12
• Continuità Assistenziale Del Servizio Pubblico	pag. 13
• Temporalità	pag. 13
• Indirizzi per la Definizione del Bando per l'individuazione dei soggetti Cogestori	pag. 13
• Consulta Aziendale del Terzo Settore	pag. 14

Introduzione

Le presenti linee guida si collocano nell'ambito dei programmi di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria e sociale che la Regione Campania realizza per il governo delle attività sanitarie, sociali e socio-sanitarie territoriali, nel suo ruolo di promozione dei diritti di cittadinanza delle persone e di tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della comunità.

Per contrastare e prevenire gli esiti invalidanti delle malattie, dell'abbandono e finanche di alcuni metodi di cura (si consideri, in proposito, l'ampia letteratura sulle conseguenze invalidanti dell'istituzionalizzazione protratta), è necessario implementare azioni e strumenti, non solo inerenti alla malattia e alle tecniche di cura specifiche, ma fondati su interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali¹.

In quest'ottica attenta agli elementi costitutivi della salute, gli interventi più appropriati ed efficaci sono riferibili alla promozione, costruzione (e/o ricostruzione) e mantenimento, dell'apprendimento, dell'habitat sociale, della casa, della formazione e del lavoro, delle relazioni interpersonali (al tempo stesso tra i più significativi determinanti sociali della salute e diritti fondamentali di cittadinanza); ma quest'obiettivo è raggiungibile attraverso metodologie d'investimento, riconversione e redistribuzione delle risorse basate sulla ricontrattualizzazione e responsabilizzazione delle persone, sulla consapevolezza competente dell'importanza dei legami interumani, sociali e d'oggetto.

Diventa necessario, pertanto, da parte delle istituzioni sanitarie e sociali, il superamento dell'istituzionalizzazione delle fragilità, con interventi concreti a sostegno dell'habitat sociale, della formazione e del lavoro. Interventi che siano in grado di modificare le prognosi delle persone affette da esiti invalidanti di malattie croniche e cronico-degenerative e di aumentare l'aspettativa e la qualità della salute, per le persone che versano in condizioni di rischio e di vulnerabilità, con particolare riferimento a quelle istituzionalizzate. Condizione, quest'ultima, che, in alcuni casi, di per sé aumenta la disabilità e l'inabilità pregiudicando le prognosi positive.

Una tale opzione strategica si fonda sull'incremento della contrattualità dell'utente dei servizi sanitari e sociali, una sua attiva diretta partecipazione alla costruzione delle risposte corrispondenti ai bisogni prioritari, in modo da rendere possibile allo stesso di scegliere e costruire le modulazioni possibili degli interventi in base alle risorse esistenti. Come riporta il PSN 2003-2005: *“La dignità e la partecipazione di tutti coloro che entrano in contatto con i servizi e di tutti i cittadini costituisce nella nuova visione della salute un principio imprescindibile, che comprende il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più piena possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti”*².

Come sostenuto poi nel piano nazionale d'indirizzo della riabilitazione del 2010 *“Molteplici direttrici di sviluppo del sistema di welfare del nostro Paese pongono, come criterio chiave per l'intervento sulla persona con disabilità, la certezza dei diritti e l'universalismo nell'accesso a benefici e servizi. Deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di welfare*

¹ Per un'ampia ed aggiornata sintesi sul tema si confronti: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione, Suppl., 28, 3, 2004.

² Piano nazionale sanitario 2003-05, 1.2 *Dalla Sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali*.

chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato. Già la legge n. 104/1992 imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile e non soltanto la valutazione della menomazione. Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). L'ICF è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, attraverso i suoi tre elementi fondamentali (strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione). Tutti gli interventi da allora proposti si fondano su un consolidato convincimento culturale (affermatosi nel nostro Paese con la legge 3 marzo 2009 n. 18 di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità) che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità verificandone i risultati.

Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria è il "percorso assistenziale integrato" basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale.

Tuttavia, la modifica dei contesti disabilitanti e la valorizzazione dei contesti relazionali abilitanti non può essere attuata esclusivamente dal Sistema Sanitario, ma deve incontrare la volontà e le risorse locali e familiari.

Le tecniche di cura stesse, nella loro massima espressione conoscitiva, hanno necessità per poter essere efficaci di un contesto ambientale e relazionale favorente, solidale, volto al sostegno del funzionamento sociale delle persone (processo di capacitazione) con malattia cronica o cronico-degenerativa, ed incrementativo della qualità dell'habitat sociale (processo di sviluppo umano). In tali contesti abilitanti, diviene migliore l'applicabilità e più probabile il buon esito di tecniche di cura specifiche.

L'incremento della qualità relazionale, dell'habitat e dei sistemi di aiuto costituisce potente fattore preventivo dello sviluppo di condizioni disabilitanti. D'altro canto, il conseguimento di prognosi positive per la persona, la sua famiglia e la comunità locale è possibile se vengono investite risorse tecniche, umane ed economiche sui sistemi locali di benessere. Tali investimenti possono trovare le risorse necessarie, in misura significativa, dalla riconversione dei costi sanitari e sociali degli attuali prodotti prestazionali rigidi, e la loro trasformazione in investimenti produttivi di salute concretamente spendibili: *investimenti per la capacitazione delle persone.*

Raggiungere gli obiettivi di salute indicati richiede, metodologie e tecnologie per la costruzione di prodotti sanitari flessibili, che promuovano, valorizzino e rafforzino continuamente il "capitale sociale", e la cultura che lo caratterizza, come fattore di sviluppo della salute. Il processo di capacitazione individuale e comunitario è co-gestito dal sistema pubblico e da quello del privato sociale, utilizzando strumenti imprenditoriali ed aziendali.

In questo quadro si inseriscono le presenti "*Linee guida per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati alla costruzione del welfare comunitario attraverso la metodologia dei Progetti Terapeutico Riabilitativi individualizzati (PTRI) sostenuti da Budget di Salute (BDS)*", volte al rafforzamento di metodologie e tecniche, già parzialmente sperimentate, che permettano di coniugare le teorie scientifiche consolidate con le pratiche quotidiane più avanzate degli operatori e dei servizi pubblici.

LO SCENARIO, L'OBIETTIVO, LE STRATEGIE

Lo scenario nel quale si colloca questa proposta di linee guida è quello del 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.

Uno scenario che vede funzione principale dell'azione pubblica quella di "incrementare le capacità dei soggetti" secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà.

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 auto-determinazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune.

In tale scenario, appare necessario avviare forme di presa in carico delle persone con disabilità sociale, radicate nel tessuto di vita normale, complessive e personalizzate, sia dal punto di vista abitativo, sia dal punto di vista del contributo alla vita sociale ed economica, nelle quali le persone con disabilità sociale riassumano la loro funzione di risorsa e non di peso per la comunità.

Pertanto, gli interventi di programmazione sociosanitaria integrata sono orientati ad identificare modalità di integrazione e partenariato (sistema relazionale) tra gli attori, ed a costruire pratiche operative che favoriscano, sostengano ed alimentino processi di "qualità sociale" e che aumentino gli spazi di vita pubblica e di partecipazione alla costruzione del bene comune.

ELEMENTI DI CARATTERIZZAZIONE DEL PTRI

Per l'applicazione delle presenti linee guida va ridefinito il rapporto con gli attori privati, sinora ispirato – in modo diretto o implicito – al meccanismo della delega di attribuzioni e competenze.

Nel modello di comunità solidale, qui proposto, i Servizi Pubblici non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato³, ma piuttosto ricercare partner per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire sulle determinanti sociali "prodotti flessibili"⁴ predittivi delle prognosi positive che *devono essere parte integrante del trattamento medico*.

Il ruolo del partner Privato non sarà quindi la produzione di un rigido (anche se articolato) set di prestazioni o di gestire strutture più o meno protette, ma di fornire occasioni di casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività opportunamente modulate, per la gestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati. Al centro del sistema sarà quindi la persona con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di valori, convinzioni, scelte individuali, e non una struttura ed un'organizzazione (anche se non profit). Al partner si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie, delle relazioni.

³ Sui rischi di deresponsabilizzazione dell'autorità pubblica e di deriva delle politiche sociosanitarie verso interventi volatili e disarticolati, animati da una logica prestazionale che l'affermazione di modelli di accreditamento-voucher possono creare, si veda: Monteleone R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: Bifulco L. (a cura di), *Le Politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 2005.

⁴ Come rileva la letteratura più critica sul "consumerismo" (Ostergren, 2004), quando le prestazioni diventano un prodotto da vendere in un mercato concorrenziale i destinatari delle misure sono incentivati ad assumere una postura consumista, che porta con sé una ridefinizione di come viene concepita la salute stessa. *Ibidem*

E' necessario realizzare, come previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Sanità sulla riabilitazione, l'obiettivo di *ridurre le conseguenze disabilitanti della malattia attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo*⁵.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti d'integrazione organizzativa (Unità di Valutazione e Progettazione) per la *formulazione di piani terapeutico riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica*⁶ con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi, possibilmente su base locale/comunale.

La variabile economica, seppur necessaria, deve in questa progettualità essere "*incorporata*" nel sociale e gli elementi di scambio devono centrarsi sui legami più che sui beni (i beni forniscono l'indispensabile mediazione d'oggetto in un percorso ri-abilitativo). Si ottiene in questo modo "capacitazione delle persone e delle comunità locali"

Si dovranno promuovere, in altri termini, forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di *soci fruitori*, volontari, lavoratori, sovventori dei destinatari dei servizi, come strategia di (ri)attribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli. Si tratta in sostanza di evitare che qualcuno (una organizzazione) faccia qualcosa su o per qualcun altro (i fruitori) a fronte di un vantaggio economico (il bene), ma di ottenere che qualcuno faccia qualcosa con qualcun altro (il legame), attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.

E', quindi, opportuno che il partner privato sociale – cogestore - (insieme con gli altri soggetti) promuova e sostenga *la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di famigliari e di persone con disabilità sociale e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo*. Si devono perciò realizzare organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse (multistakeholders): gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari ecc, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico che comunque mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare Comunitario. Questo nella convinzione del valore terapeutico di ricostruzione dell'identità che questo processo di recupero del protagonismo e della contrattualità sociale porta con sé.

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

Dentro questa unità di misura (Budget di salute) il LEA sociosanitario, si configura non come prestazione a se stante, bensì come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità.

⁵ "La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali. Per raggiungere un buon livello di efficacia qualsiasi progetto di riabilitazione, per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l'autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e comunque in una migliore qualità della vita della persona". Linee guida del Ministero della Sanità per le attività riabilitative. Le strategie dell'intervento riabilitativo. Provvedimento 7 maggio 1998.

⁶ "Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle di semplice terapia fisica strumentale per disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi". Linee guida del Ministero della Sanità per le attività riabilitative. Le strategie dell'intervento riabilitativo, Provvedimento 7 maggio 1998.

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 medica⁷.

GLI OBIETTIVI E I DESTINATARI DEL BUDGET DI SALUTE

Attraverso il budget di salute s'intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree (corrispondenti al tempo stesso ai principali determinanti sociali della salute e a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti): apprendimento/socialità/affettività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale. Destinatari di tali interventi saranno i cittadini in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente (malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità sociale) o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la prognosi che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale. Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, ovvero attraverso l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix). Ed è basato sul diritto di scelta delle persone per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione.

RUOLO DEL PUBBLICO E DEL PRIVATO NELLA GESTIONE DEL PTRI

L'inserimento delle persone nei budget di salute non fa decadere, ma integra la presa in carico degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali di competenza, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, familiari, Municipali locali).

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, a) evitando l'istaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro; b) ponendo attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture⁸; c) promuovendo l'associazionismo e la cooperazione diffusa evitando l'eccessiva autoreferenzialità a garanzia del sistema di offerta.

La valutazione degli esiti costituirà motivo di premialità per gli enti cogestori ai fini dell'assegnazione dei PTRI e del costante mantenimento del budget assegnato

Il soggetto cogestore individuato con apposito bando parteciperà ad apposito avviso pubblico, bandito dalle AASSLL di concerto con gli Ambiti Territoriali, per diventare cogestore con i Servizi pubblici di Progetti terapeutico-individuali mediante budget di salute.

L'entrata nell'elenco è subordinata all'impegno da parte dell'ente cogestore ad includere

⁷ Per un'ampia ed aggiornata sintesi sul tema si confronti: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione, Suppl., 28, 3, 2004.

⁸ Funzione demandata a Regioni e Comuni.

stabilmente la persona in attività che consentano l'emancipazione l'autonomia , stipulando accordi con cooperative B/plurime; è prevista la sottoscrizione di 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.

I cogestori sono i soggetti inseriti nell'elenco che forniranno a persone che abbiano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento sociale soddisfacente, nel loro interesse e con attività utili per gli stessi, il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire l'accesso ai diritti all'apprendimento-socialità-affettività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione⁹.

I soggetti inseriti nell'elenco amministreranno una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dall'intensità del progetto terapeutico riabilitativo individuale¹⁰, assegnata ad un utente, da utilizzare per far acquisire allo stesso lo status di socio dell'organizzazione e per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice, al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la reistituzionalizzazione. La dotazione economica fissata dovrà essere gestita, nell'interesse della persona fruitrice, con la diligenza del buon padre di famiglia.

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

LE TRE AREE/DIRITTI

Le tre aree/diritti corrispondono ai principali determinanti della salute, elementi che influenzano e promuovono in modo significativo il benessere, alla cui fruibilità vanno orientate le capacità/abilità della stessa.

CASA/HABITAT SOCIALE

La Casa/Habitat sociale costituisce obiettivo da conseguire, e possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata.

Le abitazioni, sono rese disponibili per i nuovi soci in PTRI con BDS nelle seguenti forme in ordine di priorità:

- 1) Riutilizzando e reimpreditorializzando i beni confiscati;
- 2) Costituendo, in accordo con i comuni, gruppi di autocostruzione e auto recupero: Individuando aree dove esercitare housing sociale e attivare strutture con possibilità ricettive e commerciali (agriturismi etc...) in comodato d'uso gratuito ed enfiteusi a secondo della tipologia del bene messi a disposizione da enti pubblici, privati e religiosi;
- 3) donate per scopi sociali da privati
- 4) beni resi disponibili per il "dopo di noi" da privati o pubblici
- 5) locate tra il privato e il cogestore.

In tutti i casi sopraelencati l'abitazione entra nella disponibilità dei nuovi soci attraverso l'istituto civilistico della "*negotiorum gestio*". La protezione deve essere una scelta delle stesse persone utenti e del servizio pubblico, sempre volta al sostegno ed alla partecipazione diretta ai processi capacitativi e di cura.

I PTRI prioritariamente orientati verso l'area casa/habitat sociale avranno l'obiettivo di limitare nel

⁹ Il riferimento normativo ad un tale obblighi di cooperazione gestoria è quello dell'istituto giuridico di diritto privato della *negotiorum gestio*, o "*gestione di affari*" (artt. 2028 ss., c.c.), la cui disciplina impone a chi, senza esservi tenuto, assuma scientemente la gestione di un affare altrui, non soltanto l'obbligo di continuarla finché necessaria, ma altresì tutti gli obblighi che deriverebbero da un mandato (art. 2030 c.c.), incluso quello di operare con la diligenza del buon padre di famiglia (art. 1710 c.c.).

¹⁰ Le intensità sono tre: alta, media e bassa, come meglio specificate di seguito, e corrispondono ad un corrispondente investimento economico.

tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità di autogestione degli utenti stessi.

Il supporto assistenziale da parte dei servizi sanitari competenti si attua, con i livelli di intensità necessari, presso il domicilio dell'utente di PTRI in BDS.

L'uso dell'abitazione, da parte dei soci in PTRI sostenuti da budget di salute delle organizzazioni cogestrici, deve essere previsto all'interno del piano d'impresa e/o di sviluppo dell'organizzazione stessa, che deve quindi comprendere un piano d'investimento delle case per i propri soci.

I gruppi di soci coabitanti non possono superare le sei persone. Gli spazi abitativi dovranno essere confortevoli con servizi plurimi quando possibili con accesso a spazi verdi; dovranno, inoltre, essere collocati in aree, nella normale rete di fruibilità dei servizi del territorio.

Ogni nucleo abitativo avrà un *case manager* individuato tra i responsabili dei PTRI presenti nell'abitazione. L'individuazione avverrà con criteri concordati fra il servizio Pubblico (ASL e Servizi Sociali territoriali) e il cogestore per la gestione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali.

FORMAZIONE/LAVORO

L'obiettivo dell'area è la formazione professionale e la pratica di una attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative o economiche, oppure come partecipazione attiva e fruizione, in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano.

Il luogo dove viene ricostruito il diritto alla formazione/lavoro deve rendere possibile lo sviluppo di microsistemi economico-sociali locali integrati e contestuali a quel luogo stesso, in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni locali del III settore e del privato imprenditoriale.

I cogestori di PTRI con BDS si attivano per attingere a fonti di sostegno del reddito delle persone in PTRI con BDS attingendo alle fonti di finanziamento strutturate nei progetti europei e regionale della "dote" per la formazione lavoro e attraverso gli sgravi fiscali previsti a norma di legge per le persone in PTRI all'art. 4 della legge 381/91.

Dovranno essere altresì ricostruiti i sistemi di protezione sociale costituiti da:

- 1) legge 104/1992;
- 2) posizione previdenziale e sociale;
- 3) assegno di accompagnamento ed ogni altro sostegno presente e futuro.
- 4) applicazione della legge 68/99 finalizzata all'inserimento lavorativo dei disabili

L'obiettivo è garantire ad ogni persona la permanenza nelle nicchie economico-sociali costruite.

APPRENDIMENTO/SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ

Alla persona in PTRI con budget di salute devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali).

Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di una abilità, prima non posseduta, e/o lo sviluppo della stessa, avendo cura di identificare ciò che la persona è capace di fare, anche attraverso un bilancio delle competenze.

La persona dovrà essere sostenuta nella valorizzazione delle qualità e capacità a tutela della garanzia delle libertà di espressione politica, artistica, religiosa; La persona dovrà essere sostenuta nella formazione del concetto di autostima e di autodeterminazione condivisa tale da consentirgli la pianificazione di un progetto di vita socializzante.

La conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità sociale, dovranno essere utilizzati come principali mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza.

In caso di necessità, dovrà essere promosso l'apprendimento di base, come l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare e le esperienze sensoriali intenzionali, come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli (toccare, gustare, sentire profumi, ecc.).

INTEGRAZIONE TRA LE AREE

In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone–utenti, potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante "abitare", o sul versante "lavoro", ovvero sul versante "apprendimento-affettività-socialità".

Tuttavia, le tre aree non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda dei bisogni e del grado di disabilità.

I cogestori dovranno, quindi, operare coerentemente su tutte le aree, lavorando in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel progetto terapeutico-riabilitativo individuale e riferendosi ad un territorio (luogo) definito e limitato nel quale il tema riabilitativo dovrà essere affrontato in modo integrale con la comunità civile 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.

Intensità dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali e corrispondenti livelli di investimento economico: sistemi tariffari e priorità nell'accesso

I progetti individuali assumono tre livelli di intensità – alta, media, bassa – cui corrispondono differenti livelli di investimento attraverso il budget di salute. Il livello di intensità assistenziale sarà definito utilizzando le schede di valutazione multidimensionale attualmente in uso. In fase di valutazione l'UVI dovrà definire la copertura della spesa a carico del sistema sanitario, sociosanitario, sociale e dell'utente in applicazione del regolamento di compartecipazione di cui al DCA n. 6/2010 e dei Decreti n. 77/2011, n. 81/2011 e della DGRC n. 50/2012

- **alta intensità (€ 82/die)**

E' prevista per persone-utenti con un indice di funzionamento sociale molto basso e un'elevata complessità sanitaria misurati secondo la classificazione ICF che hanno bisogno di notevoli risorse professionali, umane ed economiche per riprendere un funzionamento sociale accettabile (processo di capacitazione). Tali persone per la complessità delle loro problematiche, la loro scarsa contrattualità e l'assenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un significativo sostegno a carattere mediativo, attivativo, sussidiario personale e sociale;

- **media intensità (€ 62/die)**

E' prevista per persone-utenti che per lo scarso funzionamento sociale misurato secondo la classificazione ICF e l'insufficiente presenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono 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 (€ 42/die)**

E' prevista per persone - utenti che per le loro condizioni di salute misurate secondo la classificazione ICF, l'insufficiente funzionamento sociale e con la presenza però di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario in alcune fasce orarie e/o per determinate attività al fine di aumentare la loro capacità di auto determinarsi, di aumentare il potere contrattuale e l'accesso ai diritti di cittadinanza.

L'investimento finanziario è negoziato e programmato dall'ASL, d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, con il partner privato, utilizzando di massima il modello della *finanza di progetto*. Volto a promuovere vantaggi e capitali sociali. La **priorità** dell'immissione delle persone in PTRI sostenuti con BDS è riferita ai seguenti gruppi:

- 1) persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative con grave disabilità sociale, nonché con disturbo psichiatrico internate nelle strutture protette o case di cura convenzionate fuori dalla Regione Campania;
- 2) persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale con ricoveri ripetuti negli ospedali civili o nelle case di cura convenzionate fuori e dentro della Regione Campania;
- 3) persone internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) di pertinenza territoriale a carico del sistema sanitario;
- 4) persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale e internate nelle carceri di pertinenza territoriale sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
- 5) i minori di pertinenza territoriali internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
- 6) i minori con disturbi psichiatrici di pertinenza territoriali internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
- 7) persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale in stato di abbandono nei territori;

I costi saranno sostenuti in **isorisorse attraverso la riqualificazione della spesa sociale, sanitaria e sociosanitaria derivante dal progressivo utilizzo dei PTRI .**

FIGURE PROFESSIONALI PREVISTE NEI PTRI CON BUDGET DI SALUTE

Al fine di rendere omogenea l'offerta riabilitativa dei cogestori che attuano i PTRI e nel contempo, garantire ai soci fruitori (cittadino utente) un adeguato livello di professionalità e capacità imprenditiva, si indicano di seguito le figure professionali da prevedere nella compagine sociale del cogestore

- a) Coordinatore del PTRI/BDS in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: psicologia, sociologia, scienze dell'educazione, scienze della formazione, scienze del servizio sociale, esperti di economia sociale, esperti giuridici
- b) Animatore/Educatore
- c) Operatore OSA
- d) Operatore OSS.

Il numero del personale impegnato ed il relativo impegno del progetto terapeutico riabilitativo e degli obiettivi da conseguire saranno stabiliti in sede UVI. A tali figure professionali possono aggiungersi volontari e/o ragazzi inseriti in progetti dedicati di servizio civile. Va garantita in ogni progetto terapeutico, sia la funzione di gestione amministrativa che la garanzia di un domicilio. La presenza delle suindicate figure professionali è da intendersi come requisito minimo per l'accesso all'albo dei cogestori per l'attuazione dei PTRI secondo la metodologia del budget di salute.

L'Unità di valutazione integrata : ruoli compiti e responsabilità

Il progetto individuale è redatto sulla base della valutazione dall'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) distrettuale. L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto terapeutico-riabilitativo individuale.

All'U.V.I. partecipano i Servizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta (MMG/PLS) ed eventuali altri soggetti ritenuti necessari ad un'adeguata conoscenza e valutazione dei bisogni.

Quando la valutazione riguarda minori, l'equipe dovrà essere integrata dalla presenza di operatori del mondo della scuola, come gli insegnanti di sostegno o personale che negli istituti scolastici hanno il compito di assistere i ragazzi con particolari difficoltà.

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una valutazione del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa (il "sintomo"/condizione patologica di presentazione) dall'utente e dalla sua famiglia, dal MMG/PLS e/o dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, se necessario, nell'ambito dei soggetti cogestori (di concerto con l'utente o il civilmente obbligato), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati nelle aree apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività;
- modulare sul singolo caso la presa in carico a seconda dell'evoluzione del bisogno.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è effettuata secondo criteri qualitativi e quantitativi, partendo dalla conoscenza della storia individuale e di contesto e dalle aspettative della persona. La valutazione verrà effettuata con le schede di valutazione multidimensionali in uso in Regione Campania sia all'avvio del progetto individuale che ai follow-up periodici.

Sulla base di tali valutazioni, le Unità di Valutazione Integrata moduleranno a cadenze regolari le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale.

Una volta al mese, o più frequentemente qualora se ne ravvisi la necessità, il/la referente dell'unità operativa competente dell'ASL e il Referente del Servizio Sociale Territoriale ove è residente la persona per la quale è stato attivato un budget di salute predisporranno delle visite in loco, e 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 verrà effettuato a cura dell'U.V.I., costituita dal referente del progetto individuale del Servizio sanitario competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza della persona-utente, coinvolgendo l'utente, i familiari, i medici 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 da parte dell'UVI territorialmente competente che comprenderà, 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.

LA SCELTA DEL COGESTORE

La scelta del cogestore avverrà, tenendo in considerazione la proposta/progettuale generale d'investimento e cofinanziamento presentata al momento della richiesta d'iscrizione all'elenco di cogestori ai sensi di legge e promuovendo il consenso informato dell'utente o del civilmente obbligato.

La priorità aziendale sarà la riqualificazione dei costi sostenuti per la presa in carico *delle persone afferenti al sistema sanitario, sociale e sociosanitario*.

I *regolamenti normativi contrattuali*¹¹ (contratti) per la realizzazione dei progetti T.R. individuali attraverso i budget di salute, specifici per ogni persona, costituiscono l'atto formale che regola i rapporti tra il servizio pubblico ASL/Comune, il partner privato e l'utente (o il civilmente obbligato).

¹¹ Si adopera questa terminologia per esaltare il concetto di "contratto" come strumento per disciplinare condizioni e rapporti futuri tra le parti, più che come fonte autonoma di obbligazioni (contratto di appalto, compravendita...).

Saranno stipulati sulla base di un progetto personalizzato, formulato dagli/le operatori/trici referenti, dall'utente e dai suoi familiari (ove presenti e disponibili), contenente obiettivi ed indicatori di risultato identificati all'interno delle proposte/opportunità previste dal progetto.

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

La governante a livello locale dei PTRI con BdS è responsabilità dell'U.V.I.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DEL SERVIZIO PUBBLICO

L'entrata delle persone nei PTRI sostenuti dai budget di salute non fa decadere la presa in carico degli utenti da parte delle U.O. competenti del Servizio Pubblico, che si esplica tra l'altro attraverso le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici diurni e non diurni, l'attivazione di reti sociali, familiari, Municipali locali.

TEMPORALITÀ

I contratti dei PTRI sostenuti da budget di salute hanno una temporalità massima di due anni, durante tale periodo l'UVI provvederà alla verifica e valutazione del livello assistenziale con periodicità semestrale.

Dopo i primi due anni massimo le persone in carico in PTRI con BdS passano da bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale a bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria .

- Dopo i primi due anni i PTRI sostenuti con BdS, di natura sanitaria, sociale o sociosanitaria possono essere prorogati per un anno , a seguito di valutazione UVI al termine dei quali possono uscire dal sistema in quanto le autonomie economico-sociali delle persone dovranno essere garantite dalle compagini sociali cogestori e destinatarie del BdS. Le persone in condizione cronico/ degenerative dovranno essere sottoposte ad UVI per valutare le condizioni di non autosufficienza tali da consentire l'accesso in un diverso setting assistenziale. Le persone inserite in PTRI con BdS possono in qualsiasi momento scegliere di uscire dal sistema, fermo restando gli obblighi previsti nei confronti di persone con provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Quando un PTRI con BdS termina o si interrompe per scelta della persona dovrà essere trasferito ad altri, accedendo alla relativa lista di attesa, mantenendo il budget assegnato al cogestore. il PTRI con BdS può essere anche completamente finanziato dal privato pur mantenendo la metodologia in essere, in particolare per dare continuità di presa in carico e garantendo un **"dopo di noi"** per le famiglie.

INDIRIZZI PER LA DEFINIZIONE DEL BANDO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI COGESTORI

Le aziende sanitarie locali d'intesa con gli Ambiti Territoriali, entro 60 giorni dall'approvazione delle presenti linee guida, emanano un apposito Avviso Pubblico articolato secondo la normativa vigente per l'istituzione dell'albo degli enti/imprese sociali cogestori dei PTRI per l'assegnazione dei relativi budget di salute.

Potranno avere accesso alla bando esclusivamente cooperative plurime (A e B) oppure solo di tipo B, sono escluse dal bando le cooperative di tipo A perché non possono garantire l'inclusione socio-lavorativa nelle compagini sociali delle persone destinatarie dei PTRI

La sottoscrizione del regolamento normativo contrattuale (RNC) per i budget di salute costituisce l'atto formale che regola i rapporti tra il servizio pubblico ASL/Comune, il partner privato e l'utente (o il civilmente obbligato).

Esso sarà stipulato sulla base di un progetto personalizzato, formulato nell'UVI con l'utente e i suoi familiari (ove presenti e disponibili), dai soggetti cogestori coinvolti, contenente obiettivi ed indicatori di risultato identificati all'interno delle proposte/opportunità previste.

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, mediante il quale una persona che abbia difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad una integrazione sociale soddisfacente, dietro corrispettivo del trasferimento di risorse anche private, acquisisce lo status di socio di un'organizzazione ed ottiene da parte della stessa, o da altra ad essa collegata, il possesso mutuale di una serie di strumenti e di servizi in grado di garantirgli l'accesso ai diritti alla casa, al lavoro, alla socialità, alla formazione, all'apprendimento¹².

Il progetto T.R. individuale, ed il corrispondente 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 trasferito contrattualmente dalla persona in PTRI con BdS contribuisce al capitale sociale del cogestore, permettendo la sostenibilità degli investimenti finanziari, con accesso a linee di credito dedicate. Le risorse trasferite contrattualmente dalla persona in PTRI divengono capitale sociale.

Il Bando dovrà esplicitamente contenere i seguenti indirizzi:

- 1 FINALITÀ ED ASPETTI GENERALI DELL'AVVISO
- 2 DESTINATARI DELL'AVVISO
- 3 MODALITÀ DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO
- 4 IMPEGNI DEI COGESTORI
- 5 DURATA DI VALIDITÀ E CARATTERISTICHE DELL'ELENCO
- 6 INTENSITÀ DEI PTRI E QUANTIFICAZIONE DELL'INVESTIMENTO IN BDS
- 7 LIMITE ALLA COGESTIONE DI RISORSE IN BUDGET DI SALUTE
- 8 MOTIVI E MODALITÀ DI ESCLUSIONE DELL'ELENCO
- 9 MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DI PTRI DA PARTE DEI COGESTORI
- 10 SCELTA E RAPPORTI CON IL COGESTORE
- 11 SPECIFICHE ORGANIZZATIVE
- 12 ADDETTI AL PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE
- 13 OBBLIGHI CONTRATTUALI ED ASSICURATIVI
- 14 BILANCIO PARTECIPATIVO SOCIOSANITARIO ED AMBIENTALE
- 15 VERIFICA, CONTROLLO E ACCOMPAGNAMENTO
- 16 RESPONSABILITÀ
- 17 NORME TRANSITORIE

¹² Le leggi ed i documenti di riferimento del regolamento contrattuale riguardano: l'istituto civilistico della *negotiorum gestio* ai sensi dell'art. 2028 e succ. c.c. l'art. 354 c.c., l'art. 361 c.c., l'art. 428 c.c. e la normativa sull'amministratore di sostegno L. n°6/04.

CONSULTA AZIENDALE DEL TERZO SETTORE

Presso l'azienda sanitaria locale, d'intesa con gli Ambiti Territoriali, è istituita la Consulta aziendale del terzo settore. Essa svolgerà funzioni di impulso e sostegno alla programmazione e realizzazione delle attività intersettoriali d'integrazione sociosanitaria, nel rispetto del principio della sussidiarietà e dei diritti della popolazione portatrice di bisogni sanitari e sociali complessi, con attività consultive, propositive e di attivo concorso all'esercizio della *mission* dell'Azienda Sanitaria Locale. La Consulta potrà costituirsi in sottogruppi di lavoro tematici e formulare indirizzi, pareri, progetti e quant'altro sia ritenuto utile allo svolgimento delle attività. Le funzioni della Consulta, in particolare, saranno riferite: all'elaborazione di proposte in merito alla programmazione delle attività sociosanitarie; al concorso nel raggiungimento degli obiettivi individuati nella programmazione aziendale; alla promozione di ogni forma di partecipazione delle realtà territoriali alla rilevazione dei bisogni da soddisfare e la definizione di priorità di intervento; all'individuazione dei partner locali della rete e delle possibilità di collaborazione; alla proposta di progetti d'innovazione e sperimentazione da realizzare in accordo e in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, le Associazioni, il Volontariato, le imprese sociali ed altri soggetti del Terzo settore.