

Decreto

- Vista l'art. 24 della LEGGE 16 ottobre 2019, n. 17. "Collegato alla legge di stabilità regionale per l'anno 2019 in materia di attività produttive, lavoro, territorio e ambiente, istruzione e formazione professionale, attività culturali, sanità. Disposizioni varie" che dispone che ogni azienda sanitaria provinciale è tenuta a destinare almeno lo 0.2 per cento delle somme poste in entrata nel proprio bilancio annuale al finanziamento di progetti terapeutici individualizzati (PTI) di presa in carico comunitaria formando la dotazione finanziaria del budget di salute come definito dal capitolo 8.1 del documento piano delle azioni e dei servizi sociosanitari e del sistema unico di accreditamento dei soggetti che rogano prestazioni socio-sanitarie approvato con decreto dell'Assessore regionale per la salute e dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro del 31 luglio 2017, conformemente agli obiettivi di cui all'articolo 26 del 26 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017.

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono interamente ripetuti e trascritti è approvato il documento allegato denominato "Linee guida per la formulazione e l'implementazione dei Progetti Terapeutici Individualizzati da finanziare con budget di salute per pazienti complessi in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale"

Con questo documento si intende estendere e precisare quanto sancito:

- dal Decreto 27 aprile 2012 Piano Strategico Regionale sulla Salute Mentale che fonda il **PTI di presa in carico comunitaria** su collaborazioni e rapporti che garantiscono una presa in carico globale utilizzando lo strumento del Budget di Salute, condiviso con il paziente, i familiari e co-gestito tra i servizi pubblici e le agenzie del Terzo settore, in un'ottica di presa in carico globale comunitaria e di terapia lungo tutto il ciclo di vita.
- dall'art. 24 della LEGGE 16 ottobre 2019, n. 17. "Collegato alla legge di stabilità regionale per l'anno 2019 in materia di attività produttive, lavoro, territorio e ambiente, istruzione e formazione professionale, attività culturali, sanità. Disposizioni varie" che dispone che ogni azienda sanitaria provinciale è tenuta a destinare almeno lo 0.2 per cento delle somme poste in entrata nel proprio bilancio annuale al finanziamento di progetti terapeutici individualizzati (PTI) di presa in carico comunitaria formando la dotazione finanziaria del budget di salute.

LINEE GUIDA
PER LA FORMULAZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE
DEI PROGETTI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI (PTI)
DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA
DA SOSTENERE CON BUDGET DI SALUTE PER PAZIENTI IN CARICO AI
DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

1. PREMESSA

Le presenti Linee guida, inerenti la metodologia e l'implementazione dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) di presa in carico comunitaria sostenuti da Budget di Salute, per cittadini portatori di disagio psichico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), si collocano nell'ambito dei programmi di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria e sociale che la Regione Sicilia realizza per il governo delle attività sanitarie, sociali e socio-sanitarie territoriali, nel suo ruolo di promozione dei diritti di cittadinanza delle persone e di tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della comunità. Esse individuano nel PTI di presa in carico comunitaria sostenuto da Budget di salute la risposta più congrua ed efficace per i pazienti ad alta complessità socio-sanitaria e hanno il fine di evitare, laddove possibile, prestazioni ad alta intensità residenziale/assistenziale spesso dispendiose e cronicizzanti.

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

In quest'ottica attenta agli elementi costitutivi della salute, gli interventi più appropriati ed efficaci sono riferibili alla promozione, costruzione (e/o ricostruzione) e mantenimento, dell'apprendimento, dell'*habitat* sociale, della casa, della formazione e del lavoro, delle relazioni interpersonali. Quest'obiettivo è raggiungibile attraverso metodologie d'investimento, riconversione e redistribuzione delle risorse che comportano processi di ricontrattualizzazione, responsabilizzazione ed *empowerment* delle persone e delle comunità.

Diventa necessario, pertanto, da parte delle istituzioni sanitarie e sociali, il superamento dell'istituzionalizzazione delle fragilità, con interventi concreti a sostegno dell'*habitat* sociale, della formazione e del lavoro. Interventi che siano in grado di modificare il decorso sintomatologico delle persone affette da patologie psichiatriche evitando esiti di cronicità, aumentando l'aspettativa e la qualità della salute, per le persone che versano in condizioni di rischio e di vulnerabilità, con particolare riferimento a quelle istituzionalizzate. Condizione, quest'ultima, che, in alcuni casi, di per sé aumenta la disabilità e l'inabilità, pregiudicando il mantenimento di una buona qualità di vita, di autonomia e di buone capacità sociali.

Una tale opzione strategica si fonda sull'incremento della contrattualità dell'utente dei servizi di salute mentale, una sua attiva e diretta partecipazione alla costruzione delle risposte corrispondenti ai bisogni prioritari, in modo da rendere possibile allo stesso di scegliere e costruire le modulazioni possibili degli interventi in base alle risorse esistenti.

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

Le stesse tecniche di cura, nella loro massima espressione conoscitiva, hanno necessità, per poter essere efficaci, di un contesto ambientale e relazionale favorente, solidale, volto al sostegno del funzionamento sociale delle persone con patologie dai possibili esiti cronici o cronico-degenerativi, ed incrementativo della qualità dell'*habitat* sociale. In tali contesti abilitanti, diviene migliore l'applicabilità e più probabile il buon esito di tecniche di cura specifiche.

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

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

In questo quadro si inseriscono le presenti “*Linee guida per la formulazione e l’implementazione dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) di presa in carico comunitaria da sostenere con budget di salute per pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale*” volte al rafforzamento di metodologie e tecniche, già ampiamente sperimentate, che permettano di coniugare le teorie scientifiche consolidate con le pratiche quotidiane più avanzate degli operatori e dei servizi pubblici e del Terzo settore.

2. LO SCENARIO, L’OBIETTIVO, LE STRATEGIE

Lo scenario nel quale si colloca questa proposta di Linee guida è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere - e con esso la salute della popolazione - ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – diventa un compito anche della società civile, all’interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere (sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario) fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo, divenendo innesco di sviluppo umano ed economico locale; uno scenario che vede funzione principale dell’azione pubblica quella di *incrementare le capacità dei soggetti* secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà.

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

In tale scenario, appare necessario avviare forme di presa in carico complessive e personalizzate delle persone con disabilità psichica. Tali risposte dovranno essere radicate nel tessuto di vita normale, sia dal punto di vista abitativo, sia dal punto di vista sociale ed economico, nel quale le persone con disabilità psichica riassumano la loro funzione di risorsa e non di peso per la comunità.

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

3. IL PTI COME RISORSA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE INTEGRATO

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

Nel modello di comunità solidale, qui proposto, i DSM non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato¹, ma piuttosto ricercare *partner* per la costruzione/rimodulazione dei contesti

¹Sui rischi di deresponsabilizzazione dell’autorità pubblica e di deriva delle politiche sociosanitarie verso interventi volatili e disarticolati, animati da una logica prestazionale che l’affermazione di modelli di accreditamento-voucher possono creare, si veda: Monteleone R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: Bifulco L. (a cura di), *Le Politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 2005.

attivando *risposte flessibili*². Tale modello si fonda sul consolidato convincimento culturale (affermatosi nel nostro Paese con la legge n. 18 del 3 marzo 2009 di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità) che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità verificandone i risultati.

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

Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti d'integrazione organizzativa presso i DSM. A tal fine sarà opportuno individuare unità operative dedicate con il compito di programmare, coordinare e monitorare l'implementazione complessiva dei PTI di presa in carico comunitaria sostenuti da budget di salute con il coinvolgimento delle famiglie, possibilmente su base locale/comunale. Fondamentale sarà, in questa fase di implementazione del metodo dei budget di salute in Sicilia, il coinvolgimento delle Consulte di familiari e utenti previste dal Piano Strategico³, che, ove non insediate, dovranno essere istituite dalle ASP contestualmente agli altri strumenti previsti dalle presenti Linee guida.

La variabile economica, lungi dall'essere mero strumento di supporto socio-assistenziale, costituisce dispositivo essenziale nell'evoluzione del percorso di vita e di capacitazione sociale dei soggetti beneficiari del budget di salute.

La centralità della persona deve orientare il progetto individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale esplicitati *ex ante*, valutabili come aree di carenza su cui investire (apprendimento/espressività, *casa/habitat* sociale, formazione/lavoro, affettività/socialità). In tale direzione converge l'ampia mole di studi i quali, univocamente, segnalano che le prognosi positive, per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche o a vulnerabilità bio-psico-sociali, sono più significativamente correlate con il funzionamento dei soggetti nelle aree citate piuttosto che con la diagnosi o la terapia medica⁴.

² Come rileva la letteratura più critica sul “consumerismo” (Ostergren, 2004), quando le prestazioni diventano un prodotto da vendere in un mercato concorrenziale i destinatari delle misure sono incentivati ad assumere una postura consumista, che porta con sé una ridefinizione di come viene concepita la salute stessa. Ibidem

³ Recita a tal proposito il Piano Strategico : « IV. Il coinvolgimento delle Associazioni degli utenti e dei familiari La collaborazione tra operatori, utenti e familiari è elemento determinante nella creazione di contesti di cura, al cui interno le persone con disagio mentale e i loro familiari possano partecipare attivamente alle decisioni che li riguardano, favorendo la costruzione di climi positivi in cui fiducia e speranza diventano elementi sempre più riconoscibili. Questo è possibile solo attraverso l'acquisizione di una partnership consapevole e responsabile dei pazienti e dei loro familiari nei percorsi terapeutici. È necessario promuovere la costituzione di gruppi di lavoro e gruppi terapeutici di tipo familiare o indirizzati alle famiglie. [...]È auspicabile pertanto che le Aziende sanitarie sostengano con opportune modalità tali iniziative. La Consulta dipartimentale per la salute mentale diventa in tal senso la cornice culturale e comunitaria nella quale trova riconoscimento politico ed istituzionale il ruolo interlocutorio dell'associazionismo dei familiari e degli utenti degli utenti e dei familiari per la salute mentale.» [cfr. DECRETO 27 aprile 2012. “Approvazione del Piano strategico per la salute mentale”, G.U.R.S. n. 24, 15 giugno 2012]

⁴ Per un'ampia ed aggiornata sintesi sul tema si confronti: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione, Suppl., 28, 3, 2004.

Nella prospettiva che va nella direzione del protagonismo e dell'autonomia delle persone in carico ai DSM si dovranno promuovere e sostenere forme di privato sociale che includono i beneficiari di budget di salute nelle compagini sociali, in veste di *soci fruitori*, volontari, lavoratori, sovventori dei destinatari dei servizi, come strategia di (ri)attribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli. Si tratta in sostanza di evitare che qualcuno (una organizzazione) faccia qualcosa *su o per* qualcun altro (i fruitori) a fronte di un vantaggio economico (il bene), ma di ottenere che qualcuno faccia qualcosa *con* qualcun altro (il legame), attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.

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

Il Budget di salute che incorpora al suo interno prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁵, si configura non come prestazione a se stante, bensì come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità. In questo quadro la quota dello 0,2% dei bilanci ASP stabilita dall'art. 24 della Legge Regionale 16 ottobre 2019, n. 17 costituisce la risorsa economica che il sistema sanitario destina annualmente all'implementazione di tale modello per gli utenti in carico ai DSM delle ASP della Regione Sicilia. Tale risorsa si affianca a quelle provenienti da Piani Nazionali (es. Piani di PSN), da quelle definite dai Piani di Zona (L.328/00) e altre risorse messe in campo da soggetti privati, dal Terzo settore, oltre che dagli stessi utenti e dalle famiglie.

Sarà compito dei DSM di elaborare, attraverso le unità operative dedicate sopra richiamate, soluzioni gestionali, dove le varie risorse sopra richiamate possano essere gestite in maniera alternativa o integrata, evitando in ogni caso la duplicazione di finanziamenti per la medesime azioni e prevedendo sempre, ove possibile, la messa in campo di risorse degli utenti e dei familiari. Anche nel caso di PTI a gestione finanziaria mista o esclusivamente esterna alle ASP, va redatto un PTI.

4. BENEFICIARI E CRITERI DI INCLUSIONE

I beneficiari del budget di salute sono gli utenti in carico ai DSM con situazioni socio-sanitarie complesse in atto, o potenzialmente alti utilizzatori di risorse del sistema sanitario (ricoveri in SPDC o in CTA, ecc.)

Per l'inclusione nel *target* dei beneficiari dovranno pertanto essere valutati 8 fattori :

- 1) Diagnosi: nosografia (Spettro schizofrenico, D. bipolari, D. gravi di personalità, Doppia diagnosi) e gravità sintomatologia (VGF 30-50)
- 2) Livello funzionalità sociale (disfunzionalità da media a grave: S.Va.M.Di., ICF)
- 3) *Non responder*/non collaborante
- 4) Assenza, fragilità, disfunzionalità della rete familiare/sociale
- 5) Frequenza ricadute
- 6) Frequenza ricoveri
- 7) Presenza problematiche giudiziarie
- 8) Età compresa tra i 18 e i 65 anni

La presenza di almeno 4 dei fattori sopra descritti è necessaria e sufficiente per l'inclusione dell'utente tra i potenziali beneficiari e rende possibile per i servizi territoriali dei DSM la stesura di un PTI di presa in carico comunitaria, secondo le modalità di cui al paragrafo successivo.

⁵ D.P.C.M 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Vedi in particolare Capo IV- Assistenza socio-sanitaria", Art. 26 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali"

Le procedure di individuazione degli utenti beneficiari espresse sulla base dei criteri dell'ICD9 della OMS, la gravità e la complessità del quadro clinico, le condizioni attuali del funzionamento personale e sociale dell'utente, le disfunzionalità stabilite sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (HONOS, BPRS, S.Va.M.Di.) vanno anch'esse allegate alla cartella clinica e non al PTI.

Il PTI di presa in carico comunitaria va costruito, sulla base dello schema tipo all'allegato 1.

Esso deve contenere informazioni su:

Bisogni clinico-riabilitativi;

Punti di forza, debolezza opportunità, criticità (es. Analisi SWOT);

Descrizione delle azioni socio-riabilitative progettate e temporizzazione delle stesse;

Descrizione dei costi e di tutte le fonti di finanziamento: fondi pubblici, sostegni economici o prestazionali di cui l'utente è beneficiario, risorse personali e familiari e della comunità informale.

5. PTI DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA

Periodicamente e almeno una volta l'anno i DSM, sulla base della dotazione finanziaria di cui allo 0,2% previsto dall'art. 24 della LEGGE 16 ottobre 2019, n. 17, procedono alla ricognizione dei PTI di presa in carico comunitaria che i servizi territoriali avranno elaborato per i pazienti che presentino almeno quattro dei fattori enumerati nel precedente paragrafo. I PTI di presa in carico comunitaria possono essere proposti anche da: servizi sociali pubblici (Comuni, UIEPE, USSM, ecc.), agenzie del privato e del privato sociale, pazienti e familiari. Ogni PTI, redatto secondo lo schema tipo allegato 1 sarà elaborato e condiviso fra gli attori coinvolti che lo firmeranno congiuntamente al referente clinico e al *case-manager* nominati dal servizio territoriale competente e all'amministratore di sostegno ove nominato.

Una copia del PTI va allegata alle cartella clinica di ciascun utente. Il PTI potrà comprendere più interventi contemporaneamente, avendo comunque determinato il quadro complessivo delle prestazioni e delle fonti di finanziamento possibili. Ogni PTI, in accordo con tutti gli attori coinvolti, potrà essere rimodulato sulla base dell'evoluzione del quadro clinico e sociale del soggetto beneficiario.

I PTI possono essere elaborati e attivati anche per i pazienti in fase di conclusione del percorso riabilitativo residenziale presso CTA, ma non possono finanziare prestazioni già erogate dalle strutture sanitarie. I PTI di presa in carico comunitaria, come detto in premessa, hanno infatti anche lo scopo di concludere nei giusti tempi percorsi ad alta intensità sanitaria, diminuendo il costo giornaliero dei pazienti in carico al SSN ed evitando gli effetti cronicizzanti delle istituzionalizzazioni protratte.

Di norma i PTI vengono verificati, dal *case-manager*, dall'Ente co-gestore e dagli altri attori coinvolti, ogni tre mesi.

Gli assi su cui si costruisce il PTI di presa in carico comunitaria sono i seguenti:

- 1) casa – habitat sociale
- 2) formazione – lavoro
- 3) socialità – affettività

Dal punto di vista della dotazione finanziaria, ogni PTI potrà essere costruito sulla base di tre livelli d'intensità:

- Bassa intensità: fino a € 15.000 per anno
- Media intensità: fino € 25.000 per anno
- Alta intensità: fino a € 40.000 per anno

Ogni PTI avrà la durata massima di due anni. Esso deve tendere al raggiungimento del maggior livello di autonomia dell'utente beneficiario al termine di detto arco temporale. Se tuttavia, al termine di detto

percorso, si ravvisa il permanere di bisogni o l'emergenza di nuove necessità, può essere riproposto un nuovo PTI.

Il PTI di presa in carico comunitaria presuppone, sul piano gestionale, l'introduzione di una flessibilità dei percorsi di capacitazione, attraverso un modello integrato tra servizi pubblici e Terzo settore, per le attività terapeutico-riabilitativo domiciliari e abitative, di sostegno socio-familiare, formativo e socio-lavorativo, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio e l'utente il ruolo di protagonista della sua vicenda esistenziale.

Il PTI, così inteso, costituisce il passaggio da una fase fortemente caratterizzata in senso clinico-sanitario basata su prestazioni e ricoveri, a un progetto personalizzato di autonomia e capacitazione del soggetto, in grado di assicurare all'interessato un progressivo ed idoneo reinserimento nel tessuto sociale. Sarà compito dei servizi territoriali del DSM, supportati anche dai Servizi Sociali del Comune, coordinare la redazione dei PTI relativi agli utenti di propria competenza.

6. GESTIONE FINANZIARIA DEL PTI

La programmazione finanziaria di ogni PTI deve essere formulata in sede di elaborazione del progetto in collaborazione con tutti gli attori coinvolti. Ciò consentirà tra l'altro di elaborare un piano dei costi completo di tutte le possibili fonti di finanziamento pubbliche e private, come precedentemente descritto al paragrafo 5.

Le corresponsioni economiche previste per il beneficiario devono essere determinate nel PTI e non possono essere oggetto di proposta differenziata, né essere modificate, da parte dei vari enti che hanno espresso manifestazione di interesse, al momento della presentazione ai beneficiari delle varie proposte di co-gestione.

La gestione finanziaria dei PTI è di esclusiva competenza dell'ente di Terzo settore co-gestore, scelto dall'utente beneficiario.

In fase di attuazione, sono ammissibili rimodulazioni dei costi degli interventi preventivati, nei limiti della dotazione finanziaria prevista per ogni PTI. Tali modifiche devono essere giustificate dalle mutate condizioni clinico-sociali dei beneficiari e concordati con tutti i soggetti firmatari del PTI.

Il PTI e il relativo contratto con l'ente co-gestore possono essere sospesi, annullati e riformulati in qualunque momento della loro durata a causa di significativi o eccezionali cambiamenti delle condizioni clinico-sociali del beneficiario.

L'Ente del Terzo settore assegnatario del PTI è tenuto a produrre all'ASP di competenza tutti i giustificativi dei costi sostenuti per lo stesso.

7. ALBI AZIENDALI DEGLI ENTI CO-GESTORI

Ogni Azienda Sanitaria deve istituire, entro 45 giorni dalla pubblicazione delle presenti Linee guida nella G.U.R.S., l'Albo Aziendale per l'accreditamento degli Enti co-gestori dei PTI di presa in carico comunitaria.

Gli Albi degli enti co-gestori sono tenuti dai DSM, in osservanza ai principi generali sanciti dalla normativa vigente, e in particolare dal D.Lgs. 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"*, dalla *Delibera n.32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione*, dal *Decreto 31 luglio 2017 "Approvazione del Documento, recante: Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie"*, dal *Decreto 27 aprile 2012 "Approvazione del Piano strategico per la salute mentale"*.

Gli Albi di cui alle presenti Linee guida sono istituiti al fine di co-gestire PTI di presa in carico comunitaria dei DSM. Essi dovranno necessariamente prevedere le sezioni:

- 1) casa – habitat sociale
- 2) formazione – lavoro
- 3) socialità – affettività

Potranno articolarsi in ulteriori sezioni e sub sezioni, anche con riferimento ai Distretti in cui gli enti co-gestori intendono svolgere la propria attività.

Il requisito dell'iscrizione all'Albo aziendale sarà richiesto, in tutte le procedure di progettazione congiunta, agli Enti co-gestori, sia nel caso di progetti che non comportino oneri di spesa per la ASP, sia per progetti che prevedano oneri finanziari aziendali o altri finanziamenti pubblici o privati.

Gli Albi saranno istituiti attraverso Avviso Pubblico a sportello.

Per la creazione del primo elenco di enti iscritti all'Albo, le ASP stabiliranno un termine massimo di 45 giorni per la presentazione dell'istanza corredata dalla documentazione necessaria.

Gli Albi saranno aggiornati ogni sei mesi, con l'iscrizione dei nuovi soggetti ritenuti idonei, che formuleranno l'istanza successivamente

Le ASP che hanno già costituito gli Albi Aziendali, nel rispetto delle normative sopra richiamate, sono autorizzate a proseguire nell'utilizzo di tali strumenti.

Gli Albi aziendali degli enti co-gestori si costituiscono attraverso Manifestazione d'interesse di cui allo schema tipo allegato 2 "Modello di Manifestazione di interesse per l'inserimento nell'Albo Aziendale degli enti co-gestori"

Possono fare richiesta d'iscrizione in accordo con il Codice del Terzo settore di cui al DLgs 3 luglio 2017, n. 117, i seguenti soggetti:

- . Organizzazioni di volontariato (L. 266/91; L. R. 22/94);
- . Associazioni di promozione sociale (L. 383/00);
- . Enti filantropici (DLgs 3 luglio 2017, n. 117);
- . Imprese sociali (DLgs 155/2006);
- . Cooperative sociali e loro consorzi (L. 381/91);
- . Reti associative (DLgs 3 luglio 2017, n. 117);
- . Società di mutuo soccorso (L. 3818/86 e successive modificazioni).
- . Associazioni riconosciute o non riconosciute senza scopo di lucro (DLgs 3 luglio 2017, n. 117);
- . Fondazioni ([Libro I, Titolo II, Capo II](#) del [Codice civile](#)) e altri enti di carattere privato, diversi dalle società, costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi (DLgs 3 luglio 2017, n. 117);
- . Enti religiosi (L. 121/85).

Possono essere costituite sezioni speciali degli Albi per famiglie, singoli cittadini o gruppi di convivenza disponibili a contribuire volontariamente alla co-gestione di PTI di utenti in carico si DSM. A tali soggetti non deve essere corrisposto alcun compenso, ma possono essere rimborsate le spese effettuate e documentate per lo svolgimento di azioni previste dal PTI.

Non possono far parte dell'Albo:

- enti pubblici, gli enti privati con finalità economiche (associazioni di categoria o professionali),
- sindacati
- partiti politici
- società diverse dalle cooperative sociali e dalle imprese sociali.

I soggetti sopra elencati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. essere costituiti da almeno due anni;
2. avere comprovate esperienze pregresse nel campo della prevenzione, della residenzialità, della riabilitazione psichiatrica e/o dell'inclusione sociale di persone con disabilità psichica e/o dipendenze patologiche;
3. prevedere nel proprio statuto la possibilità di svolgere attività nell'ambito della prevenzione e/o della riabilitazione, residenzialità e dell'inclusione sociale di persone con disabilità psichica e/o dipendenze patologiche;
4. disponibilità di idonee strutture per lo svolgimento delle attività inerenti al PTI;
5. avere sede legale e/o operativa nel territorio della ASP di _____;
6. nel caso di cooperative sociali di tipo B, rispondere ai requisiti previsti dalla L. 381/91;
7. avere adottato, sulla base di quanto prescritto dall'art. 13 L.328/2000 e dalla Delibera n.32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, una propria "carta dei servizi";
8. non rientrare nei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs 18 aprile 2016 n. 50;

In caso di Consorzio i superiori requisiti devono essere posseduti da ciascuna impresa associata o consorziata, come per legge

8. BANDI DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA CO-GESTIONE DEI PTI

Sulla base dell'elenco dei PTI formulati e raccolti presso le unità dedicate dei DSM, di cui al punto 3, le ASP, periodicamente e almeno una volta ogni anno, attivata e verificata la disponibilità finanziaria delle voci di bilancio di cui all'art. 24 della Legge Regionale 16 ottobre 2019, n. 17 e di altre disponibilità derivanti da progetti e finanziamenti specifici, avviano la procedura per un bando di manifestazione di interesse per la co-gestione di PTI di presa in carico comunitaria con budget di salute per gli utenti in carico ai DSM, individuati con le modalità dei punti 4 e 5 delle presenti Linee guida. (vedi schema tipo allegato 3 "Modello di bando per la manifestazione di interesse per la cogestione dei PTI ")

L'avviso sarà riservato agli enti iscritti negli Albi Aziendali di cui al punto 7 delle presenti Linee guida e riporterà:

- le caratteristiche salienti di ogni utente potenziale beneficiario,
- i bisogni dell'utente e le azioni da mettere in campo tramite il PTI
- il piano dei costi per macro-voci delle azioni da attivare in riferimento agli assi di intervento previsti (casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività).

La sintesi relativa ad ogni PTI farà riferimento alle peculiarità dei potenziali beneficiari (es. età, residenza, ecc.) e non riporterà dati anagrafici degli utenti o altri elementi atti ad identificare la persona.

In base al piano dei costi ogni PTI sarà considerato a bassa, media o alta intensità assistenziale secondo quanto precedentemente indicato al punto 5.

L' avviso sarà a firma del Direttore del DSM e del Direttore Generale e pubblicato nell'Albo Aziendale e nel sito internet della ASP.

Le istanze degli enti co-gestori dovranno essere inoltrate nei termini e nelle modalità di volta in volta stabiliti.

Le proposte di co-gestione pervenute, saranno trasmesse all' U.O. dedicata di cui al punto 3 che redigerà l'elenco degli enti candidati alla co-gestione per ciascun PTI.

9. SCELTA DELL'ENTE CO-GESTORE E AVVIO DEL PTI DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA

Individuati gli enti iscritti all'Albo che hanno espresso manifestazione di interesse alla co-gestione dei PTI, i potenziali beneficiari saranno chiamati dal servizio proponente, a selezionare, nel caso di più proposte di co-gestione, l'offerta più congrua ai loro bisogni socio-sanitari e ai loro desideri di vita futura. Le proposte di co-gestione dei vari enti saranno presentate ai beneficiari separatamente. La scelta dei beneficiari dovrà vertere sugli aspetti qualitativi e non finanziari delle proposte degli enti che si sono proposti alla co-gestione. In tale scelta essi saranno sostenuti dal *case-manager*, dal referente terapeutico e dall'amministratore di sostegno ove nominato.

Degli incontri in cui il paziente effettuerà la scelta sarà redatto un verbale e copia dello stesso sarà custodito dal servizio territoriale competente e dall'unità dedicata.

Conclusa la fase di scelta dell'ente co-gestore per ciascun PTI verrà stipulato una convenzione tra l'ente co-gestore individuato e la ASP. Considerata la personalizzazione dei PTI, ogni convenzione costituisce una diversa fornitura da parte dell'ente co-gestore.

10. MONITORAGGIO E VERIFICHE PERIODICHE

Oltre la normale attività di cura dovuta ai pazienti beneficiari di PTI da parte dei servizi territoriali dei DSM, i *case-manager* e i referenti terapeutici saranno chiamati ad una valutazione trimestrale dei PTI di presa in carico comunitaria. Tale attività di monitoraggio e valutazione sarà coordinata dalla U.O. dedicata di cui al punto 3 delle presenti Linee guida. I curanti, ove opportuno, potranno avvalersi, oltre che di una rivalutazione clinica, anche di eventuali re-test (HONOS, BPRS, S.Va.M.Di.)

I Direttori dei DSM relazionano annualmente ai Direttori Generali della ASP e alle Consulte dei familiari e degli utenti previste dal Piano Strategico regionale per la Salute Mentale di cui al punto 3 delle presenti Linee guida, sui PTI di presa in carico comunitaria attivati in riferimento all'art. 24 della LEGGE 16 ottobre 2019, n. 17.

La relazione dovrà obbligatoriamente contenere le seguenti informazioni:

- entità finanziaria assegnata per l'implementazione dei PTI sostenuti da budget di salute
- attivazione e aggiornamento degli Albi aziendali degli enti co-gestori
- n. Avvisi pubblici pubblicati per la co-gestione di PTI
- n. di utenti in carico ai DSM per i quali è stato attivato PTI di presa in carico comunitaria, (distinguendo per PTI a bassa, media e alta intensità assistenziale)
- n. degli enti co-gestori coinvolti
- n. altri soggetti di comunità coinvolti anche a titolo non oneroso
- utilizzo degli strumenti testologici previsti nel presente documento

I Direttori Generali delle ASP vigilano sul rispetto da parte dei DSM delle presenti Linee guida, attivando le opportune sinergie con i Dipartimenti economico-finanziari e amministrativi e relazionano annualmente all'Assessorato Regionale della Salute, in termini qualitativi e quantitativi, sulle performance organizzative relative all'implementazione dei PTI di presa in carico comunitaria nell'ambito dei programmi di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento all'appropriatezza degli interventi, al contrasto alla cronicizzazione e alla riduzione della spesa per prestazioni ad alta intensità residenziale/assistenziale.

Allegati:

- 1) Schema-tipo di PTI di presa in carico comunitaria
- 2) Schema-tipo di Avviso pubblico per istituzione dell'albo aziendale degli enti del terzo settore, per la co-gestione di progetti terapeutici individualizzati (PTI) di presa in carico comunitaria del Dipartimento Salute Mentale
- 3) Schema-tipo di Avviso pubblico per la manifestazione di interesse per la cogestione dei PTI