



AREA SALUTE MENTALE

"IL BUDGET DI SALUTE: UNA RISPOSTA PER LA RECOVERY PERSONALE, ISTITUZIONALE E DI COMUNITÀ – ED. 1

BARI, 11 - 12 GIUGNO 2026

*L'incontro formativo dedicato al **Budget di Salute** ha offerto una riflessione approfondita su uno degli strumenti oggi più innovativi nell'ambito della salute mentale e dell'integrazione sociosanitaria. Il filo conduttore dell'intera iniziativa è stato il passaggio da una logica centrata sui servizi e sulle prestazioni a una logica centrata sulla persona, sui suoi bisogni, sulle sue aspirazioni e sulle risorse presenti nella comunità. In questa prospettiva il Budget di Salute non viene presentato come un semplice strumento economico o amministrativo, ma come una metodologia capace di orientare la presa in carico verso percorsi di recovery, inclusione e cittadinanza attiva.*

SINTESI

Modelli teorici e sviluppo del Budget di Salute

M. Furlan – Esperto

La prima parte dei lavori ha richiamato il percorso che ha portato alla definizione delle Linee Programmatiche Nazionali del 2022 e alla successiva sperimentazione promossa dal Ministero della Salute nell'ambito dei progetti CCM. È stato evidenziato come la letteratura e le esperienze sviluppate negli anni abbiano mostrato numerose potenzialità del Budget di Salute, ma anche una significativa carenza di dati sistematici sugli esiti a medio e lungo termine. Da questa esigenza è nata la sperimentazione nazionale che ha coinvolto diverse regioni italiane – tra cui Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria e Campania – con l'obiettivo di verificare sul campo l'applicazione delle linee programmatiche e di produrre evidenze più solide sull'efficacia dello strumento.

E' stato inoltre fornito un approfondimento sull'esperienza maturata in Friuli Venezia Giulia. Ripercorrendo l'evoluzione regionale è emerso come il Budget di Salute sia il risultato di un lungo percorso iniziato già negli anni Novanta e consolidatosi progressivamente attraverso sperimentazioni, innovazioni organizzative e successivi interventi normativi regionali. In questo contesto il Budget di Salute viene definito come un vero e proprio strumento di governance, capace di mettere in relazione il sistema sanitario, i servizi sociali, il terzo settore e la comunità locale all'interno di un progetto condiviso. L'obiettivo non è quello di acquistare prestazioni



professionali aggiuntive, ma di costruire opportunità concrete di vita nei contesti ordinari della comunità.

Particolarmente significativa è stata la riflessione sul paradigma culturale dello strumento. I relatori hanno sottolineato come il Budget di Salute rappresenti una sfida alle tradizionali modalità di organizzazione dei servizi. Se il modello tradizionale tende ad adattare la persona alle strutture esistenti, il Budget di Salute propone invece il percorso inverso: partire dai bisogni e dai desideri della persona per costruire risposte personalizzate.

Un altro elemento emerso con forza è il ruolo del terzo settore. La collaborazione con cooperative sociali, associazioni di volontariato, organizzazioni di promozione sociale e reti comunitarie viene considerata indispensabile per costruire opportunità che il sistema sanitario, da solo, non sarebbe in grado di garantire. In questa prospettiva il rapporto con il terzo settore non è concepito come mera esternalizzazione di servizi, ma come una vera coprogettazione orientata alla generazione di relazioni, inclusione e capitale sociale.

Linee programmatiche nazionali 2022

P. Ceroni - Esperto

L'intervento ha approfondito ulteriormente il tema del **Budget di Salute**, concentrandosi soprattutto sulle modalità concrete attraverso cui questo strumento può trasformare i servizi sociosanitari e promuovere percorsi realmente personalizzati. Dalle riflessioni emerge con chiarezza che il Budget di Salute non può essere ridotto a un semplice finanziamento o a una misura economica, ma rappresenta un cambiamento culturale e organizzativo che mette al centro la persona, i suoi bisogni, i suoi desideri e il suo progetto di vita.

Nel corso dell'intervento viene inoltre evidenziato il valore della **coprogettazione**. Il progetto individuale non è elaborato esclusivamente dagli operatori sanitari, ma nasce dal confronto tra professionisti, persona destinataria dell'intervento e famiglia. Questo approccio riconosce il diritto dell'utente a partecipare attivamente alle decisioni che riguardano il proprio percorso di cura e di inclusione sociale, valorizzando la libertà di scelta e il protagonismo individuale.

Un tema ricorrente è quello dell'**integrazione sociosanitaria**, considerata una delle condizioni indispensabili per il successo del Budget di Salute. La relatrice evidenzia come le difficoltà derivino spesso dalla separazione tra risorse sociali e sanitarie, che continuano ad avere canali di finanziamento distinti. Nonostante queste criticità, diverse esperienze regionali mostrano come sia possibile costruire meccanismi di cofinanziamento che incentivino i diversi attori istituzionali a collaborare nella realizzazione dei progetti personalizzati. In questo modo il Budget di Salute diventa anche uno strumento capace di favorire una reale integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Particolare attenzione viene dedicata al ruolo della **formazione** come leva di cambiamento. L'esperienza descritta supera il tradizionale modello della formazione frontale per adottare una metodologia di "formazione-intervento", nella quale operatori sanitari, assistenti sociali, utenti, familiari, rappresentanti del terzo settore e istituzioni regionali lavorano insieme all'elaborazione di progetti concreti. La finalità non è semplicemente trasmettere conoscenze teoriche, ma generare competenze operative che possano tradursi in azioni e innovazioni reali nei territori. Un altro elemento centrale della discussione riguarda la necessità di monitorare e valutare gli esiti



degli interventi. Le esperienze regionali presentate mostrano come l'utilizzo di strumenti standardizzati abbia consentito di evidenziare miglioramenti significativi nei percorsi delle persone coinvolte. La valutazione non è vista soltanto come un adempimento tecnico, ma come uno strumento indispensabile per dimostrare l'efficacia del Budget di Salute e orientare le scelte future dei servizi.

Focus sugli Assi di intervento: Lavori di gruppo e discussione.

Autopresentazione dei partecipanti e stato dell'arte locale.

M. Furlan - P. Ceroni

Dal confronto tra i partecipanti emerge con chiarezza la necessità di orientare il Budget di Salute verso un utilizzo sempre più integrato delle risorse territoriali e comunitarie. La riflessione si concentra soprattutto sulla costruzione di percorsi personalizzati che superino una risposta esclusivamente sanitaria e valorizzino gli assi fondamentali dell'abitare, del lavoro e della socialità. L'attenzione non è rivolta all'attivazione di singoli interventi isolati, ma alla capacità di combinare in modo coerente strumenti differenti – dai tirocini ai percorsi di orientamento e accompagnamento al lavoro, dalle soluzioni di cohousing e housing first ai progetti domiciliari, fino alle iniziative di inclusione sociale, volontariato, attività espressive e sportive – all'interno di un progetto di vita condiviso con la persona. Nel corso della discussione viene evidenziato come il Budget di Salute richieda una forte capacità di integrazione tra Aziende Sanitarie, Enti Locali, Terzo Settore, associazionismo e reti informali della comunità. Le numerose esperienze presentate mostrano infatti che gli obiettivi di recovery possono essere perseguiti efficacemente solo attraverso la costruzione di reti territoriali stabili, in grado di sostenere contemporaneamente l'autonomia abitativa, l'inclusione lavorativa e la partecipazione sociale delle persone.

Dalla discussione emerge inoltre che la sfida principale non riguarda soltanto la disponibilità di risorse economiche, ma soprattutto la capacità di coordinare interventi diversi e di costruire collaborazioni efficaci tra tutti i soggetti coinvolti. In questo senso il Budget di Salute viene interpretato come uno strumento che favorisce il passaggio da una logica prevalentemente prestazionale a un approccio di coprogettazione, nel quale la persona diventa protagonista del proprio percorso e le risorse della comunità assumono un ruolo centrale nella realizzazione degli obiettivi di recovery.

Procedure amministrative a supporto del Budget di Salute

S. Massiotta - Esperto

Il Budget di Salute BdS rappresenta anche una leva di trasformazione organizzativa e istituzionale perché modifica il rapporto tra Pubblica Amministrazione, servizi e Terzo Settore, promuovendo modelli collaborativi fondati sulla condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse. In questo contesto assume particolare rilevanza l'art. 55 del Codice del Terzo Settore, che introduce gli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione come forme di amministrazione condivisa alternative alla semplice logica di mercato. La co-programmazione è finalizzata all'analisi partecipata dei bisogni e delle risorse disponibili, mentre la



co-progettazione consente di definire e realizzare interventi specifici attraverso partenariati tra enti pubblici ed Enti del Terzo Settore (ETS).

La presentazione mette a confronto il modello collaborativo previsto dal Codice del Terzo Settore con il sistema degli appalti pubblici. Mentre gli appalti si basano sull'acquisto di prestazioni standardizzate e sull'individuazione di un unico soggetto aggiudicatario mediante procedure competitive, l'amministrazione condivisa valorizza la collaborazione tra più soggetti, la flessibilità degli interventi e la costruzione di risposte personalizzate ai bisogni complessi delle persone.

Tra i principali punti di forza del Budget di Salute vengono evidenziati la reale personalizzazione dei percorsi, la possibilità di adattare gli obiettivi nel tempo, una maggiore integrazione con i contesti di vita delle persone, il coinvolgimento delle comunità locali, l'ampliamento delle opportunità offerte agli utenti e la valorizzazione del contributo degli ETS. Allo stesso tempo emergono alcune criticità, tra cui le resistenze culturali al cambiamento, la limitata esperienza applicativa, l'assenza di adeguati percorsi di co-programmazione, l'elevato carico amministrativo, la necessità di sistemi informativi più efficienti e la carenza di risorse umane specializzate.

Le prospettive future richiedono il consolidamento di alleanze stabili tra Pubblica Amministrazione ed ETS, il rafforzamento della formazione congiunta, una maggiore integrazione tra ASL ed Enti Locali, la creazione di ecosistemi collaborativi permanenti e un progressivo orientamento delle risorse verso lavoro, inclusione sociale e partecipazione comunitaria. La sfida principale consiste nel trasformare la collaborazione tra pubblico e privato sociale da pratica episodica e legata a singoli finanziamenti a modalità ordinaria di governo dei servizi, capace di garantire diritti, qualità della vita e sviluppo delle comunità locali.

PTRI, UVM, accordo

C. Negro - Esperto

La presentazione approfondisce gli aspetti metodologici e operativi del **Budget di Salute**, soffermandosi in particolare sugli strumenti che ne consentono l'attuazione concreta: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), il Case Manager e l'Accordo di Progetto. L'intervento si colloca all'interno della cornice culturale già delineata nelle altre relazioni del corso, ma ne sviluppa soprattutto la dimensione organizzativa, illustrando come i principi del Budget di Salute possano tradursi in procedure, responsabilità e percorsi operativi concreti.

Fin dalle prime slide viene ribadito che il Budget di Salute rappresenta un modello di integrazione sociosanitaria fondato su due principi essenziali: il diritto alla salute e i diritti di cittadinanza. La salute viene interpretata non soltanto come risposta a bisogni clinici, ma come possibilità concreta di esercitare i propri diritti, partecipare alla vita sociale, mantenere relazioni significative e vivere in condizioni di autonomia e dignità. In questa prospettiva, gli interventi sociosanitari integrati assumono il valore di diritti esigibili e diventano strumenti per contrastare l'istituzionalizzazione, l'emarginazione e la dipendenza dai servizi.

Particolare rilievo viene attribuito alle fasi di attivazione del Budget di Salute. Il percorso prende



avvio dalla segnalazione di un bisogno e dall'ascolto della domanda espressa dalla persona, prosegue con una valutazione approfondita delle condizioni cliniche, psicologiche e sociali e conduce alla definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato. Successivamente viene costituita l'équipe di progetto, vengono formalizzati gli accordi tra i diversi soggetti coinvolti e si procede alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica degli interventi. Tutto il percorso è caratterizzato da una costante attenzione alla coerenza tra gli obiettivi del progetto e i desideri, i valori e le aspettative della persona interessata.

Al centro dell'intero processo viene collocata l'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, presentata non come un semplice organismo autorizzativo ma come il luogo nel quale si realizza concretamente l'integrazione tra sociale e sanitario. La valutazione multidimensionale consente di analizzare contemporaneamente aspetti clinici, funzionali, relazionali, abitativi, economici e comunitari, superando una visione esclusivamente sanitaria del bisogno. L'UVM assume quindi il ruolo di snodo tra il progetto di vita della persona e il percorso di cura, garantendo che le decisioni siano fondate su una lettura complessiva della situazione individuale. Un'altra tematica centrale riguarda il **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)**, che viene descritto come il principale strumento di traduzione operativa del Budget di Salute. Il PTRI non si limita a programmare interventi terapeutici, ma costruisce un percorso di recovery orientato al miglioramento del funzionamento psicologico e sociale della persona. Nella sua elaborazione assumono valore le preferenze individuali, le relazioni affettive, le risorse personali e familiari e le opportunità offerte dal territorio. In questo modo il percorso di cura viene inserito all'interno di un più ampio progetto di vita.

La presentazione dedica inoltre attenzione al tema dell'**Accordo o Contratto di Progetto**, considerato uno strumento fondamentale di corresponsabilità. Attraverso il contratto vengono formalizzati gli obiettivi condivisi, gli impegni reciproci e le responsabilità di tutti gli attori coinvolti: persona, servizi sanitari, servizi sociali, soggetti del terzo settore e altri eventuali partner del progetto. L'accordo rende visibile e trasparente il percorso intrapreso e favorisce una maggiore partecipazione e consapevolezza da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Grande importanza viene attribuita anche alla figura del **Case Manager**, individuato come il professionista responsabile del coordinamento dell'intero percorso. Il suo compito consiste nel mantenere la continuità della presa in carico, facilitare il raccordo tra i diversi servizi, monitorare l'andamento del progetto e garantire che gli interventi restino coerenti con gli obiettivi definiti insieme alla persona. La funzione del Case Manager appare particolarmente significativa in un modello che richiede la collaborazione di numerosi soggetti istituzionali e comunitari.

Nella seconda parte dell'intervento viene illustrata l'esperienza sviluppata a Parma, proposta come esempio concreto di integrazione sociosanitaria. Il modello organizzativo si fonda su una rete articolata di livelli operativi. Le *microéquipe* socio-sanitarie effettuano la prima valutazione e formulano le ipotesi progettuali; le équipe integrate di coordinamento garantiscono il raccordo periodico tra Dipartimento di Salute Mentale e servizi sociali territoriali; l'Unità di Valutazione Multidisciplinare valida e supervisiona i progetti; infine la formazione congiunta tra operatori sociali e sanitari favorisce la costruzione di linguaggi e metodologie condivise. L'esperienza descritta dimostra come l'integrazione non possa essere affidata alla sola buona volontà dei singoli professionisti, ma richieda dispositivi organizzativi stabili e strutturati.

Particolarmente interessante risulta l'attenzione dedicata ai **determinanti sociali della salute**.



La presentazione mostra come la valutazione delle persone coinvolte nei progetti di Budget di Salute debba prendere in considerazione elementi quali le condizioni abitative, le relazioni sociali, la situazione economica, il lavoro, gli eventi critici della vita e le risorse disponibili. Tale approccio conferma una concezione della salute mentale fortemente connessa alle condizioni di vita e alla partecipazione sociale, in linea con i principi della recovery e dell'inclusione comunitaria.

La parte conclusiva della relazione è dedicata alla presentazione di un caso clinico concreto che illustra il funzionamento del Budget di Salute nella pratica. Attraverso il racconto del percorso di una persona con disturbo bipolare, precedenti problematiche di dipendenza e importanti fragilità sanitarie e sociali, viene mostrato come la costruzione di un progetto integrato possa favorire il passaggio da un contesto residenziale a soluzioni di cohousing assistito, supporto domiciliare, sostegno educativo e valorizzazione delle relazioni familiari e comunitarie. L'esempio evidenzia come il Budget di Salute permetta di costruire interventi flessibili e personalizzati, orientati alla permanenza nel territorio e al mantenimento dell'autonomia.

Nel complesso, la presentazione offre una lettura estremamente concreta del Budget di Salute, mostrando come i principi teorici della personalizzazione, dell'integrazione sociosanitaria e della recovery possano essere tradotti in strumenti organizzativi, procedure operative e percorsi individualizzati..

Sperimentazione delle Linee Programmatiche nazionali del Budget di Salute CCM 2022-2024

P. Ceroni - Esperto

L'intervento è dedicato alla presentazione della sperimentazione nazionale sul **Budget di Salute** realizzata nell'ambito del secondo progetto CCM promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. La relazione si inserisce nel percorso di attuazione delle Linee Programmatiche Nazionali del 2022 e si concentra in particolare sugli aspetti metodologici, valutativi e di monitoraggio della sperimentazione, con l'obiettivo di produrre evidenze scientifiche sull'efficacia del modello.

La relatrice ricostruisce innanzitutto il percorso che ha portato all'avvio della sperimentazione. Viene ricordato come una revisione della letteratura internazionale e nazionale relativa al periodo 2013-2021 avesse evidenziato una criticità significativa: la scarsità di studi in grado di documentare gli esiti dei progetti di Budget di Salute attraverso valutazioni longitudinali e follow-up strutturati. Pur essendo numerose le esperienze sviluppate nei diversi territori, risultavano infatti limitate le conoscenze sugli effetti prodotti nel medio e lungo periodo. Questa lacuna ha costituito una delle principali motivazioni che hanno portato alla progettazione del secondo CCM, finalizzato non soltanto a diffondere il modello ma anche a verificarne empiricamente i risultati.

La sperimentazione ha coinvolto quattro regioni – Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Campania – rappresentative di differenti contesti territoriali e organizzativi. Particolare interesse viene attribuito all'esperienza dell'Umbria, che ha sviluppato il Budget di Salute principalmente nell'ambito delle dipendenze patologiche, offrendo così l'opportunità di



confrontare modalità applicative differenti rispetto a quelle tradizionalmente sviluppate nei servizi di salute mentale. La relatrice evidenzia inoltre come, accanto alle regioni formalmente coinvolte, abbiano aderito spontaneamente altri territori interessati a sperimentare il modello e a partecipare alla raccolta dati.

Uno dei temi centrali dell'intervento riguarda la costruzione del sistema informativo nazionale. La relatrice sottolinea come la disponibilità di dati omogenei rappresenti una condizione essenziale per consolidare il Budget di Salute come pratica fondata sull'evidenza. Per questa ragione è stato sviluppato, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, un database nazionale che consente di raccogliere informazioni cliniche, sociali, economiche e organizzative relative ai progetti attivati. Il sistema è stato concepito non solo come strumento di ricerca ma anche come supporto alle attività di monitoraggio regionale e locale, consentendo ai servizi e alle amministrazioni di seguire l'evoluzione dei percorsi individuali e di valutarne gli esiti.

La relatrice descrive dettagliatamente gli strumenti utilizzati per la valutazione. Accanto alla scala HoNOS e alla GAF, già ampiamente conosciute e utilizzate nei servizi di salute mentale, è stato sviluppato un questionario di gradimento specificamente progettato per raccogliere il punto di vista delle persone coinvolte nei progetti. Questo elemento viene considerato particolarmente importante perché permette di integrare la valutazione clinica con la dimensione soggettiva dell'esperienza vissuta, valorizzando la percezione degli utenti rispetto al proprio percorso di recovery e di inclusione sociale.

Un altro aspetto rilevante della relazione riguarda il disegno metodologico della ricerca. La sperimentazione ha previsto l'individuazione di un gruppo di beneficiari di Budget di Salute e di un gruppo di controllo appaiato per caratteristiche diagnostiche, età e genere. Sono stati esclusi dal gruppo di controllo soggetti inseriti in percorsi particolarmente strutturati, come comunità terapeutiche o programmi lavorativi, al fine di ridurre possibili fattori di confondimento. Il monitoraggio è stato effettuato attraverso una valutazione iniziale e due successivi follow-up a sei e dodici mesi.

La parte conclusiva dell'intervento è dedicata ai risultati preliminari della sperimentazione. Sebbene il rapporto definitivo sia ancora in corso di pubblicazione, i dati presentati mostrano risultati incoraggianti. Le persone beneficiarie del Budget di Salute presentano condizioni iniziali generalmente più compromesse sotto il profilo clinico e sociale, con livelli più bassi di istruzione, maggiori difficoltà occupazionali e reti di sostegno più fragili. Nonostante ciò, i miglioramenti registrati nel corso del follow-up risultano significativamente superiori rispetto a quelli osservati nel gruppo di controllo. Particolarmente rilevante appare il dato relativo alla soddisfazione espressa dagli utenti, che evidenzia un giudizio complessivamente positivo sull'esperienza vissuta.

Nelle sue conclusioni la relatrice sottolinea come il valore della sperimentazione non risieda soltanto nei risultati già ottenuti, ma soprattutto nella possibilità di costruire nel tempo una base informativa sempre più ampia e condivisa. L'obiettivo dichiarato è quello di consolidare il Budget di Salute come pratica supportata da evidenze empiriche, capace di orientare le politiche regionali e nazionali e di fornire ai decisori strumenti più solidi per programmare interventi e investimenti futuri.



Organizzazione regionale sul Budget di Salute FVG

M. Furlan - Esperto

La relazione è dedicata all'esperienza del **Friuli Venezia Giulia** e offre una riflessione approfondita sul percorso che ha portato il Budget di Salute a diventare uno degli strumenti centrali delle politiche regionali di salute mentale e integrazione sociosanitaria. L'intervento assume un taglio prevalentemente organizzativo e strategico e si propone di mostrare come il Budget di Salute possa trasformarsi da semplice strumento operativo a vera e propria metodologia di governo dei servizi.

La relatrice colloca l'origine dell'esperienza regionale all'interno della tradizione della salute mentale di comunità sviluppata a Trieste a partire dagli anni Novanta e consolidata con le prime sperimentazioni avviate nel 2006. Fin dall'inizio viene chiarito che il Budget di Salute non può essere interpretato come un meccanismo di finanziamento o come una modalità di acquisto di prestazioni. Esso viene definito piuttosto come un insieme integrato di principi, strumenti professionali, procedure amministrative e modelli organizzativi orientati alla costruzione di percorsi personalizzati e alla valorizzazione delle risorse presenti nella comunità.

Un tema centrale dell'intervento riguarda il significato culturale del Budget di Salute. Secondo la relatrice, il suo principale elemento innovativo consiste nella capacità di superare la frammentazione tipica dei servizi sociosanitari e di ricomporre gli interventi a partire dai bisogni, dai desideri e dalle aspettative della persona. Viene sottolineato come il modello si fondi su una logica di coprogettazione che coinvolge utenti, famiglie, operatori, servizi pubblici e soggetti del terzo settore, con l'obiettivo di costruire opportunità concrete di inclusione e partecipazione sociale.

Ampio spazio viene dedicato all'evoluzione normativa regionale. La relatrice ripercorre le principali tappe che hanno portato all'istituzionalizzazione del Budget di Salute, dalla costruzione del capitolato unico regionale nel 2018 fino all'inserimento dello strumento nelle successive riforme regionali del sistema sociosanitario. Particolare rilievo viene attribuito alla definizione del progetto personalizzato e al ruolo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, individuata come il luogo tecnico nel quale si realizza la valutazione dei bisogni e la costruzione dei percorsi individualizzati.

La relazione affronta inoltre il tema dell'integrazione sociosanitaria, evidenziando come il Friuli Venezia Giulia abbia cercato di superare la storica separazione tra risorse sociali e sanitarie attraverso meccanismi di cofinanziamento che rendono necessaria la collaborazione tra enti locali e aziende sanitarie. In questo contesto viene illustrato il ruolo del Fondo per l'Autonomia Possibile, utilizzato come leva per sostenere progetti personalizzati fondati sulla compartecipazione delle diverse componenti del sistema di welfare.

Uno degli aspetti più significativi dell'intervento riguarda le cosiddette **leve trasformative**. La relatrice individua nella programmazione regionale, nella formazione e nella valutazione tre strumenti fondamentali per sostenere il cambiamento organizzativo. Particolare interesse viene attribuito alla metodologia della formazione-intervento, che coinvolge operatori, utenti, familiari, terzo settore e rappresentanti istituzionali nella costruzione condivisa di progetti di miglioramento. Questo approccio viene considerato più efficace rispetto alla tradizionale formazione frontale perché produce cambiamenti direttamente collegati ai contesti operativi



reali.

La parte più concreta della relazione è dedicata ai tre principali assi di intervento del Budget di Salute: abitare, lavoro e socialità. Sul versante abitativo viene descritto il processo di progressiva riconversione delle strutture residenziali verso modelli di housing supportato e abitare inclusivo. La relatrice presenta dati che mostrano la diffusione sul territorio regionale di piccoli nuclei abitativi e appartamenti supportati, considerati strumenti più coerenti con gli obiettivi di autonomia e recovery rispetto alla tradizionale residenzialità istituzionale.

Per quanto riguarda l'inclusione lavorativa, vengono illustrate le diverse opportunità offerte attraverso tirocini, percorsi formativi, cooperative sociali e inserimenti nelle imprese private. Tuttavia, la relatrice sottolinea che il successo di questi percorsi dipende soprattutto dalla capacità dei servizi di accompagnare e monitorare costantemente la persona durante l'intero processo di inserimento. L'attenzione si sposta quindi dal singolo strumento al lavoro di rete necessario per sostenerne l'efficacia.

Sul piano della socialità viene presentato il modello del **centro diurno diffuso**, concepito come alternativa ai tradizionali servizi diurni. L'obiettivo è favorire la partecipazione delle persone alle normali attività della comunità attraverso collaborazioni con associazioni sportive, culturali e di volontariato. In questa prospettiva il Budget di Salute diventa uno strumento capace di generare relazioni sociali e opportunità di cittadinanza attiva, superando la logica dei luoghi separati destinati esclusivamente alla cura.

Nella parte conclusiva emergono alcune criticità ancora aperte, tra cui la necessità di aggiornare i sistemi informativi e di rivedere le classificazioni tradizionali della residenzialità, ritenute inadeguate a rappresentare le nuove forme dell'abitare supportato. Nonostante queste difficoltà, la relatrice ribadisce che il Budget di Salute rappresenta oggi uno dei più importanti strumenti di innovazione dei servizi sociosanitari, in grado di orientare le risorse verso percorsi di recovery, autonomia e inclusione sociale. Il messaggio finale è che il vero cambiamento non consiste nell'aggiungere nuovi interventi ai servizi esistenti, ma nel ripensare l'intero sistema a partire dai progetti di vita delle persone e dalle risorse presenti nelle comunità locali.

Organizzazione regionale sul Budget di Salute RER

P. Ceroni - Esperto

La presentazione offre una ricostruzione ampia e sistematica dello sviluppo del **Budget di Salute in Emilia-Romagna**, illustrandone l'evoluzione normativa, organizzativa e metodologica. A differenza degli interventi maggiormente focalizzati sugli aspetti operativi dei singoli progetti, questa relazione assume una prospettiva regionale e strategica, mostrando come il Budget di Salute sia progressivamente diventato uno dei principali strumenti di innovazione delle politiche di salute mentale e di integrazione sociosanitaria della Regione Emilia-Romagna.

L'intervento prende avvio dal concetto di **recovery**, che viene indicato come il fondamento teorico dell'intero modello. La recovery viene descritta non semplicemente come remissione dei sintomi, ma come un processo personale di cambiamento attraverso il quale la persona può costruire una vita soddisfacente, significativa e partecipata anche in presenza di limitazioni legate alla malattia. In questa prospettiva, la salute mentale non coincide esclusivamente con il miglioramento clinico, ma riguarda la possibilità di abitare, lavorare, sviluppare relazioni e



sentirsi parte di una comunità. Vengono richiamate le quattro dimensioni fondamentali individuate dalla SAMHSA – salute, casa, scopo e comunità – che costituiscono il riferimento per la progettazione degli interventi orientati alla recovery.

A partire da questa impostazione teorica, la relatrice ricostruisce le origini del Budget di Salute in Emilia-Romagna. L'esperienza nasce dalla consapevolezza che una parte delle persone seguite dai Dipartimenti di Salute Mentale presentava bisogni complessi ai quali i percorsi tradizionali non riuscivano a dare risposte adeguate. Per questo motivo, già nel 2011 la Consulta Regionale per la Salute Mentale promosse un gruppo di lavoro composto da professionisti, familiari e rappresentanti istituzionali con l'obiettivo di sviluppare nuove modalità di intervento fondate sull'integrazione tra cura, riabilitazione e inclusione sociale. In questo contesto il Budget di Salute viene definito come uno strumento a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, orientato alla recovery e capace di collegare il sistema di cura con il sistema di comunità.

La presentazione evidenzia come l'Emilia-Romagna abbia investito precocemente nella sperimentazione del modello. Le esperienze avviate nelle diverse Aziende USL, e in particolare a Parma, hanno progressivamente mostrato la possibilità di costruire percorsi personalizzati che integrano risorse sanitarie, sociali e comunitarie. Questo percorso ha portato all'adozione delle Linee di indirizzo regionali del 2015, che hanno formalizzato il Budget di Salute come metodologia di intervento riconosciuta a livello regionale.

La relatrice dedica ampio spazio agli elementi qualificanti che caratterizzano il modello regionale. In primo luogo viene ribadita la centralità della **valutazione multidimensionale e multiprofessionale**, realizzata attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), con il coinvolgimento diretto della persona, dei familiari e degli altri soggetti significativi. In secondo luogo viene evidenziata l'importanza del progetto personalizzato, condiviso e sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti. Un ulteriore elemento distintivo è rappresentato dall'attenzione ai principali determinanti sociali della salute, che si traducono negli assi di intervento dell'abitare, del lavoro, della socialità e, nelle più recenti evoluzioni del modello, anche dell'apprendimento, dell'espressività e della comunicazione.

Particolarmente significativa è la riflessione dedicata al rapporto tra **progetto di vita e progetto di cura**. La presentazione sottolinea come il Budget di Salute debba sempre essere orientato alla costruzione di percorsi coerenti con le aspirazioni della persona. In questa prospettiva il PTRI non rappresenta un semplice piano terapeutico, ma uno strumento attraverso il quale il percorso di cura viene integrato nel più ampio progetto esistenziale dell'individuo. La logica pattizia del contratto e dell'accordo tra tutti i soggetti coinvolti costituisce uno degli elementi che maggiormente distinguono il Budget di Salute da altre forme di presa in carico.

Un'altra parte rilevante dell'intervento riguarda l'evoluzione organizzativa e normativa del modello regionale. Vengono illustrate le tappe principali che hanno accompagnato la crescita del Budget di Salute: la costituzione del Tavolo regionale per l'inclusione sociale e il Budget di Salute, la definizione degli indirizzi regionali per le UVM, il lavoro sull'innovazione della residenzialità, le sperimentazioni nazionali CCM e la progressiva estensione dello strumento ad altri ambiti oltre la salute mentale, comprese le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e adolescenziale e i percorsi rivolti alle persone sottoposte a misure di sicurezza.

Un tema particolarmente innovativo affrontato nella presentazione è quello dell'**asse habitat e**



della trasformazione del sistema residenziale. L'Emilia-Romagna propone un modello che supera progressivamente le tradizionali strutture residenziali in favore di soluzioni abitative personalizzate, inserite nel tessuto comunitario e collegate a progetti individuali. Gli alloggi destinati ai progetti di Budget di Salute vengono concepiti come luoghi di vita e non come strutture assistenziali, favorendo percorsi di autonomia e inclusione sociale. Tale evoluzione rappresenta una delle applicazioni più concrete del principio della recovery all'interno dell'organizzazione dei servizi.

La relazione approfondisce inoltre il tema della valutazione e del monitoraggio. Grande attenzione viene dedicata allo sviluppo della **BdS Fidelity Scale**, uno strumento costruito per verificare il grado di aderenza dei progetti ai principi fondamentali del Budget di Salute. Gli indicatori presi in considerazione riguardano il protagonismo della persona, l'autodeterminazione, l'integrazione sociosanitaria, il welfare di comunità, la recovery personale e istituzionale e gli aspetti attuativi del modello. Parallelamente viene sviluppato un sistema di monitoraggio regionale che utilizza la cartella informatizzata CURE per raccogliere dati omogenei e consentire valutazioni comparative tra i diversi territori.

Particolare attenzione viene dedicata anche alle questioni amministrative e di governance. La presentazione evidenzia come uno dei principali temi di discussione degli ultimi anni abbia riguardato le modalità di collaborazione tra Aziende Sanitarie, Enti Locali e Terzo Settore. Le riflessioni sviluppate dal gruppo di lavoro coordinato dal professor Alceste Santuari mettono in luce la necessità di evitare che le procedure amministrative diventino un ostacolo alla realizzazione dei progetti personalizzati. Pur riconoscendo l'importanza della correttezza formale, viene ribadito che il fine ultimo del Budget di Salute resta la tutela dei diritti delle persone e la costruzione di percorsi di inclusione e recovery.

La parte conclusiva della relazione presenta la revisione delle Linee di indirizzo regionali prevista per il 2026. Emergono alcuni principi destinati a caratterizzare il futuro sviluppo del modello: la centralità della persona e della sua comunità di riferimento, il coordinamento pubblico dei percorsi, la valutazione multidimensionale fondata su strumenti validati, il ruolo del Case Manager, la compartecipazione delle risorse e il monitoraggio continuo degli esiti. Viene inoltre introdotto il modello dei **Servizi di Comunità e Prossimità**, che punta a rafforzare ulteriormente gli interventi territoriali e a promuovere un welfare generativo basato sulla co-progettazione e sulla valorizzazione delle risorse comunitarie.

Nel complesso, la presentazione restituisce l'immagine di un sistema regionale che ha progressivamente trasformato il Budget di Salute da sperimentazione locale a vero e proprio modello di governance delle politiche sociosanitarie. Il messaggio conclusivo è che il Budget di Salute non rappresenta soltanto uno strumento operativo per la presa in carico delle persone con bisogni complessi, ma una modalità di ripensare l'intero sistema dei servizi, orientandolo verso la personalizzazione degli interventi, la partecipazione attiva delle persone, l'integrazione tra istituzioni e comunità e la piena realizzazione dei diritti di cittadinanza.



Discussione e Prospettive locali

Relatori

L'incontro ha infine evidenziato alcune criticità ancora aperte. Permangono differenze significative tra le diverse regioni nelle modalità di applicazione del Budget di Salute; i sistemi informativi risultano ancora insufficienti per rappresentare adeguatamente la complessità dei percorsi personalizzati; inoltre, la valutazione economica e il monitoraggio delle risorse impiegate continuano a presentare difficoltà metodologiche. Tuttavia, proprio la sperimentazione nazionale e l'implementazione di strumenti condivisi di raccolta dati rappresentano un importante passo avanti verso una maggiore omogeneità e una più solida base di evidenze scientifiche.

Nel complesso, il messaggio che emerge dall'intero percorso formativo è che il Budget di Salute costituisce oggi una delle principali leve di innovazione dei servizi di salute mentale e del sistema sociosanitario. La sua forza non risiede soltanto nella capacità di finanziare interventi personalizzati, ma soprattutto nella possibilità di promuovere un cambiamento culturale che riconosce la persona come protagonista del proprio progetto di vita e la comunità come risorsa fondamentale nei processi di cura, inclusione e recovery.