

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 18 dicembre 2025, n. 1270

Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del Budget di Salute" di cui alla Deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2025, n. 416.

Oggetto Approvazione delle “Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del Budget di Salute” di cui alla Deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2025, n. 416.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente, di concerto con l'Assessore ai Servizi sociali, Disabilità, Terzo Settore, Servizi alla Persona;

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale n. 6 del 18 febbraio 2002 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;
- il Regolamento regionale n.1 del 6 settembre 2002, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge del 15 marzo 1997, n. 59” e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231 “Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione” e s.m.i. e, in particolare, l'articolo 10;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234, con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 5 dicembre 2024, n. 1044, con cui è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale “Inclusione Sociale” alla dott.ssa Ornella Guglielmino;
- l'Atto di Organizzazione 13 ottobre 2023 n.G13499, con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale “Salute e Integrazione Sociosanitaria” al dottor Marco Nuti;
- l'Atto di Organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930 avente ad oggetto “Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale”;

VISTI

- il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42 del 05 maggio 2009, e successive modifiche”;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale” e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento Regionale di Contabilità” che, ai sensi dell'art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: “Legge di stabilità regionale 2025”;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 23 recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento",

ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;

- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1176 avente ad oggetto: Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario Esercizio Finanziario 2024;
- la Deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2025, n. 28 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 2025, n. 203, concernente: “Riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2024 ai sensi dell’articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modificazioni”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 2025, n. 204, concernente: “Variazioni del bilancio regionale 2025-2027, conseguenti alla Deliberazione della Giunta regionale concernente il riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2024, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modifiche, e in applicazione delle disposizioni di cui all’articolo 42, commi da 9 a 11, del medesimo d.lgs. n. 118/2011”;
- la Legge Regionale 8 agosto 2025, n. 14 “Assestamento delle previsioni di bilancio 2025-2027”;
- la legge regionale 8 agosto 2025, n. 15 “Variazioni al bilancio di previsione della Regione Lazio 2025-2027. Disposizioni varie”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 2 ottobre 2025, n. 881 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Aggiornamento del bilancio finanziario gestionale in relazione all’assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 1173/2024, ai sensi dell’articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTI

- la Legge 27 dicembre 1978, n.833 e s.m.i. concernente “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- la Legge 5 febbraio 1992, n.104, recante «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»;
- il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1994-1996”;
- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- la Legge 12 marzo 1999, n. 68, recante «Norme per il diritto al lavoro dei disabili» e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999 Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- la Legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;
- la Legge 3 marzo 2009, n. 18 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”;
- l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento “Piano di Azioni Nazionale per la salute Mentale (PANSM), sancito nella seduta del 24 gennaio 2013 (Rep Atti n. 4/CU);

- la Legge 18 agosto 2015, n. 134 “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie” e successive modifiche e integrazioni;
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)” e successive modifiche e integrazioni e, in particolare, l’art. 1, comma 401, che istituisce il “Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico”;
- la Legge 22 giugno 2016, n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” e successive modifiche e integrazioni;
- la Strategia dei diritti delle persone con disabilità 2021– 2030, di cui alla comunicazione della Commissione europea COM (2021) 101 finale, del 3 marzo 2021;
- il “WHO 's comprehensive mental health action plan 2013-2020” e l’“European Mental/ Health Action Plan”, approvati dall’Organizzazione mondiale della sanità nell’anno 2013, quali documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell’area della salute mentale;
- l’Intesa sancita in Conferenza Unificata, repertorio Atti n. 53/CU del 10 maggio 2018, sul documento recante “Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;
- il Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo settore, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”, in particolare il titolo VII - Dei rapporti con gli enti pubblici e gli articoli: Art. 55. Coinvolgimento degli enti del Terzo settore e Art. 56. Convenzioni, che disciplinano gli statuti giuridici di natura cooperativa che si prestano alla realizzazione di obiettivi condivisi tra pubbliche amministrazioni ed enti non profit;
- la Legge 22 dicembre 2021, n. 227 “Delega al Governo in materia di disabilità”;
- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, commi 159 – 171 “Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza” e successive modifiche e integrazioni;
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- la legge regionale 17 giugno 2022, n. 10 “Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità”;
- le “Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza”, adottate nel settembre 2022 dal Comitato ONU sui diritti delle persone con disabilità - CRPD/C/27/3;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 ottobre 2022 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024”;
- il Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato” e successive modifiche e integrazioni;
- la Deliberazione della Giunta regionale 08 maggio 2025 n. 292 Approvazione delle “Linee di indirizzo regionali per trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)”;

RICHIAMATA

- la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”, in particolare quanto disposto al capo VII in materia di integrazione sociosanitaria;
- il Decreto del Commissario ad Acta del 17 marzo 2017 n. 94 “Recepimento dell’Accordo n.137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 13 febbraio 2018, n.75 “Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD)”;
- la Legge 17 luglio 2020, n. 77 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2021, n.473 recante “Approvazione delle Linee guida per l’avvio dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi nella Regione Lazio”;

- la Deliberazione della Giunta regionale 5 agosto 2021, n. 554 “Modifica e integrazione della Deliberazione della Giunta regionale 25 luglio 2017, n. 454 "Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 23/11/2016 di attuazione”;
- l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”. (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022);
- il Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri 29 luglio 2022 per il riparto del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità per le persone con disturbi allo spettro autistico;
- la Deliberazione della Giunta regionale 29 settembre 2022, n. 762 “Adozione del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 “Salute e inclusione”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n. 976 “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2023, n. 987 recante “Revoca della deliberazione della Giunta regionale 13 giugno 2017, n. 326. Approvazione delle "Linee guida della Regione Lazio in materia di co-programmazione e co-progettazione tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore, ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n.117 del 3 luglio 2017 (Codice del Terzo Settore)."
- il Regolamento regionale 15 marzo 2024, n. 2 “Regolamento regionale per l'erogazione alle persone con disagio psichico delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49”;
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio 3 maggio 2024, n. T00081 “Deliberazione della Giunta regionale 28 giugno 334. Nomina dei componenti del Tavolo regionale di confronto permanente sul tema della disabilità di cui all'art. 14, della legge regionale 17 giugno 2022, n. 10 "Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità”;
- la Deliberazione di Giunta regionale 15 novembre 2024 n. 939 avente ad oggetto “Adozione del Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”;
- il Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze del 2 aprile 2025, con il quale viene adottato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2024-2026;
- la Deliberazione della Giunta regionale 15 aprile 2025 n. 215 “Legge regionale 29 dicembre 2023, n. 23 “Legge di stabilità regionale 2024”. Adozione del “Piano regionale per l’autismo” di cui all’articolo 16, comma 2”;
- la Deliberazione di Giunta regionale 10 luglio 2025 n. 587 avente ad oggetto “Aggiornamento del "Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio””;
- la Determinazione 10 luglio 2025, n. G08896 “Programma FSE+ 2021- 2027 Priorità 3 "Inclusione Sociale" - Obiettivo specifico k) ESO4.11. Approvazione dell'Avviso pubblico "Centri polivalenti 2.0 per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico e altre disabilità con bisogni complessi". Prenotazione di impegno di spesa in favore di creditori diversi (cod. creditore 3805) per euro 5.000.000,00 di cui euro 3.5000.000,00 e.f. 2026, euro 1.500.000,00 e.f. 2027, capitoli U0000A43182, U0000A43183, U0000A43184. Codice SIGEM 25019D”;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale 23 luglio 2025, n. 5 che approva il “Piano sociale regionale 2025-2027”;

CONSIDERATO che le “Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”, di cui all’Intesa n. 104/CU del 6 luglio 2022, prevedono che tutte le regioni si dotino di procedure amministrative che consentano la flessibilità e l’innovazione nell’applicazione del modello Budget di salute in un’ottica di integrazione sociosanitaria (ASL, Enti locali);

TENUTO CONTO che la Regione ha legiferato e adottato ad oggi provvedimenti inerenti alla metodologia del budget di salute e alla sua sperimentazione sul territorio regionale ed in particolare:

- la Legge Regionale n. 11/2016, art. 53 (Presenza in carico integrata della persona e budget di salute (Capo VII Disposizioni per l’integrazione sociosanitaria);
- la Legge Regionale 17 giugno 2022 n.10 art. 3 (Modalità di attuazione e budget di salute);
- il Regolamento Regionale 15 marzo 2024, n. 2 “Regolamento regionale per l'erogazione alle persone con disagio psichico delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49”, in cui la disciplina degli assegni di cura in favore di persone

con disagio psichico è articolata nell'ottica di implementare i determinanti sociali di salute attraverso la metodologia del budget di salute;

- la Deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2021, n. 473 recante “Approvazione delle Linee guida per l'avvio dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi nella Regione Lazio.”, che ha introdotto la sperimentazione del budget di salute per i progetti personalizzati dei giovani/adulti con disturbo dello spettro autistico beneficiari dei centri polivalenti attivati nel Lazio;
- la Deliberazione della Giunta regionale 5 agosto 2021, n. 554 (Modifica e integrazione della Deliberazione della Giunta Regionale del 25/07/2021 n. 454) in cui tra l'altro si forniscono indirizzi sull'applicazione del budget di progetto per i progetti personalizzati per le persone con disabilità nell'ambito degli interventi e programmi del Dopo di Noi;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 15 giugno 2023 n. 289 “Decreto del 29 luglio 2022 concernente "Riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità", del Ministero per le disabilità di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. Programmazione regionale degli interventi” nella quale il budget di salute e la co-progettazione tra distretti sociosanitari e gli enti del terzo settore, è modello raccomandato ai distretti sociosanitari per l'utilizzo delle risorse in un'ottica di PAI (piano di assistenza individuale) integrato e personalizzato rivolto a persone con disturbo dello spettro autistico;
- le Linee programmatiche del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 “Salute e inclusione”, adottato con la succitata Deliberazione della Giunta regionale 29 settembre 2022, n. 762 rivolte, tra l'altro, a:
 - *migliorare la presa in carico degli utenti sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione sociosanitaria (Distretti sanitari, Punti Unici di Accesso, Comuni, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) e delle buone pratiche presenti sul territorio;*
 - *dare attuazione prioritariamente all'integrazione sociosanitaria e di comunità per fornire risposte complessive ai bisogni di salute e di tutela dell'individuo e alla promozione di percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione con il ricorso allo strumento del budget di salute e al supporto all'abitare per l'acquisizione di una maggiore autonomia del paziente con disturbi mentali;*
 - *perseguire la seguente azione strategica (n.9.2 Percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione: PTRP sostenuti da budget di salute - Supporto all'abitare);*
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n.976 “Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026” che prevede:
 - *la definizione Linee di indirizzo regionali per la progettazione del Budget di Salute che definiscano obiettivi, finalità e modalità di erogazione (in coerenza con quanto definito dall'Intesa n. 104/CU del 6 luglio 2022, sul documento recante “Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti” (9.2 Linee Programmatiche (punto 9. Salute Mentale Adulti e Minori, Dipendenze patologiche, Sanità Penitenziaria Consultori);*
 - *attivazione della metodologia di definizione del Budget di Salute, in base al recepimento dell'Intesa n.104/CU del 6 luglio 2022 e definizione dei percorsi per l'inclusione sociale e la riabilitazione della persona con disturbi mentali (Obiettivo 6) attraverso le seguenti azioni: Azione 1. Analisi dei bisogni di salute di utenti lungo assistiti che hanno già effettuato percorsi riabilitativi nelle strutture residenziali ma non hanno acquisito un'autonomia tale da rendere possibile un abitare autonomo o cohousing al fine di proporre opportune azioni a carattere programmatico regionale – dicembre 2024. Azione 2. Definizione delle linee di indirizzo regionali per la progettazione del Budget di Salute che definiscano obiettivi, finalità e modalità di erogazione – marzo 2025 (punto 9. Salute Mentale Adulti e Minori, Dipendenze patologiche, Sanità Penitenziaria Consultori);*
 - *estensione della metodologia di definizione del Budget di Salute agli interventi sanitari, sociosanitari, socio-assistenziali, sociali, educativi rivolti alle persone con disturbo dello spettro autistico; (punto 9.13 Rete di trattamento per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD);*
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 215 del 15 aprile 2025 recante “Adozione del Piano regionale per l'Autismo” che prevede, tra l'altro, la progressiva introduzione della metodologia del Budget di Salute per la realizzazione di percorsi integrati per l'inclusione sociale e la abilitazione/riabilitazione della persona con ASD;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 5 giugno 2025, n. 416 recante Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta

degli elementi qualificanti. (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022). Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute;

- l'Atto di organizzazione del 17 luglio 2025 n. G09235 "Nomina dei componenti del gruppo di lavoro regionale per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare progetti personalizzati di integrazione sociosanitaria sul modello del budget di salute, in particolare nell'ambito della salute mentale e della disabilità, ai sensi della DGR del 5 giugno 2025 n.416;

CONSIDERATO che con la succitata Deliberazione della Giunta regionale del 5 giugno 2025, n. 416 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti" (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022), e istituito il gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare progetti personalizzati di integrazione sociosanitaria sul modello del budget di salute;

CONSIDERATO altresì, che con il succitato Atto di organizzazione del 17 luglio 2025 n. G09235, sono stati nominati i componenti del gruppo di lavoro, istituito con la Deliberazione della Giunta regionale del 5 giugno 2025, n. 416 per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare progetti personalizzati di integrazione sociosanitaria sul modello del budget di salute, ed è stato fissato al 31 dicembre 2025 il termine delle attività del gruppo di lavoro;

ATTESO che la Regione intende adottare le linee di indirizzo regionali per fornire procedure atte a promuovere la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione del modello Budget di salute in un'ottica di integrazione sociosanitaria sulla base degli elementi qualificanti e attuativi di cui alle "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti" (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022), nonché in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale vigente in materia;

TENUTO CONTO del ruolo dei distretti sociosanitari e delle ASL, quali soggetti attuatori responsabili della progettazione e realizzazione dei progetti personalizzati, in coerenza con gli indirizzi regionali, mediante il coinvolgimento attivo della rete dei servizi territoriali e degli enti del terzo settore, anche attraverso gli strumenti della co-programmazione e co-progettazione ai sensi del D.lgs. 117/2017;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 28 novembre 2025 n. 1165 che nelle more dell'adozione delle Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute, previste dalla Deliberazione della Giunta regionale del 5 giugno 2025, n. 416, ha, tra l'altro:

- destinato le risorse regionali complessivamente pari a euro 8.400.000,00, a valere sull'esercizio finanziario 2025, per la sperimentazione della metodologia del Budget di Salute per implementare progetti di vita personalizzati in favore di persone con disturbo dello spettro autistico e di persone con disturbi psichiatrici;
- stabilito l'assegnazione delle risorse a Roma Capitale e ai Comuni/Enti capofila dei Distretti sociosanitari, affinché le destinino, quale quota sociale, alla composizione del Budget di Salute, assicurandone l'integrazione con le risorse del sistema integrato dei servizi sociali, le risorse del Servizio Sanitario Regionale, le ulteriori risorse pubbliche e private, attivabili in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, eventualmente anche con la partecipazione delle risorse proprie della persona, secondo le modalità operative che saranno indicate nelle Linee di indirizzo regionali per l'implementazione della metodologia del Budget di Salute, previste dalla DGR n. 416/2025;

TENUTO CONTO altresì che l'applicazione delle "Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute" si avvierà con una fase sperimentale al fine di:

- Verificare gli elementi attuativi e la funzionalità degli strumenti operativi delle Linee di Indirizzo in situazioni cliniche e organizzative complesse;
- Rilevare criticità e opportunità nei processi di governance multilivello;
- Promuovere la formazione congiunta degli operatori sanitari, sociali e del Terzo Settore coinvolti nella definizione e attuazione dei progetti personalizzati;
- Costruire un sistema di monitoraggio e valutazione utile all'estensione del modello;
- Verificare la soddisfazione percepita della persona e dei familiari, in merito alle progettualità attivate con Budget di Salute;

ATTESO che, in coerenza con l’approccio incrementale e adattivo della sperimentazione, si prevede la progressiva introduzione di un sistema di indicatori finalizzato a monitorare l’attuazione della metodologia del Budget di Salute e a valutarne l’impatto sui territori; tali indicatori saranno oggetto di definizione, validazione e affinamento nel corso della sperimentazione, anche attraverso il confronto con le ASL, i distretti sociosanitari, il gruppo di lavoro istituito per la definizione delle Linee di indirizzo regionali (Atto di organizzazione n. G09235 del 17/07/2025) e gli organismi di rappresentanza degli utenti e dei caregiver;

CONSIDERATO che il documento definito dal citato gruppo di lavoro (Atto di organizzazione n. G09235 del 17/07/2025) “Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute”, è stato oggetto di un processo di concertazione avviato con nota congiunta della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria e della Direzione regionale Inclusione Sociale, protocollo n. U1199373 del 04 dicembre 2025, che ha coinvolto gli stakeholder interessati ed in particolare: le ASL, i Consorzi e Distretti sociosanitari, le società scientifiche, il Tavolo regionale di confronto permanente sul tema della disabilità, il Forum regionale del Terzo Settore, le consultazioni dipartimentali della salute mentale, le consultazioni per le persone con disabilità e le associazioni di utenti e familiari nell’ambito della salute mentale e disabilità maggiormente rappresentative nel territorio regionale;

VISTO il documento “Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute”, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO di approvare il documento “Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute”, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento “Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute”, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Le Direzioni regionali Salute e integrazione sociosanitaria e Inclusione sociale provvederanno a tutti gli adempimenti necessari a dare attuazione alla presente deliberazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il presente atto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito internet www.regione.lazio.it

Linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del Budget di Salute



REGIONE
LAZIO

Il presente documento è il risultato del seguente gruppo di lavoro regionale, istituito con **Deliberazione di Giunta regionale 5 giugno 2025, n. 416** e nominato con **Atto di Organizzazione 17 luglio 2025 n. G09235**

Nome	Ente
Andrea Urbani	Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria
Ornella Guglielmino	Direttrice della Direzione Regionale Inclusione Sociale
Marco Nuti	Dirigente dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Ilaria Marchetti	Funzionario dell'Area Disabilità e Invecchiamento Attivo della Direzione Regionale Inclusione Sociale
Giuseppina Cristofaro	Funzionario dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Diana Di Pietro	Direttrice del Dipartimento integrato di Salute mentale, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'ASL Roma 6
Elisa Gullino	Direttrice del Distretto I dell'ASL Roma 1
Marco Marcelli	Direttore della UOC TSMREE e Disabile adulto dell'ASL di Viterbo
Mirella Peracchi	Direttrice Amministrativo Asl Roma 2
Barbara Corsi	Direzione Servizi alla Persona del Dipartimento delle Politiche Sociali e Salute di Roma Capitale
Mauro Gasperini	Distretto sociosanitario RM 6.2 – Consorzio dei Laghi
Rosaria Costa	Distretto sociosanitario VT 3 – Comune di Viterbo
Maria Luisa Scattoni	Istituto Superiore di sanità (ISS)
Antonella Camposeragna	Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP)
Umberto Gialloreti	Presidente della Consulta regionale per la tutela dei diritti della persona con problemi di disabilità
Marinella Cornacchia	Presidente della Consulta Dipartimentale ASL RM5 e Presidente dell'Associazione Regionale Salute Mentale (ARESAM) OdV, Vicepresidente Consulta Cittadina Permanente Salute Mentale di Roma Capitale
Leonardo Musmanno	Vicepresidente della Consulta Dipartimentale ASL RM6, Vicepresidente dell'Associazione familiari e utenti AttivaMente APS e socio fondatore Associazione professionale Italiana Esperti in Supporto tra Pari (AIESP)
Antonio D'Alessandro	Forum Terzo Settore Lazio Aps

Sommario

1. Premessa	1
2. Definizione di Budget di salute	4
3. Obiettivi del documento.....	5
4. Elementi qualificanti della metodologia Budget di salute	6
5. Le risorse del Budget di Salute.....	8
6. Elementi attuativi della metodologia del Budget di salute	9
7. Coinvolgimento della persona, delle associazioni di utenti e famigliari.....	24
8. Sperimentazione e prima applicazione delle linee di indirizzo	26
9. Normativa nazionale e regionale in materia di budget di salute	32

1. Premessa

Le più attuali evidenze scientifiche mostrano quanto sia determinante, nell'ambito della presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi, assicurare adeguati interventi nel territorio e nel contesto di vita, al fine anche di evitare processi di ospedalizzazione inappropriata/istituzionalizzazione.

Per dare una risposta efficace alla complessità dei problemi connessi alla tutela della salute mentale e ai bisogni delle persone con disabilità è fondamentale creare le condizioni strutturali e contesti tecnici innovativi per una integrazione, la più articolata possibile, delle politiche e delle risorse del sistema sanitario e sociale.

In tale contesto risulta nucleare la capacità di un territorio di fornire risposte che integrino i **bisogni di cura con quelli educativi/formativi/lavorativi, abitativi e di habitat/comunità, di socialità/affettività** sperimentando percorsi integrati, partecipati e personalizzati di inclusione sociale di persone con bisogni sociosanitari complessi e per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo, che di fatto possono essere maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, dal vivere autonomo e dai contesti socioculturali. Negli ultimi anni un crescente interesse è stato rivolto alle esperienze territoriali di integrazione sociosanitaria condotte attraverso l'impiego del modello organizzativo gestionale del c.d. "Budget di Salute" (BdS) che rappresenta una delle più avanzate e innovative proposte per favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità.

Il modello del Budget di Salute, previsto dalla L.r. n.11/2016 e riconosciuto dalla L.r. n. 10/2022 come strumento attuativo del progetto di vita personalizzato, si configura come dispositivo strategico per l'integrazione sociosanitaria e la promozione dell'inclusione sociale, in coerenza con i determinanti sociali della salute.

A livello nazionale la L.n.77/2020 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, rappresenta un importante momento di definizione degli elementi che caratterizzano il Budget di Salute, annoverandolo tra gli strumenti innovativi da utilizzare per promuovere la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato e degli enti del Terzo settore, perseguendo una logica capace di ridurre l'istituzionalizzazione, in favore di percorsi che favoriscano la domiciliarità.

Una serie di altre norme (Fondo per le non autosufficienze, Progetti per la Vita indipendente, L.n.112/2016 sul "Dopo di noi") fanno riferimento allo stesso concetto di BdS, anche se denominato con termini diversi (budget di cura, budget di progetto, ecc....).

La L.n. 227/2021 recante Delega al Governo in materia di disabilità stabilisce che nel Progetto di Vita personalizzato sia indicato l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

Di recente, il D.lgs. n. 62/2024, attuativo della suddetta legge delega all'art. 28, ha introdotto il concetto di "budget di progetto" quale strumento integrato a sostegno dell'attuazione del progetto di vita individuale,

personalizzato e partecipato per le persone con disabilità, definendo le modalità di valutazione di base, multidimensionale e di costruzione del progetto stesso.

Nella Regione Lazio, è in corso la sperimentazione delle disposizioni di cui al D.lgs. n. 62/2024 sul territorio della provincia di Frosinone, con decorrenza 1° gennaio 2025 e fino al 31 dicembre 2026, in attuazione dell'art. 33 del medesimo decreto e dell'art. 9 del D.L. n. 71/2024, convertito dalla L. n. 106/2024.

In tale quadro, l'approccio del Budget di Salute si conferma applicabile ai progetti di vita di cui all'art. 14 della L.n. 328/2000, ai piani personalizzati previsti dalla L.r. n. 11/2016, ai progetti del Dopo di Noi di cui alla L.n. 112/2016, nonché ai progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati di cui al D.lgs. n. 62/2024, nei territori ricompresi nella sperimentazione, nelle more della sua piena attuazione su scala regionale.

Anche il DM 77/2022 recante “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, prevede la costruzione di strutture (Case della Comunità) e forme organizzative di servizi sociosanitari (ad es. Punto unico di accesso), capaci di integrare soggetti e risorse al fine di garantire la permanenza di persone non autosufficienti nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale.

Il DPCM 3 ottobre 2022 recante “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze”, all'art.12 del Titolo II dell'Accordo di Programma, elegge il Budget di Salute come lo strumento in grado di superare modelli sociosanitari prestazionali caratterizzati da una forte frammentazione della spesa pubblica e degli interventi, in favore di una ricomposizione delle risorse e delle azioni sviluppate dai progetti di vita individuali, da strutturare per prevenire l'istituzionalizzazione e garantire i diritti fondamentali delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti.

In tale prospettiva, il modello del Budget di Salute risulta coerente e già integrato in diversi provvedimenti regionali che ne hanno anticipato l'applicazione in ambiti specifici del sistema integrato dei servizi sociali. Tra questi si evidenziano:

- gli indirizzi sull'applicazione del budget di progetto per i progetti personalizzati in favore di persone con disabilità, adottati con DGR 554/2021, nell'ambito degli interventi previsti dalla legge 112/2016 (“Dopo di Noi”);
- il Regolamento regionale n. 2/2024, che richiama la coerenza tra gli assegni di cura per persone con disagio psichico e i programmi sostenuti dalla metodologia del Budget di Salute, prevedendo il coinvolgimento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) per la predisposizione di piani personalizzati nei casi di maggiore complessità;
- la sperimentazione delle agenzie per la vita indipendente, avviata con DGR n.971/2021 e successivamente previste dall'art. 7, comma 4, della L.R. n.10/2022 servizi gestiti dalle organizzazioni delle persone con disabilità stesse, con la funzione di sostegno all'informazione sui diritti, alla valutazione e autovalutazione del bisogno, di facilitazione alla predisposizione dei progetti personalizzati, all'empowerment personale e sociale, anche come supporto all'assistenza personale autogestita;

- la sperimentazione dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico e altre disabilità con bisogni complessi, avviata con DGR n.473/2021 e rinnovata con il recente avviso G08896/2025, che promuove un approccio integrato tra interventi sociali e sanitari, anche attraverso l'utilizzo del modello Budget di Salute;
- la programmazione approvata con DGR n.289/2023, relativa al Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità di cui al Decreto 29 luglio 2022, che prevede l'applicazione del Budget di Salute e della co-progettazione tra distretti sociosanitari ed enti del Terzo Settore, per la realizzazione di Piani di Assistenza Individuale (PAI) integrati e personalizzati, in particolare per persone con disturbo dello spettro autistico.

Questi riferimenti confermano la progressiva implementazione del modello budget di salute nella Regione Lazio, quale dispositivo operativo per l'integrazione sociosanitaria e la costruzione di progetti di vita personalizzati, in coerenza con le più recenti normative nazionali e regionali.

2. Definizione di Budget di salute

Il Budget di Salute è un modello di presa in carico generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute ed alla piena inclusione sociale attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. E' costituito dall'**insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona**. Mira a capacitare la persona cioè ad aumentarne il potere e la contrattualità valorizzandone le risorse.

Collega altresì Programma di Cura e Progetto di vita, in una modalità altamente personalizzata, fatti su misura, in un'ottica di welfare generativo di comunità. agendo su tutti gli assi dei determinanti sociali della salute (casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità e apprendimento/espressività/comunicazione).

Garantisce una **governance pubblica** (equipe sociosanitaria, UVMD, Case manager) in grado di integrare, monitorare e verificare gli interventi e le reciproche interazioni tra Programma di cura, Progetto di vita e welfare di comunità.

Individua **modelli regolativi di rapporto con il Terzo Settore** improntati alla cogestione dei progetti e alla loro dinamicità, evitando deleghe inappropriate e scarsamente produttive da parte della pubblica amministrazione precedente. Il protagonismo delle persone si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati che si declinano sui principali determinanti sociali di salute (casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità e apprendimento/espressività/comunicazione) e si strutturano nella definizione di un accordo tra i diversi soggetti coinvolti.

Il BdS si configura dunque come vettore di trasformazione della rete stessa dei servizi, orientando processi di riallocazione delle risorse, contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, individuazione di opportunità e progetti di concreta inclusione socioeconomica e abitativa.

Il modello del BdS propone un cambio di paradigma che impone un ripensamento anche della filiera della residenzialità. Le strutture residenziali, ove possibile, devono ritornare ad essere una soluzione ponte e temporanea, in modo che le risorse stanziare possano essere riorientate verso opportunità innovative come il modello Budget di Salute, al fine di promuovere interventi che rispondano ai bisogni di cura, abitativi, lavorativi e relazionali della popolazione.

In questo quadro, il Budget di Salute (BdS) rappresenta un modello innovativo che favorisce la trasformazione dei Servizi, la riallocazione delle risorse e la lotta alle nuove forme di istituzionalizzazione.

Il BdS si concretizza nei progetti centrati su casa, lavoro e opportunità di socializzazione, che valorizzano le risorse personali e comunitarie. Questo approccio, in espansione in molte Regioni italiane, presenta ancora differenze attuative e gestionali, ma si configura come uno strumento chiave per l'inclusione e la dignità delle persone con bisogni complessi.

3. Obiettivi del documento

Con Deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2025, n. 416 la Regione Lazio ha recepito l'intesa 6 luglio 2022 adottata in Conferenza Unificata "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti" (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022) e ha istituito il gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute. Il documento elaborato è stato oggetto di ampia condivisione e concertazione con gli stakeholder interessati ed in particolare: le ASL, i Consorzi e Distretti sociosanitari, le società scientifiche, il Tavolo regionale di confronto permanente sul tema della disabilità, il Forum regionale del Terzo Settore, le consultazioni dipartimentali della salute mentale, le consultazioni per le persone con disabilità e le associazioni di utenti e familiari nell'ambito della salute mentale e disabilità maggiormente rappresentative nel territorio regionale.

L'obiettivo del presente documento è quello di implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, attraverso la definizione di una metodologia, in coerenza con quanto disposto dalla succitata Intesa, che promuova interventi socio-sanitari flessibili e integrati, in sinergia con il Terzo settore, per potenziare in maniera capacitante i seguenti asset: casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità e apprendimento/espressività/comunicazione.

Il Budget di salute può inoltre rappresentare uno strumento in grado di efficientare alcuni processi sensibili di miglioramento, tra cui:

- Potenziare le competenze del PUA come porta di accesso del cittadino al sistema di cura e inclusione sociale;
- Responsabilizzare le UVMD a garantire una valutazione completa e multidisciplinare dell'utente integrando gli aspetti sanitari, sociosanitari e sociali;
- Sviluppare la cultura della coprogrammazione e co-progettazione pubblico-privato e privato sociale.
- Potenziare la formazione degli operatori delle associazioni, enti e rappresentanti delle persone con disabilità e delle famiglie, fondazioni, agenzie finalizzate al supporto nella definizione di progetti individuali per persone con bisogni socio-sanitari.

4. Elementi qualificanti della metodologia Budget di salute

Il Budget di Salute è uno strumento integrato socio-sanitario finalizzato a sostenere la realizzazione di progetti personalizzati per persone con bisogni complessi, promuovendo percorsi individualizzati di cura, inclusione e partecipazione attiva alla vita comunitaria. Il modello si propone di garantire l'esigibilità del diritto alla salute, contrastare processi di istituzionalizzazione e favorire la permanenza o il rientro della persona nel proprio contesto di vita.

Applicabile, con gli opportuni adattamenti, a tutte le situazioni caratterizzate da bisogni sociosanitari, il Budget di Salute si fonda su alcuni principi fondamentali: la centralità della persona e del suo progetto di vita; la valutazione multidimensionale e multiprofessionale dei bisogni e delle risorse; la partecipazione attiva dell'individuo e della sua rete; l'integrazione tra risorse sanitarie, sociali e comunitarie, coordinate dal sistema pubblico.

I **destinatari** del Budget di Salute sono persone prese in carico dalla rete dei servizi territoriali, che presentano bisogni sanitari e sociali complessi e necessità di sostegno, di sostegno elevato e molto elevato, con rischio di emarginazione, perdita di abilità, cronicizzazione o esclusione.

Il modello del Budget di Salute è a **governo e coordinamento pubblico**, al fine di garantire una reale integrazione tra le componenti sanitarie e sociali. L'attivazione avviene anche su proposta della persona interessata, di un suo legale rappresentante o degli operatori dei servizi pubblici sanitari o sociali che hanno in carico il caso in accordo con la persona.

La componente sanitaria assicura il diritto alla salute e all'abilitazione, mentre quella sociale garantisce i diritti e i doveri di cittadinanza.

Ogni servizio coinvolto nell'attuazione del Budget di Salute opera nel rispetto della propria normativa di riferimento per l'erogazione degli interventi rispondendo comunque al modello organizzativo gestionale del Budget di Salute omogeneo a livello regionale.

L'équipe sociosanitaria, composta almeno da un professionista sanitario, uno sociosanitario e uno sociale, deve garantire il coinvolgimento attivo della persona, dell'eventuale Amministratore di Sostegno secondo il mandato ricevuto, e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi della sua rete. Tale partecipazione è essenziale affinché la persona possa contribuire alla valutazione dei propri bisogni e risorse, esercitare il diritto all'autodeterminazione nella definizione condivisa del progetto di vita e investire consapevolmente anche le proprie risorse economiche.

L'**approccio capacitante**, alla base del modello del Budget di Salute, si fonda sulla costruzione di una relazione di fiducia con la persona, quale condizione essenziale per realizzare una valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse, finalizzata alla definizione del progetto personalizzato. Tale valutazione deve avvenire nel dialogo diretto con la persona, anche mediante l'impiego di strumenti validati e standardizzati, e deve esplorare in modo integrato l'area clinica, il funzionamento

psicosociale, i desideri, i bisogni e le risorse personali e di comunità, nonché gli aspetti legati alla qualità della vita.

Il Budget di Salute **integra il percorso di cura con il progetto di vita della persona**, attraverso la costruzione di un progetto personalizzato elaborato in modo partecipato, sulla base delle valutazioni condotte in tutti gli assi di intervento: casa/habitat, formazione e lavoro, socialità, apprendimento, espressività e comunicazione. Il progetto deve esplicitare obiettivi e azioni da realizzare in ciascuna area, tenendo conto delle preferenze della persona e orientandosi ai principi della recovery.

Il Budget di Salute diventa operativo solo a seguito dell'espressione del consenso da parte della persona, formalizzato attraverso la **sottoscrizione di un accordo** che costituisce parte integrante del progetto. In tale accordo sono esplicitati gli obiettivi da perseguire e gli impegni assunti da tutti i soggetti coinvolti, a garanzia della condivisione del percorso e della piena partecipazione della persona alla definizione e realizzazione del proprio progetto.

Nella fase attuativa, il Budget di Salute è oggetto di **monitoraggio e verifica** costante da parte dell'équipe sociosanitaria, con cadenza almeno annuale e con il coinvolgimento attivo della persona. L'intero processo è coordinato dal case manager, già individuato in fase progettuale, che garantisce la coerenza degli interventi, il raccordo tra i soggetti coinvolti e la valutazione degli esiti. La verifica considera anche specifici indicatori di risultato, utili a rimodulare il progetto in funzione dell'evoluzione dei bisogni e delle condizioni della persona.

5. Le risorse del Budget di Salute

Il Budget di Salute si fonda sull'attivazione integrata e flessibile di risorse economiche, professionali, umane e relazionali, provenienti da più ambiti e soggetti, pubblici e privati, in un'ottica di corresponsabilità e coprogettazione.

Tali risorse concorrono alla realizzazione del progetto personalizzato, sostenendo interventi sanitari, sociosanitari e sociali orientati all'inclusione, all'autonomia e alla realizzazione del progetto di vita della persona.

Risorse del sistema sanitario

Comprendono le risorse economiche e professionali messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie. Tali risorse devono essere programmate annualmente e rese disponibili per l'attivazione dei progetti personalizzati. Includono servizi e interventi ricompresi dai Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017).

Risorse del sistema sociale e degli enti locali

Comprendono le risorse economiche, professionali e strutturali messe a disposizione dagli Ambiti Territoriali Sociali. Tali risorse, attivate e coordinate nell'ambito dei Piani sociali di Zona, rappresentano lo strumento privilegiato per la programmazione integrata degli interventi e servizi sociali territoriali.

Risorse della persona e della rete familiare

Comprendono le risorse economiche (es. pensioni, redditi, contributi, indennità, ecc.), relazionali e affettive messe a disposizione dalla persona e dalla rete familiare, laddove presenti ed impiegabili. La partecipazione attiva della persona al proprio progetto include l'investimento consapevole di parte delle proprie risorse in coerenza con il principio di autodeterminazione e con la logica della corresponsabilità.

Risorse della comunità

Comprendono le risorse – finanziarie e non finanziarie – attivabili attraverso la rete territoriale, costituite ad esempio da enti del Terzo settore, associazioni, imprese sociali, fondazioni, ordini professionali, soggetti privati, realtà informali (quali gruppi di mutuo aiuto, reti di vicinato, comitati spontanei, ecc.) e altri enti pubblici. Tali risorse concorrono alla costruzione di contesti inclusivi e generativi, promuovendo la partecipazione attiva, la socializzazione e forme di coabitazione solidale. Il raccordo con le opportunità presenti a livello locale – anche di natura privata – consente di valorizzare competenze, beni strumentali, immobili, attrezzature e risorse umane aggiuntive, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e complementarità tra attori istituzionali e comunitari.

6. Elementi attuativi della metodologia del Budget di salute

Accordo di Programma per l'attuazione del Budget di Salute

In coerenza con le linee programmatiche approvate in sede di Conferenza Unificata il 6 luglio 2022, la Regione Lazio intende promuovere una cornice operativa condivisa, finalizzata a garantire un quadro applicativo omogeneo sull'intero territorio regionale. Tale approccio mira a favorire l'integrazione tra i diversi livelli istituzionali e a sostenere l'attuazione coordinata degli interventi, nel rispetto dei principi di equità territoriale, semplificazione procedurale e valorizzazione delle buone pratiche. La definizione di un impianto metodologico comune rappresenta, in tal senso, uno strumento strategico per accompagnare i territori nella realizzazione degli obiettivi previsti, assicurando coerenza, efficacia e sostenibilità delle azioni intraprese.

È pertanto necessario ricondurre gli elementi attuativi delle linee programmatiche nazionali alla cornice normativa regionale, affinché l'attuazione del Budget di Salute risulti realmente applicabile.

Per questo, si propone una sequenza metodologica fondata su strumenti giuridici e procedurali coerenti con il quadro normativo nazionale e regionale, in particolare con la L.n. 328/2000, la L.r. n.11/2016, il Piano sociale regionale 2025-2027, il Codice del Terzo Settore (D.lgs. n.117/2017) e il DM 72/2021 e la DGR n.987/2023, nonché ove applicabile il D.Lgs. 3 maggio 2024, n.62.

Il presupposto dell'attuazione del Budget di Salute è l'assunzione da parte dell'amministrazione pubblica di cambio di paradigma: **da una logica prestazionale a una logica progettuale, centrata sulla persona e sulla comunità.**

Il Piano Sociale Regionale 2025–2027 individua l'integrazione sociosanitaria come uno degli assi portanti delle politiche di welfare, promuovendo la costruzione di una rete territoriale coordinata tra Comuni, ASL e Terzo Settore, in grado di rispondere ai bisogni complessi delle persone e delle comunità.

L'art. 51 della L.r. n.11/2016 stabilisce che, per garantire il coordinamento e l'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie, le aziende sanitarie locali e i comuni associati stipulino una convenzione o **accordo di programma**. L'accordo di programma è parte integrante del Piano sociale di zona di cui all'art. 48 della L.r. n.11/2016.¹

L'Accordo costituisce lo strumento attraverso il quale si attua una governance multilaterale e partecipata, finalizzata alla costruzione dell'offerta integrata, anche attraverso progetti personalizzati attivati mediante il Budget di Salute, nel quadro di una responsabilità condivisa. Pertanto, le procedure applicative del Budget di

¹ La Regione ha adottato uno schema di accordo di programma per l'integrazione sociosanitaria con la DGR 20 ottobre 2023, n. 658 "DPCM 3 ottobre 2022. "Approvazione del Piano regionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022-2024"

Salute dovranno essere ricomprese anch'esse nell' accordo, quale strumento unitario di governance e coordinamento degli interventi.

Qualora sul territorio non sia stato ancora formalizzato l'Accordo, sarà cura della ASL e del Distretto sociosanitario definirlo. Anche nel caso sia stato formalizzato, dovrà essere integrato dando piena attuazione agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa attraverso la declinazione degli impegni reciproci, in riferimento ai progetti personalizzati sostenuti dal modello del Budget di Salute di cui al presente documento.

Nell'accordo di programma dovrà, tra le altre cose, essere individuata l'amministrazione procedente nella fase di co-programmazione e co-progettazione esecutiva, con attribuzione dei compiti specifici, nel rispetto delle disposizioni del D.lgs. n.117/2017, del D.M. 72/2021 e DGR n.987/2023 e la costituzione e gestione di un elenco territoriale unico per la ASL e il distretto sociosanitario di Enti del Terzo Settore, da formare mediante avviso pubblico e da utilizzare come base per la partecipazione ai processi di co-progettazione. L'elenco potrà essere aggiornato anche sulla base delle pregresse esperienze di coprogrammazione e coprogettazione.

Laddove stipulato l'accordo previsto dal piano regionale non autosufficienza di cui alla DGR n.658/2023, dovrà essere stipulato un relativo addendum che espliciti quanto su indicato e gli interventi sostenuti da Budget di Salute.

L'Accordo di Programma si configura pertanto come dispositivo operativo, capace di tradurre gli indirizzi strategici in procedure concrete e condivise, promuovendo un welfare territoriale generativo, inclusivo e personalizzato, fondato sui principi di sussidiarietà orizzontale e amministrazione condivisa previsti dal D.lgs n.117/2017.

In fase di sperimentazione e di prima applicazione delle presenti linee di indirizzo, stante l'attivazione già avvenuta di azioni o interventi in coprogettazione ricompresi nel Budget di Salute, da parte della ASL o del Distretto sociosanitario, il welfare territoriale dovrà ricomprendere tutte le risorse a disposizione, o comunque un forte raccordo con le altre iniziative, utili alla definizione in UVMD del progetto personalizzato.

Co-programmazione

La co-programmazione si configura come procedimento amministrativo strutturato e formalizzato, finalizzato alla definizione condivisa degli obiettivi generali, delle priorità di intervento, delle modalità di attuazione e delle risorse disponibili per la realizzazione dei progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute. Essa si fonda sul principio di sussidiarietà orizzontale e promuove la partecipazione attiva degli Enti del Terzo Settore nella costruzione delle politiche pubbliche.

In tale prospettiva, la co-programmazione assume un ruolo strategico nella costruzione di percorsi volti a favorire la permanenza e la cura della persona nel proprio contesto di vita, attraverso l'attivazione di risorse familiari, comunitarie e territoriali. La fase di co-programmazione consente infatti di rilevare, in modo

partecipato, i bisogni emergenti del territorio, anche relativi ad obiettivi di deistituzionalizzazione e di costruire le condizioni di fattibilità e sostenibilità degli interventi, promuovendo l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e attori della comunità.

La co-programmazione, pur nella sua specificità giuridica ai sensi del D.lgs. n.117/2017, risulta coerente con le pratiche già consolidate presso i distretti sociosanitari, in particolare con le modalità adottate per la pianificazione e redazione del Piano Sociale di Zona. In tale ambito, è prassi attivare tavoli di concertazione con Enti del Terzo Settore, organizzazioni sindacali e rappresentanze della cittadinanza, finalizzati alla definizione condivisa di obiettivi, priorità e contenuti programmatici, antecedentemente all'approvazione del documento definitivo.

Pertanto, la co-programmazione dei processi inerenti progetti personalizzati con Budget di Salute dovrà prevedere:

- la formalizzazione del processo mediante apposito avviso pubblico di co-programmazione, che consenta la partecipazione degli Enti del Terzo Settore in forma aperta e non discriminatoria. L'avviso è promosso congiuntamente dai distretti sociosanitari e dalle Aziende Sanitarie Locali, a prescindere da quale sia l'amministrazione procedente, in quanto soggetti titolari della programmazione integrata, e deve garantire il coinvolgimento effettivo di tutti gli attori istituzionali e comunitari interessati alla definizione condivisa degli interventi (soggetti del Terzo Settore, rappresentanze comunitarie, consulte della disabilità e della salute mentale, associazioni, Esperti in Supporto Pari (ESP), imprese del territorio, altri servizi pubblici, rappresentanze sindacali) secondo logiche di collaborazione e amministrazione condivisa;
- la redazione di un documento istruttorio di co-programmazione, contenente l'analisi dei bisogni, la mappatura delle risorse territoriali, le priorità di intervento, gli obiettivi strategici e i criteri per l'attivazione dei percorsi sostenuti da Budget di Salute. Tale documento rappresenta la base per la successiva co-progettazione esecutiva, e deve includere anche la rilevazione dei nodi e delle opportunità necessità legate alla deistituzionalizzazione, e alla prevenzione all'istituzionalizzazione, in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione).

Per favorire una co-programmazione più snella, inclusiva e orientata all'impatto, si raccomanda l'adozione di misure quali:

- Semplificazione procedurale, attraverso avvisi pubblici essenziali e chiari, modelli standardizzati per verbali e documenti, e ruoli ben definiti con facilitatori competenti;
- Cultura della collaborazione, promuovendo la formazione interna degli operatori pubblici e valorizzando il Terzo Settore come partner strategico e non solo esecutore;
- Inclusione e pluralismo, garantendo che il processo sia realmente aperto a una pluralità di soggetti, anche meno strutturati, attraverso criteri di accesso proporzionati e supporto alla partecipazione;

- Strumenti digitali e trasparenza, mediante l'uso di piattaforme collaborative, la pubblicazione accessibile di sintesi e verbali, e la tracciabilità del processo.

Tale processo costituisce la base giuridico-amministrativa per la successiva co-progettazione esecutiva dei progetti di vita personalizzati, garantendo coerenza con la programmazione regionale e territoriale, valorizzazione delle risorse territoriali e attuazione dei principi del welfare di comunità.

Co-progettazione

La fase di co-progettazione, quale sviluppo operativo della co-programmazione, si configura come procedura di affidamento in partenariato ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n.117/2017, in coerenza con le Linee guida ministeriali (DM 72/2021) e regionali (DGR n.987/2023) e con quanto previsto dal nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D.lgs. n.36/2023). L'art. 6 di quest'ultimo consente alla Pubblica Amministrazione di attivare modelli organizzativi fondati sulla sussidiarietà e sulla solidarietà, riconoscendo la coesistenza di due paradigmi distinti per l'affidamento dei servizi: quello concorrenziale, basato sul mercato, e quello collaborativo, fondato sull'amministrazione condivisa.

Si specifica che la co-progettazione non si pone in alternativa alle altre forme di affidamento, ma le integra e le completa, offrendo uno strumento flessibile e partecipativo, capace di rispondere alla complessità dei bisogni e di promuovere un welfare territoriale generativo e personalizzato. In generale, rimane comunque ferma la facoltà per le amministrazioni pubbliche di ricorrere alle procedure previste dal Codice dei Contratti Pubblici (D.lgs. n. 36/2023).

La co-progettazione, in quanto processo circolare e relazionale, richiede competenze trasversali, capacità di sintesi tra attori istituzionali e non, e una gestione attenta delle dinamiche di gruppo. Essa implica la costruzione condivisa di obiettivi, metodologie e strumenti, in uno spazio di contaminazione tra saperi, esperienze e visioni. Tale approccio è reso sempre più necessario dallo sviluppo del welfare di comunità e dall'emersione di nuove fragilità, che impongono una risposta integrata, efficace ed efficiente, fondata sulla corresponsabilità tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore.

In particolare, la co-progettazione assume un ruolo centrale nella definizione e attuazione dei progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute, strumenti innovativi di presa in carico che valorizzano le risorse personali, familiari e comunitarie, promuovendo percorsi di cura e inclusione nel contesto di vita della persona che prevedono la partecipazione attiva dei diretti beneficiari. Tali progetti, costruiti in modo partecipato e multidisciplinare, mirano al acquisizione/recupero delle autonomie e al reinserimento sociale, attraverso interventi integrati in tutti gli assi (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione).

Le Linee programmatiche per il Budget di Salute di cui all'intesa del 6 luglio 2022 prevedono che le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali, in coerenza con il principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.) e con l'art. 55 del D.lgs. n.117/2017, istituiscano elenchi di Enti del Terzo Settore qualificati.

Gli elenchi di ETS qualificati per la realizzazione di progetti sostenuti da Budget di Salute rappresentano uno strumento amministrativo utile a:

- Individuare soggetti competenti e specializzati in ambiti sociosanitari, socioeducativi, sociooccupazionali e socio-abilitativi;
- Garantire qualità e coerenza nella realizzazione dei progetti personalizzati, finalizzati al recupero di autonomie e al reinserimento sociale;
- Semplificare le procedure di coprogettazione, permettendo all'amministrazione di coinvolgere nel processo gli ETS già individuati, in possesso dei requisiti verificati ex ante.

In tale quadro, la co-progettazione costituisce il momento operativo in cui si definiscono, in modo condiviso, le modalità di attuazione dei progetti personalizzati con Budget di Salute, orientati a promuovere tra l'altro la deistituzionalizzazione, la domiciliarità, il radicamento nella comunità, il supporto all'apprendimento, all'espressività e alla comunicazione, la formazione e il lavoro e la prossimità dei servizi. Essa consente di costruire soluzioni integrate e sostenibili, capaci di valorizzare le risorse territoriali e relazionali, favorendo percorsi di cura e inclusione che si sviluppino nel contesto di vita della persona e ne rispettano la centralità.

Forme di co-progettazione

Il DM 72/2021 prevede due forme di co-progettazione fondate sui principi dell'amministrazione condivisa. In entrambi le forme di co-progettazione, è prevista una procedura di selezione trasparente e non discriminatoria, finalizzata all'individuazione dei soggetti con cui attivare il percorso di partenariato. La scelta della modalità da adottare è concordata da Azienda Sanitaria Locale e dal distretto sociosanitario in quanto titolari della programmazione e attuazione integrata, sulla base degli esiti della Coprogrammazione, della pregressa conoscenza della rete territoriale, dei livelli di innovazione sociale già in atto.

La prima modalità di co-progettazione si avvia mediante avviso, rivolto agli ETS, e consente di costruire congiuntamente, attraverso tavoli di coprogettazione, una proposta di progettualità sui diversi assi, a partire da un quadro di bisogni condiviso, valorizzando la pluralità delle competenze e delle proposte.

Questa prima modalità si applica nei casi in cui le Pubbliche Amministrazioni (ASL e Ambito Territoriale Sociale) avviano congiuntamente, concordando quale sia l'amministrazione procedente, un percorso di coprogettazione con gli Enti del Terzo Settore, a partire da un fabbisogno territoriale individuato nella fase di co-programmazione e da obiettivi generali condivisi, ai fini di una *definizione puntuale delle azioni da realizzare* sia in ambito sociosanitario (LEA) che socioassistenziale (LEPS).

Tale modalità, partendo da un progetto di massima, consente di mettere a punto attraverso tavoli di co-progettazione, progetti condivisi definendo modalità di realizzazione, risorse, metodi di valutazione, spese ammissibili, contributi economici.

L'individuazione degli enti del Terzo settore da coinvolgere nel partenariato dovrà avvenire attraverso procedimenti ex articolo 12 della legge n. 241/1990, rispettosi dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento.

Centrale sarà il ruolo dell'amministrazione procedente alla quale compete la predeterminazione degli obiettivi generali e specifici del progetto, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso, nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner.

Una volta individuato l'ente o gli enti partner, lo sviluppo dell'attività vera e propria di co-progettazione non potrà riguardare aspetti caratterizzanti del progetto ma esclusivamente modalità attuative e non potrà produrre modifiche al progetto tali che, se originariamente previste, avrebbero potuto determinare una diversa individuazione del partner.

Il progetto definitivo che ne scaturisce conterrà il piano economico-finanziario, l'assetto organizzativo relativo alle progettualità oggetto dell'avviso e il sistema di monitoraggio e valutazione. L'accordo che ne scaturisce a conclusione dell'iter procedimentale sarà oggetto di convenzione.

La seconda modalità si basa sulla costituzione di un Elenco dei soggetti qualificati (c.d. "accreditati"), e viene adottata quando le Pubbliche Amministrazioni hanno già definito con chiarezza le progettualità da realizzare e intendono avviare i progetti personalizzati, individuando gli ETS più idonei a collaborare nella *fase esecutiva* su ciascun caso progettuale. Potrà facilitare le fasi successive della coprogettazione dei progetti personalizzati la creazione di sezioni dedicate all'interno degli elenchi, finalizzate ad esempio a differenziare gli ETS sui diversi assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), su target di bisogno e/o su specifici ambiti geografici, al fine di garantire una maggiore aderenza ai bisogni locali e una più efficace attivazione dei progetti.

Dopo la selezione degli ETS da accreditare, viene istituito un "Elenco" da cui attingere; il rispetto dei principi della Legge n. 241/1990 comporta, in primo luogo, che tale Elenco dovrebbe essere di tipo "aperto", in modo da garantire agli ETS, che decidano di iscriversi ad esso, avendone i requisiti, di poter avere le medesime opportunità degli altri ETS accreditati.

Entrando nel merito del tema della scelta degli ETS accreditati, le linee guida ministeriali (DM 72/2021) osservano che, di norma e laddove possibile, l'individuazione degli ETS iscritti nell'Elenco, chiamati a svolgere l'attività/servizio, dovrebbe essere riservata al beneficiario finale.

Si precisa che questo "accreditamento", previsto dall'art. 55, quarto comma, del Codice del Terzo Settore (CTS) costituisce uno strumento funzionale alla partecipazione degli Enti del Terzo Settore ai procedimenti di co-progettazione, da non intendersi come modalità di affidamento di servizi sociosanitari e assistenziali disciplinate dal D.lgs. n.502/1992 e dalle relative normative regionali. In particolare, l'accreditamento ai sensi del CTS non implica l'instaurazione di un rapporto contrattuale di tipo privatistico né configura un affidamento diretto di prestazioni, bensì rappresenta una condizione preliminare per l'accesso a percorsi di collaborazione istituzionale fondati sulla condivisione di obiettivi, risorse e responsabilità.

In sintesi, si riportano, nel Box sottostante, le modalità descritte indicate dal DM 72/2021.

BOX - Le fasi del procedimento di co-progettazione

- 1) Avvio del procedimento con atto del dirigente della PA, anche su iniziativa degli ETS e a seguito dell'attività di co-programmazione;
- 2) pubblicazione dell'avviso e dei relativi allegati;
- 3) svolgimento delle sessioni di co-progettazione;
- 4) conclusione della procedura ad evidenza pubblica;
- 5) sottoscrizione della convenzione.

BOX - Le fasi del procedimento di co-progettazione nella forma di accreditamento

- 1) Avvio del procedimento con atto del dirigente della PA, anche su iniziativa degli ETS e a seguito dell'attività di co-programmazione;
- 2) pubblicazione dell'avviso e dei relativi allegati;
- 3) istituzione dell'Elenco/Albo degli ETS accreditati;
- 4) svolgimento delle sessioni di co-progettazione;
- 5) conclusione della procedura ad evidenza pubblica;
- 6) sottoscrizione del patto di accreditamento.

Requisiti minimi degli ETS qualificati per la realizzazione di progetti sostenuti da Budget di Salute

- iscrizione nel RUNTS;
- coerenza dell'attività statutarie dell'ente e quelle previste dall'avviso di coprogettazione;
- avere sede legale e operativa nella Regione Lazio;
- insussistenza di una delle cause di esclusione previste dalla disciplina vigente in materia di contratti pubblici, analogicamente applicato alla presente procedura, per le finalità appena richiamate, ed in quanto compatibili;
- assenza delle cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs. n.36/2023 (Codice dei contratti pubblici);
- Assenza di cause di incompatibilità e inconferibilità di incarichi di cui alla normativa vigente;
- Adesione al codice di comportamento adottato dalle Amministrazioni procedenti;
- non versare nei confronti dell'Amministrazione procedente in alcune delle ipotesi di conflitto di interesse previste dall'art. 6-bis, L.n. 241/1990;
- essere nel pieno e libero esercizio delle proprie attività, cioè non risultare in stato di fallimento, concordato preventivo o di amministrazione controllata, o avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- per tutti i Soggetti che hanno una posizione INAIL o INPS attiva: essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica;
- essere in regola con l'applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro e di rispettare le norme per il diritto al lavoro delle persone con disabilità;
- applicare al personale dipendente il contratto collettivo nazionale di lavoro vigente del settore nonché di eventuali contratti integrativi;
- possesso di tutte le autorizzazioni di legge per l'esercizio dell'attività;

- avere un'esperienza comprovata di almeno tre anni di coordinamento e/o gestione di interventi nell'ambito dell'avviso di coprogettazione, con accordi/convenzioni con pubbliche amministrazioni.

Al fine di realizzare una concreta integrazione sociosanitaria, la coprogettazione di progetti personalizzati basati sul Budget di Salute richiede, in ogni territorio, l'individuazione di Enti del Terzo Settore (ETS), anche in forma associata temporanea di impresa o di scopo (ATI/ATS), dotati di personale e competenze idonee alla realizzazione di interventi coerenti con il modello.

Tali ETS devono essere in grado di attuare, in co-gestione con i servizi pubblici, interventi sociosanitari riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 (artt. 24, 25, 26, 27, 28, 57, 60), utilizzando le relative risorse sanitarie, nonché interventi sociali rientranti nei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), ai sensi della L.n. 328/2000 e della L.R. n.11/2016, mediante l'impiego delle risorse sociali. Le attività da co-gestire dovranno essere coerentemente ricomprese negli statuti degli ETS coinvolti.

Potranno candidarsi a partecipare ai processi di coprogettazione anche ETS che erogano prestazioni in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) con competenze e personale per attività sociosanitarie coerenti con il modello proposto, nonché ETS già iscritti ai registri distrettuali dei Soggetti Gestori dei Servizi alla Persona, ed ETS gestori dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico di cui all'avviso n.G08896 del 10/07/2025.

Fase della Valutazione multidisciplinare

A seguito delle procedure amministrative sopra descritte, si avvia la fase della valutazione multidisciplinare, che rappresenta il momento tecnico-decisionale per la definizione del singolo progetto in accordo con la persona.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale rappresenta una fase centrale e qualificante nei percorsi attivati con il Budget di Salute.

È condotta dalla Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD), la cui componente fissa prevede sempre la presenza di professionisti dei servizi sanitari e sociali che hanno in carico la persona, con potere decisionale in merito agli obiettivi e alle risorse attivabili, e si svolge in modo partecipato, coinvolgendo sempre la persona e, su sua richiesta, i suoi referenti significativi. La composizione della UVMD è definita in conformità alle indicazioni e agli aggiornamenti previsti dai diversi atti regionali di riferimento.

La valutazione è finalizzata alla costruzione condivisa del progetto personalizzato, e si avvale di strumenti validati e condivisi, atti a esplorare in modo attendibile le diverse dimensioni del bisogno: clinica, funzionamento psicosociale, qualità della vita, motivazione al cambiamento e gradimento. È svolta sulla base di un metodo multidisciplinare ed è fondata sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD.

Questo approccio garantisce una reale integrazione sociosanitaria, una personalizzazione effettiva degli interventi e la co-costruzione del progetto di vita, superando la logica della mera erogazione di prestazioni.

Co-progettazione esecutiva del progetto personalizzato

All'interno dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale Distrettuale (UVMD), dopo la fase valutativa, viene sviluppata una proposta progettuale con la partecipazione attiva della persona, attraverso una fase di co-progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nel percorso, inclusi i referenti sanitari, sociali, ETS individuati e, ove presenti, familiari o figure di supporto.

Al termine di tale processo, viene definito il progetto personalizzato, corredato dal relativo Budget di Salute e dall'identificazione del Case Manager, individuato in relazione al bisogno prevalente, quale referente del progetto e viene formalizzato un accordo tra le parti.

Gli elementi minimi del progetto personalizzato sono:

- Gli obiettivi nei diversi assi dei determinanti sociali della salute
- Risorse umane, ambientali, materiali ed economiche necessarie, distinguendo quelle già disponibili da quelle da attivare, con indicazione delle fonti di finanziamento secondo le normative vigenti
- Piano dettagliato degli interventi, con eventuali priorità e, nel caso di piani di intervento già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi
- Operatori e figure coinvolte, con compiti e responsabilità
- Programmazione dei tempi di verifica e ipotesi di durata del progetto
- Il Case Manager/referente del progetto.

Assi di intervento ed elementi minimi del progetto personalizzato

La co-progettazione esecutiva deve integrare unitariamente interventi sanitarie e azioni di protezione sociale. Il progetto personalizzato sostenuto da Budget di Salute si articola su assi di intervento che corrispondono ai principali determinanti sociali della salute, con l'obiettivo di promuovere il benessere complessivo della persona e favorirne la permanenza nel contesto di vita prescelto, attraverso l'attivazione integrata di risorse sanitarie, sociali, educative e comunitarie. Gli assi fondamentali sono: casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità e apprendimento/espressività/comunicazione.

Questi assi non costituiscono ambiti separati, ma si integrano funzionalmente tra loro, anche con gli interventi più prettamente sanitari, contribuendo alla costruzione di progetti personalizzati orientati al benessere della persona, alla qualità della vita e alla piena inclusione nella comunità.

- Asse casa/habitat

La casa rappresenta il primo luogo di cura e di vita, nonché uno dei fulcri del progetto personalizzato sostenuto dal Budget di Salute. In coerenza con i principi dell'autodeterminazione, della domiciliarizzazione delle cure e della deistituzionalizzazione, il Budget di Salute promuove e sostiene interventi finalizzati a garantire la permanenza della persona nel proprio contesto abitativo, attraverso azioni di adattamento dell'ambiente domestico, supporto educativo, riabilitativo e assistenziale, anche con reperibilità nelle 24 ore, ove necessario.

Le soluzioni abitative devono essere inserite in contesti di vita comunitari, accessibili, inclusivi e ben collegati alla rete dei servizi territoriali, in un'ottica di integrazione tra sistema di cura e comunità. Il Budget di Salute si configura come strumento strategico per superare modelli assistenziali centrati sull'istituzionalizzazione, favorendo percorsi di vita indipendente e sostenendo la transizione da contesti residenziali a soluzioni abitative personalizzate.

Sono pertanto escluse le attivazioni di Budget di Salute finalizzate alla copertura di spese in strutture residenziali. Al contrario, lo strumento è espressamente raccomandato per sostenere interventi finalizzati all'acquisizione, recupero e mantenimento delle abilità necessarie alla vita autonoma e orientati alla transizione verso la domiciliarità, con un orizzonte temporale definito e un progetto personalizzato che preveda il rientro della persona in un'abitazione civile, in coerenza con i principi della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia.

Sono valorizzate forme innovative di abitare, come la coabitazione solidale, il co-housing e il riuso del patrimonio pubblico o di beni confiscati, attraverso la collaborazione con la rete degli enti territoriali, terzo settore e soggetti privati.

Gli alloggi devono rispettare i requisiti previsti per le civili abitazioni in materia di urbanistica, edilizia, igiene, sicurezza e manutenzione, garantendo condizioni di comfort, accessibilità e sicurezza per la persona e per gli operatori coinvolti. Particolare attenzione va posta alla personalizzazione degli spazi, alla prossimità ai servizi e alla possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale e comunitaria.

▪ Asse socialità e apprendimento/espressività /comunicazione

Questo asse promuove la costruzione e il rafforzamento dei legami della persona con la comunità, favorendo la partecipazione attiva alla vita sociale, l'esercizio dei diritti di cittadinanza e l'inclusione in contesti relazionali significativi. Il progetto personalizzato deve prevedere azioni che valorizzino le risorse personali, familiari e comunitarie, facilitando l'accesso a reti formali e informali e sostenendo la partecipazione a iniziative culturali, educative, ricreative e aggregative.

Le azioni previste possono includere percorsi di socializzazione, laboratori esperienziali, attività peer-to-peer, attività sportiva, educazione all'affettività e alla cittadinanza attiva, nonché interventi di supporto nei diversi contesti di vita, con il coinvolgimento attivo di familiari, caregiver e soggetti significativi.

Gli interventi sono individuati sulla base delle preferenze e scelte della persona.

Il Budget di Salute, in questo ambito, si configura come strumento generativo e flessibile, capace di attivare risorse integrate per sostenere percorsi di inclusione, appartenenza e riconoscimento, contribuendo a contrastare l'isolamento, lo stigma e la marginalità, e restituendo alla persona un ruolo attivo e contrattuale nel proprio progetto.

Nel caso di minori e adolescenti, tale asse mira allo sviluppo delle autonomie, della comunicazione e dell'interazione sociale, anche in contesti di gruppo, con progettualità con valenza psico-educativa, socio-educativa e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana, anche con interventi sulla rete sociale formale e informale.

In particolare, in adolescenza gli interventi dovranno tenere presente anche la necessità di sostenere le capacità relazionali, le reti amicali, familiari, unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali, favorendo la costruzione di un'immagine e di un'identità personale e sociale positiva attraverso la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative e sportive in collaborazione con realtà che possano accogliere ragazzi/giovani (mondo sportivo, volontariato, associazionismo, ecc.).

A titolo esemplificativo potranno essere svolte attività di accompagnamento e supporto nella scoperta e acquisizione di competenze nelle abilità sociali (social skills); attività di supporto individualizzato e accompagnamento ai servizi ed alle opportunità anche tramite piattaforme online; attività di educazione e supporto rispetto al mondo virtuale; attività educative legate all'alfabetizzazione delle emozioni, dell'identità sessuale, alla consapevolezza rispetto a talenti, passioni e inclinazioni; attività peer to peer e percorsi di cittadinanza attiva; interventi educativi nell'ambito familiare e scolastico.

Le progettualità di questo ambito dovranno essere strutturate all'interno di forti reti con tutti quei soggetti del mondo sportivo, associativo e del volontariato, anche attraverso l'attivazione di esperienze laboratoriali di gruppo.

- Asse formazione/lavoro

La formazione e l'inserimento lavorativo rappresentano elementi strategici del Budget di Salute, in quanto strumenti fondamentali per l'inclusione sociale, la valorizzazione delle capacità individuali e la promozione di un ruolo sociale attivo e riconosciuto della persona.

I progetti devono prevedere percorsi personalizzati, differenziati per intensità, obiettivi e modalità, che includano tirocini di inclusione sociale, tirocini per il collocamento mirato, inserimenti lavorativi protetti, accompagnamento al lavoro e sostegno educativo e formativo.

Il Budget di Salute potrà essere finalizzato all'avvio di attività di formazione professionale, all'orientamento al lavoro, all'inserimento in contesti produttivi, oppure a interventi prevalentemente riabilitativi e occupazionali, in funzione delle caratteristiche, delle attitudini e dei bisogni della persona.

I percorsi possono essere gradualisti e progressivi, costruiti in modo personalizzato e partecipato, tenendo conto della condizione, delle preferenze e delle aspirazioni della persona, con l'obiettivo di valorizzarne il potenziale e promuoverne un ruolo sociale attivo.

In tale prospettiva, possono essere adottate metodologie che consentono di accompagnare la persona in esperienze lavorative supportate, favorendo l'inclusione in contesti ordinari e la costruzione di traiettorie professionali sostenibili (ad esempio il modello IPS - Individual Placement and Support).

Le progettualità su quest'asse devono essere strutturate all'interno di reti territoriali solide e collaborative, che coinvolgano enti formativi, imprese, soggetti del terzo settore, centri per l'impiego, servizi per l'inserimento delle persone con disabilità (SILD), associazioni e realtà del mondo del profit che riconoscano una responsabilità sociale d'impresa, auspicando inserimenti lavorativi stabili. È possibile altresì promuovere esperienze laboratoriali e formative, individuali e di gruppo, che favoriscano l'apprendimento, la socializzazione e l'inserimento nel mondo del lavoro, anche attraverso la creazione di imprese sociali e promuovendo l'autoimprenditorialità.

Accordo operativo

Il passaggio alla fase attuativa avviene con la sottoscrizione di un **accordo operativo** che esplicita gli impegni assunti e le risorse messe a disposizione da ciascuna parte coinvolta. Tale accordo è sottoscritto da:

- La persona titolare del progetto
- Eventualmente da un familiare/caregiver, con consenso della persona assistita
- Tutore o amministratore di sostegno, se presente
- Referenti del servizio sanitario coinvolti
- Referenti del servizio sociale coinvolti
- Referente dell'Ente/i del Terzo Settore coinvolto nella coprogettazione
- Eventuali referenti degli enti gestori dei altri servizi

L'accordo operativo rappresenta lo strumento formale che sancisce gli impegni assunti dalle parti coinvolte nel progetto personalizzato. In esso vengono definiti con chiarezza gli obblighi reciproci, le risorse assegnate, i criteri di rendicontazione e le modalità di verifica. L'accordo individua, inoltre, i referenti istituzionali e tecnici responsabili dell'attuazione, garantendo una regia condivisa e trasparente del percorso.

Sono previste clausole di revisione e aggiornamento, da attivare in funzione dell'evoluzione del progetto e dei risultati conseguiti, al fine di assicurare flessibilità e capacità di adattamento alle esigenze emergenti.

Il Case Manager (o referente del progetto) svolge un ruolo centrale nel coordinamento delle attività di verifica e monitoraggio, assicurando la coerenza tra gli obiettivi definiti, le risorse attivate e i risultati attesi. È sua responsabilità promuovere eventuali riprogettazioni, qualora si manifestino nuovi bisogni o opportunità nel percorso della persona.

Livelli di intensità

L'accordo operativo può essere modulato su tre livelli di intensità, definiti in base alla complessità dei bisogni della persona, alla sua condizione sociosanitaria, ai contesti di vita e agli obiettivi posti. L'individuazione di questi livelli ha lo scopo di offrire un orientamento condiviso e coerente per l'allocazione delle risorse sanitarie, sociali ed altre risorse economiche, in modo proporzionato rispetto alla prevalenza del bisogno, agli obiettivi, ambiti di intervento e risorse umane da coinvolgere, mantenendo alta flessibilità nella formulazione delle risposte sui diversi assi e possibilità di riformulazione del tempo:

- **Alta intensità:** riguarda persone con problematiche sociosanitarie, con necessità sostegno elevato o molto elevato e limitata capacità di autodeterminazione, assenza di reti familiari e comunitarie, e mancanza di contesti di vita favorevoli allo sviluppo sociale ed economico. In questi casi è necessario un accompagnamento continuativo e strutturato, che preveda interventi quotidiani estesi sull'intera giornata, con forte componente di mediazione, attivazione e supporto personale e sociale;
- **Media intensità:** si riferisce a persone che, pur presentando problematiche sociosanitarie significative e necessità di sostegno medio vivendo in contesti che presentano barriere e poche facilitazioni, possono beneficiare di interventi quotidiani mirati in fasce orarie specifiche. Il sostegno si articola in attività con un grado di attivazione costante ma meno esteso rispetto ai casi ad alta intensità;
- **Bassa intensità:** riguarda persone con necessità di sostegno lieve che, grazie alla presenza di reti di supporto e di contesti di vita favorevoli, necessitano di interventi limitati e circoscritti, distribuiti in alcune fasce orarie o giorni della settimana. L'obiettivo è rafforzare la capacità di autodeterminazione, migliorare la contrattualità sociale e garantire l'accesso effettivo ai diritti di cittadinanza.

Il progetto personalizzato assicura il coordinamento tra i sostegni, i servizi e i piani di intervento tra i quali anche gli interventi sanitari e sociosanitari, previsti dal DPCM 12 gennaio 2017, erogati secondo le modalità e i requisiti stabiliti dal D.lgs. n.502/1992 e successive modificazioni, nonché altri interventi riconducibili ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), come definiti dalla L.n.328/2000 e dalla L.r. n.11/2016 realizzati a livello territoriale compresi i sostegni e gli interventi attivati prima dell'elaborazione del progetto, con l'eventuale aggiornamento degli stessi per essere coerenti al progetto personalizzato.

Tutti gli interventi, integrate nel progetto personalizzato, concorrono al perseguimento della migliore qualità della vita possibile, alla partecipazione attiva della persona nei diversi ambiti dell'esistenza e alla piena inclusione sociale, nel rispetto dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali.

In tale prospettiva, gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivabili nell'ambito del Budget di Salute devono essere armonizzate e coordinate all'interno di un disegno unitario, che ne garantisca la coerenza funzionale, la complementarità operativa e la sostenibilità complessiva.

Il progetto personalizzato si configura pertanto come strumento di integrazione effettiva tra misure di cura, assistenza, capacitazione e accompagnamento, orientate alla costruzione di percorsi di vita dignitosi, inclusivi e autodeterminati.

Durata del progetto personalizzato, verifica e revisione.

Di regola, il progetto personalizzato ha una durata massima di tre anni. Tale termine può essere eventualmente prorogato, previa valutazione e motivazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale.

Il progetto deve essere sottoposto a verifiche periodiche, al fine di apportare gli opportuni aggiustamenti in funzione dell'evoluzione del percorso e dei bisogni della persona.

Nel caso di mutamento delle condizioni personali e/o dei contesti di vita, eventuali verifiche o modifiche del progetto possono essere attivate su istanza della persona o chi la rappresenta.

7. Coinvolgimento della persona, delle associazioni di utenti e familiari

La metodologia adottata deve essere strutturata in modo da accompagnare la persona anche nel lungo periodo, favorendo il suo protagonismo e coinvolgimento attivo. Il Terzo settore, potrà in particolare strutturare progetti per promuovere il ruolo partecipativo della persona, contribuendo alla restituzione di potere decisionale e diritti.

L'approccio mira a superare modelli assistenziali basati su prestazioni unilaterali, in cui un'organizzazione agisce "per" la persona, per favorire invece una logica collaborativa e relazionale, in cui si costruiscono percorsi "con" la persona. Le risposte sono generate attraverso l'attivazione di risorse economiche e strumenti di mediazione sociale, capaci di generare legami significativi e percorsi di inclusione effettiva.

Il coinvolgimento delle associazioni di utenti e familiari rappresenta un elemento qualificante nella costruzione dei percorsi con Budget di Salute, sia nell'ambito della salute mentale che della disabilità. Le esperienze consolidate a livello nazionale e regionale dimostrano che la partecipazione attiva di utenti esperti per esperienza (ESP) e di caregiver familiari arricchisce in modo sostanziale la qualità e l'efficacia degli interventi, offrendo risorse relazionali, competenze di prossimità e visioni orientate alla recovery che i soli servizi non sempre riescono a garantire.

La Regione Lazio promuove esplicitamente il ruolo del caregiver², riconoscendone il valore in tutte le fasi del processo: dalla co-programmazione delle politiche e delle strategie generali, alla co-progettazione degli obiettivi di vita e dei sostegni necessari, fino al supporto quotidiano nella dimensione abitativa, relazionale e lavorativa.

I familiari sono considerati interlocutori attivi anche nella fase di osservazione e rimodulazione del progetto, grazie alla loro capacità di cogliere cambiamenti, difficoltà e progressi della persona. Inoltre, la loro adesione a percorsi di psicoeducazione, auto-mutuo-aiuto o terapia familiare rafforza la dimensione partecipativa e consapevole del sostegno.

Gli ESP, nonché l'associazionismo di utenti e familiari, le consulte, svolgono un ruolo strategico. Attraverso la testimonianza della propria esperienza di disagio e ripresa, offrono modelli concreti di speranza e cambiamento. Il loro affiancamento individuale contribuisce a rafforzare l'autonomia e l'autostima delle persone coinvolte, mentre la funzione di mediazione tra utenti, familiari e operatori favorisce una comunicazione più autentica e una maggiore aderenza tra bisogni soggettivi e risposte istituzionali. La loro presenza nei tavoli di Co-programmazione, co-progettazione e nei percorsi di reinserimento sociale rappresenta un ponte tra servizi e comunità, capace di promuovere cittadinanza attiva e reti di sostegno informale.

Il valore aggiunto che familiari e ESP apportano ai progetti BdS si traduce in una maggiore aderenza agli obiettivi di vita reale della persona, in un incremento dell'empowerment e dell'autonomia, nella riduzione del rischio di isolamento e ricadute, e in una più efficace integrazione tra risorse pubbliche, familiari e comunitarie.

² Legge regionale 11 aprile 2024, n. 5 "Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare"

Per queste ragioni, la loro partecipazione va non solo favorita, ma riconosciuta come componente strutturale e strategica in tutto il processo descritto.

8. Sperimentazione e prima applicazione delle linee di indirizzo

Ambito della sperimentazione

La sperimentazione delle presenti Linee di Indirizzo è finalizzata ad accompagnare l'implementazione progressiva della metodologia del Budget di Salute (BdS) sul territorio regionale, monitorandone l'effettiva applicazione e valutandone l'impatto sui processi organizzativi, gestionali e di presa in carico.

La prima applicazione delle linee indirizzo sul Budget di salute riguarderà l'ambito dei **disturbi psichiatrici** e **disturbi dello spettro autistico**, in quanto aree ad alta complessità assistenziale e ad elevato fabbisogno di integrazione sociosanitaria.

Pertanto, le ASL, nell'ambito dei procedimenti di rispettiva competenza, provvederanno a coinvolgere i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) e i Distretti Sanitari.

I distretti sociosanitari, a loro volta, assicureranno il coinvolgimento dell'ufficio di piano e delle articolazioni comunali e municipali dei servizi sociali competenti sugli interventi in materia di salute mentale e disabilità.

La fase sperimentale si configura come momento strategico per:

- Verificare gli elementi attuativi e la funzionalità degli strumenti operativi delle Linee di Indirizzo in situazioni cliniche e organizzative complesse;
- Rilevare criticità e opportunità nei processi di governance multilivello;
- Promuovere la formazione congiunta degli operatori sanitari, sociali e del Terzo Settore coinvolti nella definizione e attuazione dei progetti personalizzati;
- Costruire un sistema di monitoraggio e valutazione utile all'estensione del modello;
- Verificare la soddisfazione percepita della persona e dei familiari, in merito alle progettualità attivate con Budget di Salute.

Per sostenere la sperimentazione della metodologia del Budget di Salute, la Regione ha finalizzato con DGR 28 novembre 2025 n.1165 risorse pari a complessivi 8.400.000,00 euro a valere sull'esercizio finanziario 2025, assegnate a Roma Capitale e ai Comuni/Enti capofila dei Distretti sociosanitari, affinché le destinino, quale quota sociale, alla composizione del Budget di Salute dei progetti di vita personalizzati in favore di persone con disturbo psichiatrico e disturbo dello spettro autistico, integrandole con altre risorse del sistema integrato dei servizi sociali, risorse del Servizio Sanitario Regionale, nonché ulteriori risorse pubbliche e private, attivabili in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, eventualmente anche con la partecipazione delle risorse proprie della persona.

In fase di sperimentazione è auspicabile l'attivazione di progetti secondo la metodologia del Budget di salute ad alta, media e bassa intensità, anche per prevenire il ricovero in strutture residenziali extraospedaliere e/o favorirne la dimissione.

Considerato l'ambito di prima applicazione della metodologia sul territorio regionale, si riportano alcuni dati epidemiologici ad inquadramento dell'area di bisogno, come di seguito rappresentato.

L'analisi dei dati del *Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*, riferiti all'anno 2022 e confluiti nell'ultimo Rapporto salute mentale del Ministero della Salute, consente in tale ottica di delineare un quadro

aggiornato della salute mentale nella Regione Lazio, utile alla programmazione integrata e all'implementazione del modello del Budget di Salute.

La prevalenza trattata in un determinato anno è data dal numero di pazienti con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e le Strutture Private accreditate, tenendo conto che una quota di persone con disagio psichico non è trattata dai servizi afferenti ai Dipartimenti di salute mentale; una parte di questa quota si rivolge infatti ai Servizi di cure primarie o riceve prestazioni in regime privato. A livello nazionale, la prevalenza trattata complessiva risulta pari a 154,2 per 10.000 abitanti. Nel Lazio invece, la prevalenza è pari a 134,0 per 10.000 abitanti adulti, per un totale in numeri assoluti di 65.265. Si rileva per schizofrenia e altre psicosi funzionali una prevalenza pari a 31,5 per 10.000 abitanti, costituendo la condizione a maggiore frequenza tra le patologie psichiatriche rilevate e in linea con la media italiana di 32,7 per 10.000 abitanti. Segue la depressione, con una prevalenza complessiva di 30,4 per 10.000 abitanti (21,3 nei maschi e 38,8 nelle femmine), minore rispetto alla media in Italia del 34,6 per 10.000 abitanti. Le sindromi nevrotiche e somatoformi presentano una prevalenza pari a 17,8 per 10.000 abitanti (Italia 19,5), mentre i disturbi della personalità e del comportamento si attestano su 14,6 per 10.000 abitanti maggiori rispetto alla media italiana (11,9 per 10.000 abitanti). La mania e disturbi affettivi bipolari registrano una prevalenza di 13,4 per 10.000 abitanti (Italia 12,9 per 10.000 abitanti). I casi di assenza di patologia psichiatrica risultano pari a 13,0 per 10.000 abitanti, e il ritardo mentale evidenzia un tasso di 2,3 per 10.000 abitanti.

Per quanto riguarda la condizione abitativa, in Italia, la maggioranza degli utenti vive nella famiglia di origine o acquisita (47,8%); la percentuale di coloro che vivono da soli è pari al 9,7%; estremamente ridotta la quota di persone che vive in istituzioni sia di carattere psichiatrico (2,2%) che non psichiatrico (1,1%). Anche in questo caso si segnala l'elevata proporzione di dato "sconosciuto" (34,4%)

Anche per i casi incidenti relativi ai pazienti che hanno avuto per la prima volta in assoluto un contatto nell'anno con strutture psichiatriche si osserva, per il totale Italia, che una delle patologie più rilevante è la depressione (12,1 casi su 10.000 ab.) seguita dalle sindromi nevrotiche e somatoformi (8,1 casi su 10.000 ab.) e dalla schizofrenia e altre psicosi funzionali (6,0 casi su 10.000 ab.).

Nel Lazio l'incidenza trattata, si attesta su 76,3 per 10.000 abitanti di età maggiore di 17 anni, pari a 37.165 in numeri assoluti, superiore alla media nazionale (56,6 per 10.000 abitanti). Con riferimento alle principali aree diagnostiche, si evidenzia che, anche nel Lazio, la depressione risulta la diagnosi più frequentemente associata ai nuovi utenti trattati dai servizi di salute mentale, con un tasso di 17,5 per 10.000 abitanti (12,5 nei maschi e 22,2 nelle femmine). Seguono le sindromi nevrotiche e somatoformi, con un'incidenza complessiva pari a 11,9 per 10.000 abitanti (9,3 nei maschi e 14,3 nelle femmine). L'incidenza degli utenti trattati per schizofrenia e altre psicosi funzionali è pari a 12,9 per 10.000 abitanti, mentre i disturbi della personalità e del comportamento registrano un tasso di 8,0 per 10.000 abitanti, equamente distribuito tra uomini e donne. La mania e disturbi affettivi bipolari si attestano su 6,2 per 10.000 abitanti, e gli altri disturbi psichici su 5,0 per 10.000 abitanti. Il ritardo mentale evidenzia un tasso di 1,3 per 10.000 abitanti, con lieve prevalenza maschile. Le demenze e i disturbi mentali organici presentano un'incidenza di 1,1 per 10.000 abitanti, valore analogo a quello rilevato

per alcolismo e tossicomanie. Le diagnosi in attesa di definizione si attestano su 0,9 per 10.000 abitanti, mentre i casi di assenza di patologia psichiatrica risultano pari a 10,5 per 10.000 abitanti.

In relazione alla rete dei servizi di salute mentale, la Regione Lazio presenta una struttura organizzativa articolata in 1,6 strutture territoriali per 100.000 abitanti, 2,5 posti residenziali e 1,2 posti semiresidenziali per 100.000 abitanti. Gli utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche sono 125,0 per 10.000 abitanti, dato che riflette l'ampiezza e la capillarità della rete dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio regionale.

Nel corso del 2022, sono state erogate 603.966 prestazioni territoriali (10,5 per utente), di cui 8,7% a domicilio, evidenziando il consolidamento di un modello di assistenza psichiatrica sempre più orientato alla prossimità, alla domiciliarità e alla continuità della presa in carico.

Per quanto attiene ai Disturbi dello spettro autistico (ASD), gli studi epidemiologici internazionali hanno riportato un incremento generalizzato della prevalenza di ASD. Fattori da tenere in considerazione nell'interpretazione di questo incremento sono la maggiore formazione dei medici, le modifiche dei criteri diagnostici e l'aumentata conoscenza del disturbo da parte della popolazione generale, connessa anche al contesto socioeconomico. Attualmente, la prevalenza del disturbo è stimata essere circa 1:36 tra i bambini di otto anni negli Stati Uniti d'America³ (1:160 in Danimarca e in Svezia, 1:86 in Gran Bretagna).

In Italia, la prevalenza di ASD nei bambini della fascia di età 7-9 anni è circa 1,35%. Pochi studi sono stati effettuati, invece, in età adulta e segnalano una prevalenza del 1:100 in Inghilterra⁴.

Un'osservazione comune è che l'ASD sia più frequente nei maschi rispetto alle femmine con un rapporto variabilmente riportato tra 4:1 e 5:1⁵. Tuttavia, recenti studi epidemiologici riportano un rapporto inferiore⁶ che potrebbe essere ricondotto, almeno in parte, all'aumentato numero di diagnosi nelle femmine.

Sulla base di tali dati rilevati in Regione Piemonte, ove è attivo un flusso informativo di attività dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI), la prevalenza osservata di ASD per l'anno 2022 è pari allo 0,8% nella popolazione 0-17 anni [0,4% (0-3 anni), 1,4% (4-6 anni), 1,1% (7-11 anni), 0,6% (12-14 anni), 0,5% (15-17 anni)]; in Regione Emilia-Romagna, ove è parimenti attivo un flusso di rilevazione dell'attività di NPI, la prevalenza osservata relativa all'anno 2020 è pari allo 0,66% nella popolazione 0-17 anni [0,3% (0-2 anni), 1,3% (3-5 anni), 0,8% (6-10 anni), 0,5% (11-13 anni) e 0,4% (14-17 anni)]; nell'anno 2021 è di 0,8% nella popolazione 0-17 anni [0,5% (0-2 anni), 1,4% (3-5 anni), 0,97% (6-10 anni), 0,55% (11-13 anni) e 0,46% (14-17 anni)].

Sia i dati longitudinali del Piemonte che quelli dell'Emilia-Romagna confermano il progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi. Questo dato assume una particolare rilevanza alla luce del crescente corpo di prove scientifiche, che segnalano l'importanza della diagnosi e del trattamento precoce così come la necessità di

³ Maenner et al., 2023), Danimarca (Hansen et al., 2015) Svezia (Idring et al., 2015), Gran Bretagna (Baird et al., 2006) (Scattoni et al., 2023)

⁴ Per comprendere la diversità delle stime di prevalenza è necessario considerare anche la variabilità geografica e le differenze metodologiche degli studi da cui tali stime originano

⁵ Christensen et al., 2016

⁶ Loomes et al., 2017

costruire una cornice di interventi basata sulle evidenze e adattata ai bisogni della persona in tutte le diverse fasi della vita.

Monitoraggio del processo e degli esiti

È previsto un monitoraggio periodico della sperimentazione, finalizzato alla valutazione dell'efficacia del modello, alla verifica dell'opportunità di proseguire nella fase sperimentale, all'eventuale introduzione di modifiche e all'orientamento verso una possibile messa a sistema. Il primo monitoraggio sarà effettuato a un anno dall'entrata in vigore delle Linee di indirizzo, con verifiche intermedie previste lungo il percorso attuativo.

Il monitoraggio del processo e degli esiti della sperimentazione delle linee di indirizzo rappresenta una componente strategica per garantire efficacia, sostenibilità e trasferibilità del modello.

Il monitoraggio si articolerà in un sistema multilivello di verifiche, fondato su indicatori di processo organizzativo e di impatto, rilevati in coerenza con gli elementi qualificanti e attuativi delle Linee di Indirizzo regionali.

Il sistema di monitoraggio è finalizzato a:

- Verificare l'effettiva attuazione delle procedure previste;
- Misurare la qualità e l'efficacia dei progetti personalizzati;
- Valorizzare il protagonismo della persona e il ruolo del Terzo Settore;
- Orientare l'estensione del modello, l'eventuale aggiornamento delle procedure regionali delle Linee di Indirizzo.

La raccolta e restituzione periodica dei dati da parte dei territori, unitamente all'attivazione del gruppo di lavoro istituito per la definizione delle Linee di indirizzo regionali (DGR n. 416/2025), garantiranno una regia condivisa e una lettura sistemica dei risultati, in un'ottica di miglioramento continuo e di governance partecipata.

In coerenza con l'approccio incrementale e adattivo della sperimentazione, è prevista l'introduzione progressiva di un sistema di indicatori finalizzato a monitorare l'attuazione della metodologia del Budget di Salute e a valutarne l'impatto sui territori. Tali indicatori saranno oggetto di progressiva definizione, validazione e affinamento nel corso della sperimentazione, anche attraverso il confronto con i territori, il gruppo di lavoro istituito per la definizione delle Linee di indirizzo regionali (DGR n. 416/2025) e gli organismi di rappresentanza degli utenti e dei caregiver.

La seguente griglia rappresenta una prima ipotesi di articolazione degli ambiti valutativi e degli indicatori di riferimento, suscettibile di aggiornamento e integrazione in itinere.

Indicatori in fase di implementazione

Ambito valutativo	Indicatore	Strumenti
Governance territoriale	Presenza/aggiornamento dell'Accordo di Programma	Verifica del n° di territori con accordi formalizzati e aggiornati con le procedure BdS
Co-programmazione	Attivazione di avvisi pubblici adottati di concerto dalle ASL e dai Distretti Sociosanitari e pluralità dei soggetti coinvolti	Verifica del n° di territori che hanno adottato gli avvisi e loro modalità realizzative
Co-progettazione	Attivazione di avvisi pubblici per individuazione ETS, adottati di concerto dalle ASL e dai Distretti Sociosanitari	Verifica del n° di territori che hanno adottato gli avvisi e loro modalità realizzative
Valutazione multidisciplinare	Utilizzo di strumenti condivisi partecipazione della persona	Verifica n° di UVMD attivate, modalità realizzative, approccio capacitante, strumenti valutativi e coinvolgimento attivo della persona
Progettazione esecutiva	Presenza di interventi LEA/LEPS, su tutti gli assi, partecipazione della persona	Verifica n° di persone beneficiarie e n° di accordi firmati tra le parti, livello di integrazione risorse, analisi dei livelli intensità
Ruolo di ESP, associazioni di utenti e familiari, caregiver	Presenza nei tavoli e nei percorsi, impatto su empowerment e inclusione	Verifica del n° di territori che hanno previsto l'effettivo coinvolgimento nelle diverse fasi

Ad esito di una prima fase di monitoraggio, l'amministrazione regionale si riserva di procedere all'aggiornamento delle presenti Linee di indirizzo, in considerazione dei dati rilevati e dell'impatto della prima applicazione della metodologia del Budget di Salute. Potrà inoltre essere adottata una modulistica condivisa, costruita raccogliendo e valorizzando le buone prassi territoriali e il confronto tra le esperienze maturate nei diversi contesti locali.

Sarà infine valutata l'opportunità di apportare modifiche al documento in coerenza con l'entrata in vigore e la piena applicazione sull'intero territorio regionale del decreto legislativo n. 62/2024.

Formazione degli operatori sanitari, sociali e del Terzo Settore

Elemento essenziale per il successo dell'implementazione della metodologia del Budget di Salute è la realizzazione di percorsi formativi congiunti e integrati, rivolti agli operatori dei servizi sanitari, sociali e del Terzo Settore.

La formazione ha l'obiettivo di:

- Promuovere una cultura condivisa sulla metodologia Budget di Salute, sull'integrazione sociosanitaria e sugli strumenti dell'amministrazione condivisa;
- Favorire l'orientamento al welfare generativo, alla personalizzazione degli interventi e alla centralità della persona;
- Sostenere l'adozione di strumenti comuni, linguaggi interoperabili e metodologie partecipative.

9. Normativa nazionale e regionale in materia di budget di salute

Il processo di definizione delle presenti Linee di indirizzo si colloca nel contesto normativo regionale che si è andato progressivamente arricchendosi e stratificandosi anche in relazione all'evoluzione della normativa nazionale. Di seguito si riportano, per estratto, i principali riferimenti normativi nazionali e regionali.

Normativa nazionale

- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Art. 3-septies - Integrazione sociosanitaria) Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- DPCM 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;
- Legge 22 giugno 2016, n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e successivo Decreto Interministeriale di attuazione del 23 novembre 2016;
- DPCM 12 gennaio 2017 recante Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (artt. 21, 24, 25, 26, 27, 28, 57, 60);
- Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - adottato con decreto interministeriale del 22 ottobre 2021;
- Piano per gli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà 2021/2023 - adottato con decreto interministeriale del 30 dicembre 2021;
- Legge 17 luglio 2020, n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità.
- D.M. 72/2021 del 31 marzo 2021 "Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n.117del 2014" (Codice Del Terzo Settore);
- Intesa Conferenza Unificata Stato e Regioni Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021, ai sensi dell'articolo 1, comma 4-bis del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità";
- Intesa Conferenza Unificata Stato e Regioni, Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022 "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti":

- D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”;
- Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità 14 gennaio 2025, n. 17 “Regolamento concernente le modalità, i tempi, i criteri e gli obblighi di comunicazione ai fini dell'autogestione del budget di progetto.

Normativa regionale

- Legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio” e smi, in particolare l’art. 53;
- DGR n.149/2018 recante “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2.”, art. 6 “Budget integrato di programmazione”. – Assessore alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza di concerto con il Presidente della Regione in qualità di Commissario ad Acta;
- DGR n.473/2021 recante “Approvazione delle Linee guida per l'avvio dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi nella Regione Lazio.”, che introduce la sperimentazione del budget di salute per i progetti personalizzati dei giovani/adulti con disturbo dello spettro autistico beneficiari dei centri polivalenti attivati nel Lazio
- DGR n. 554/2021 recante “Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta regionale 25 luglio 2017, n. 454 "Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 23/11/2016 di attuazione”;7, nonché i successivi atti di programmazione del Fondo c.d. Dopo di Noi (cfr. ultima DGR 589/2024 in cui tra l’altro si rielabora il budget di progetto integrandolo con gli elementi qualificanti di cui al recente decreto 62/2024);
- Legge regionale 17 giugno 2022, n. 10 “Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità”, in particolare l’art. 3 “Modalità di attuazione e budget di salute”;
- DGR n.289/2023 recante “Decreto del 29 luglio 2022 concernente "Riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità", del Ministero per le disabilità di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. Programmazione regionale degli interventi.” che adotta il budget di salute e la co-progettazione con gli enti del terzo settore, come modello raccomandato ai distretti sociosanitari per l'utilizzo delle risorse in un’ottica di PAI integrato e personalizzato. Gli interventi come previsto dal Decreto sono rivolti a persone con disturbo dello spettro autistico;
- DGR n. 976/2023 recante “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026.”

- Regolamento regionale 15 marzo 2024, n. 2 “Regolamento regionale per l'erogazione alle persone con disagio psichico delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49”. Tra le diverse tipologie di provvidenze economiche:
 - art. 4, comma 2 lettera d): *“Assegno di cura per l’inclusione sociale: è un beneficio economico o un titolo valido per l’acquisto e la fruizione di prestazioni da soggetti accreditati del sistema integrato degli interventi e servizi sociali. L’assegno fa parte del progetto terapeutico a sostegno degli obiettivi individuati nei diversi assi dei determinanti sociali della salute (quali casa e habitat, formazione e lavoro, socialità, apprendimento, espressività e comunicazione), nonché della deistituzionalizzazione dell’assistito.”*
 - Art. 5 comma 4: *Al fine di coordinare il Progetto Terapeutico Riabilitativo con i servizi e le prestazioni del sistema integrato degli interventi sociali, nel caso di persone con bisogni complessi eleggibili degli assegni di cura di cui alla lettera d), la Commissione di cui all’art. 6, può richiedere la convocazione della unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM) per la predisposizione e attuazione di un piano personalizzato con relativo budget di salute, ai sensi dell’art. 53 della l.r. 11/2016*
- DGR n.215/2025 recante “Piano regionale per l’autismo 2025-2027”;
- DGR n. 416/2025 recante “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti. (Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022). Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione di linee di indirizzo regionali per implementare la metodologia del budget di salute”.