

Schema di

Convenzione interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria

Premesse

La collaborazione disciplinata attraverso la presente Convenzione interistituzionale è estesa a tutti i distretti sociosanitari afferenti all'area dell'Azienda Sanitaria Locale su cui questi insistono e si sviluppa secondo tre livelli di responsabilità: istituzionale, gestionale-organizzativa e professionale. In particolar modo, la presente Convenzione delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale, tenendo conto anche di quanto previsto dal 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*”. I processi di presa in carico sociosanitaria in favore degli anziani non autosufficienti oltre i 70 anni seguiranno un percorso differente, delineato dalla “*riforma anziani*” di cui al decreto legislativo n. 29/2024, oggetto di specifico successivo protocollo operativo/addendum alla presente Convenzione.

La presente Convenzione è stata redatta in conformità con i contenuti del Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026 di cui al Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 2 aprile 2025, del Piano Nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 20 aprile 2026, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

Al fine di coordinare la Convenzione con altri strumenti regionali già attivi in materia, nonché con gli strumenti regionali e locali di presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari, dei loro caregiver e, in prospettiva, delle persone anziane non autosufficienti, la Convenzione attua e armonizza le “*Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità*”, di cui alla DGR 1264/2025, che definiscono il ruolo delle Case della Comunità e che richiamano al loro interno l'assetto organizzativo del processo di presa in carico sociosanitaria, in particolare attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD). La Convenzione, inoltre, attua e armonizza le “*Linee di indirizzo regionali per l'implementazione della metodologia del Budget di Salute*” di cui alla DGR n. 1270/2025, intesa come modello di governance territoriale dell'integrazione sociosanitaria, fondato sull'utilizzo degli strumenti dell'amministrazione condivisa previsti dal Codice del Terzo Settore, per orientare la definizione e l'attuazione dei progetti personalizzati attraverso processi di co-programmazione e coprogettazione, e la definizione del budget di salute quale strumento dinamico che integra risorse sanitarie, sociali, comunitarie e del privato sociale.

La Convenzione rappresenta altresì lo strumento per la programmazione, presa in carico, gestione e monitoraggio dei servizi vacanza per persone con disabilità di cui alla DGR n. 1121/2024, con specifica integrazione per i minori introdotta dalla DGR n. 168/2026.

La presente Convenzione è stipulata fra l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) e i gli ambiti territoriali sociali ricompresi del territorio di afferenza, nel caso del comune di Roma tra le ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 3 e Roma Capitale, la Direzione regionale Inclusione Sociale e la Direzione regionale Salute ed integrazione Sociosanitaria.

Con riferimento al contenuto della presente Convenzione si richiamano in particolare le seguenti disposizioni nazionali e regionali in materia:

- la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 febbraio 2001, recante *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, recante *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”*;
- la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante *“Delega al Governo in materia di disabilità”*;
- la legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”*;
- il decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, recante *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;
- la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante *“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*;
- il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante *“Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”*;
- decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante *“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”*;
- il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 2 aprile 2025, recante *“Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026”*;
- il decreto interministeriale del 24 giugno 2025, recante *“Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'attuazione dei LEPS”*;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 20 aprile 2026, recante *“Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze, per il triennio 2025-2027”*;
- la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, recante *“Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”* e smi;
- la legge regionale 13 luglio 2026, n. 16, recante *“Disciplina delle strutture e dei servizi socioassistenziali”*;
- la deliberazione di Giunta Regionale dell' 8 luglio 2011, n. 315, recante *“Il Punto Unico d'Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee di Indirizzo”*;
- la deliberazione della Giunta regionale 17 ottobre 2017, n. 660, recante *“Legge regionale 10 agosto 2016 n.11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio.” Attuazione articolo 43*

comma 1, individuazione degli ambiti territoriali di gestione”;

- la deliberazione della Giunta regionale 2 marzo 2018, n. 149, recante *“Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'art. 51, commi 1-7, art. 52, comma 2 lett. C) e art. 53, commi 1 e 2”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 11 dicembre 2020, n. 979 *“Modifiche ed integrazioni al DCA n. U00434/2012 relativo ai requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. Approvazione del verbale di intesa tra Regione Lazio e le Associazioni di categoria sul sistema di remunerazione e sulle tariffe delle prestazioni di riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ex art. 11 della L. 241/1990”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 8 agosto 2023, n. 453, recante *“Modifiche alle deliberazioni della Giunta regionale nn. 584/2020 e 585. Fissazione dei termini per la presentazione dei piani sociali di zona di cui all'articolo 48 della l.r. 11/2016 per il triennio 2024-2026. Aggiornamento del Nomenclatore Strutture, Servizi ed Interventi Sociali di cui all'allegato B della DGR 584/2020”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023, n. 976, recante *“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)”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 19 dicembre 2024, n. 1121, recante *“Nuova disciplina per l'organizzazione e realizzazione dei servizi per la vacanza in favore delle persone con disabilità e con disagio psichico di cui all'art. 29, della l.r. 11/2016”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 17 luglio 2025, n. 614, recante *“Deliberazione di Giunta regionale n. 22/2025 inerente nuove modalità attuative dell'articolo 2, commi 87-91 della legge regionale del 14 luglio 2014, n. 7 e smi. Proroga al 31 dicembre 2025 della scadenza della fase transitoria di avvio della gestione associata a livello distrettuale del processo di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale, ai sensi dell'art. 43 della legge regionale n. 11/2016. Sostituzione integrale dell'Allegato A alla DGR n. 22/2025.”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 17 luglio 2025, n. 615, recante *“Definizione dei parametri per la determinazione del sistema tariffario per le strutture che ospitano persone con disabilità ex art.33, comma 2, lettera i) della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;*

- la deliberazione del Consiglio Regionale 23 luglio 2025, n. 5, recante *“Piano sociale regionale 2025-2027”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 28 novembre 2025, n. 1165, recante *“Sperimentazione della metodologia del Budget di Salute per implementare progetti di vita personalizzati in favore di persone con disturbo dello spettro autistico e persone con disturbo psichiatrico”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2025, n. 1264, recante *“Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità”;*

- la deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2025, n. 1270, recante *“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 deliberazione della Giunta regionale 3 marzo 2026, n. 168, recante *“Disciplina del servizio per la vacanza destinato ai minori con disabilità di cui all'art. 29 della l.r. 11/2016. Integrazione alla deliberazione di Giunta regionale 19 dicembre 2024, n.1121.”;*

La Direzione regionale Inclusione Sociale, rappresentata dal nato/a il..... domiciliato/a per la carica in..... via ...n...

La Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria....., rappresentata dal nato/a il..... domiciliato/a per la carica in via ...n...

Il Distretto socio sanitario rappresentato da..... nato/a il domiciliato/a per la carica in..... vian....

oppure

Il Consorzio rappresentato da.....in qualità dicon sede..... nato/a il in qualità di domiciliato/a per la carica in...vian....

oppure

Roma Capitale..... rappresentata da.....in qualità dicon sede..... nato/a il in qualità di domiciliato/a per la carica in...vian....

L'Azienda sanitaria locale, rappresentata da..... nato/a il in qualità di domiciliato/a per la carica in...vian....

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Articolo 1 – Finalità

La presente Convenzione, ai sensi della normativa richiamata in premessa, è volta a disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per la presa in carico, cura e accompagnamento delle persone, appartenenti alle aree minori e famiglia, anziani, non autosufficienti, disabilità, salute mentale, dipendenze, inabilità o disabilità conseguenti a patologie croniche degenerative, e altre tipologie di intervento e attività a rilevanza sociosanitaria previste nei Piani Sociali di Zona. La Convenzione intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali individuali, personalizzati e integrati, la risposta unitaria ai bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno e inclusione sociale, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e degli obiettivi di servizio definiti dalla normativa vigente;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e di valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi della progettazione individuale personalizzata e partecipata e la costruzione di sostegni anche attraverso il metodo del *budget di progetto/budget di salute*, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Articolo 2 – Oggetto, definizioni e ambito

Per il territorio la presente Convenzione definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del percorso di presa in carico integrato dedicato alle persone con bisogni sociosanitari, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario.

Nella presente Convenzione sono utilizzati termini riconducibili a differenti disposizioni normative e indirizzi programmatori susseguirsi nel tempo. Tali strumenti presentano definizioni in parte evolutive e sovrapponibili, in quanto espressione di diversi livelli di integrazione tra ambito sanitario, sociosanitario e sociale. Essi sono richiamati nel presente documento in quanto ancora vigenti nei rispettivi riferimenti normativi, al fine di garantire continuità interpretativa e operativa dei percorsi di presa in carico, pur nella progressiva armonizzazione prevista dagli indirizzi nazionali e regionali più recenti.

Ai fini ed agli effetti delle disposizioni di cui alla presente convenzione si intende per:

Esercizio dell'integrazione sociosanitaria: il processo di presa in carico integrato sociale e sanitario e l'erogazione di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ai sensi dell'art. 3 septies, comma 2 del D. Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e dell'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001. I servizi, le attività e gli interventi sociosanitari oggetto della presente Convenzione sono altresì individuati dall'art. 51 della legge regionale n. 11/2016 e dalle successive deliberazioni attuative:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: minori, anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Percorso di presa in carico integrato: processo di presa in carico sociosanitaria che vede coordinarsi servizi sanitari e sociali per rispondere simultaneamente ai bisogni di salute, cura, sostegno e di inclusione sociale garantendo la continuità assistenziale. È strutturato in fasi: accesso, valutazione multidimensionale, stesura del piano e monitoraggio. Il percorso di presa in carico integrato può declinarsi a seconda della specifica normativa di settore in:

- **Progetto di salute** (DGR n. 1264/2025-DM 77/2022): rappresenta uno strumento di pianificazione, monitoraggio e controllo della coerenza tra dimensione sanitaria, sociosanitaria e sociale, attraverso l'individuazione di azioni appropriate in relazione alle condizioni sanitarie, sociali e ai bisogni assistenziali, tenendo conto del grado di complessità del singolo caso e prevedendo rivalutazioni periodiche in un'ottica di continuità. Definisce il percorso assistenziale, garantisce l'esigibilità dei LEA e dei LEPS e si basa su una valutazione continua e dinamica del bisogno di salute. Assicura il coordinamento tra professionisti e servizi, la continuità assistenziale tra i diversi setting e il monitoraggio degli interventi.
- **Progetto assistenziale individualizzato (PAI)** (DGR n. 149/2018, l.r n. 11/2016, DPCM 12 gennaio 2017, l. n. 328/00): rappresenta il documento che definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è elaborato dall'Unità di valutazione multidimensionale con il

coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia.

- **Progetto personalizzato (PP)** (DGR n. 1270/2025): rappresenta il documento elaborato in modo partecipato secondo la metodologia del Budget di Salute a seguito di una valutazione multidimensionale; integra il percorso di cura con il progetto di vita della persona attraverso la definizione di obiettivi, azioni e sostegni negli assi di intervento casa/habitat, formazione e lavoro, affettività e socialità, apprendimento, espressività e comunicazione, tenendo conto delle preferenze, delle risorse e delle aspirazioni della persona.
- **Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato** (d.lgs. n. 62/2024): rappresenta il progetto della persona con disabilità che ne presenta istanza secondo quanto disposto dal d.lgs. n. 62/2024, che parte dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, rilevati in sede di valutazione multidimensionale ed è diretto ad individuare, in una visione unitaria, i sostegni, formali e informali, gli accomodamenti ragionevoli e il relativo budget di progetto, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare le proprie potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di uguaglianza rispetto agli altri.
- **Budget di progetto** (d.lgs. n. 62/2024): rappresenta 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, da destinare al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo quanto disposto dal d. lgs. n. 62/2024.
- **Budget di salute** (legge regionale n. 11/2016, DGR n. 1270/2025): rappresenta la metodologia di presa in carico integrata finalizzata alla realizzazione di progetti orientati alla salute, all'autonomia e all'inclusione sociale della persona, attraverso l'attivazione e l'integrazione di risorse sanitarie, sociosanitarie, sociali e di comunità. Esso è costituito dall'insieme delle risorse finanziarie, professionali, umane e relazionali di provenienza sanitaria, sociale, della persona, della famiglia e della comunità, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, mediante interventi caratterizzati da elevata flessibilità, personalizzazione e innovazione, attuati attraverso forme di coprogettazione e cogestione tra soggetti pubblici ed Enti del Terzo Settore. Gli interventi sono orientati ai principali assi dei determinanti sociali della salute: casa/habitat, formazione e lavoro, affettività e socialità, apprendimento, espressività e comunicazione.

La presente Convenzione attiene in particolare ai suddetti processi ai fini della realizzazione di:

- percorsi per la presa in carico integrata sociosanitaria;
- progetti di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328 e alla disciplina prevista dal Capo III del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 nei territori e nei tempi in cui tale decreto è già in vigore.

Articolo 3 – Percorso integrato per la presa in carico

Il Percorso integrato per la presa in carico della persona con bisogni sociosanitari, tenuto conto degli esiti della valutazione di base e degli accertamenti effettuati dall'INPS ove ne ricorrano le condizioni, si articola nelle seguenti fasi:

- accesso al sistema integrato dei servizi sociosanitari attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), che assicura accoglienza, informazione, orientamento e una prima analisi del bisogno, individuando il percorso di presa in carico più appropriato;
- per i casi con bisogno complesso, valutazione multidimensionale effettuata da una équipe integrata (UVMMD) afferente ai servizi territoriali;

- elaborazione, realizzazione e monitoraggio del Progetto di Salute e degli esiti di salute, Piano di assistenza individuale (PAI) o del Progetto personalizzato (PP), al fine di individuare le risposte e i servizi adeguati da mettere a disposizione;
- per la persona con disabilità che ne presenti istanza, elaborazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato (PdV), con il relativo budget di progetto secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 62/2024.

Articolo 4 - Cooperazione interprofessionale

La cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata che opera nei punti unici di accesso (PUA) e nell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD). Tale cooperazione interprofessionale, in coerenza con la sperimentazione della *metodologia del Budget di Salute* di cui alla DGR n. 1270/2025, si realizza non solo nelle sedi di accesso e valutazione, ma anche nelle fasi programmatiche e di affidamento di servizi integrati.

In coerenza con la DGR n. 149/20218 e la DGR n. 1264/2025, la cooperazione interprofessionale delle fasi di accesso e valutazione si fonda su una visione olistica dei bisogni della persona, con approccio bio-psico-sociale, che integra dimensioni cliniche, sociali, sociosanitarie e di contesto, e che guida tutte le fasi del processo di presa in carico al fine di delineare i bisogni di sostegno a cui rispondere anche per ridurre il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario coinvolgono tutti gli attori che possono concorrere per la definizione e l'attuazione del Progetto di Vita/Progetto Personalizzato/Piano assistenziale individualizzato, Progetto di salute, definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

Le equipe integrate, composte da personale adeguatamente formato appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali, operano in coerenza con i principi del D.M. 77/2022, del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026, del d.lgs. n. 62/2024 e con gli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 1264/2025.

Nelle more del PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione (nel caso fossero già state individuate precedentemente con altri accordi, dovranno essere contemplate) al fine di garantire in ogni caso l'accesso unitario per la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata dei punti unici di accesso e dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale integrata tra ambito territoriale sociale e il distretto sanitario.

La composizione e il funzionamento dell'UVMD per la redazione e il monitoraggio del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità, ex art. 24 del D.Lgs. n. 62/2024, si attua nell'ambito di quanto previsto dal suddetto D.Lgs. n. 62/2024 e ss.mm.ii. (nell'ambito della sperimentazione del decreto, nei territori della provincia di Frosinone e di Roma fino al 31.12.2026 e su tutto il territorio regionale a far data 1° gennaio 2027). Al termine del percorso sperimentale previsto dal d.lgs. n. 62/2024, saranno valutate eventuali modifiche alla presente Convenzione, sulla base delle determinazioni che la Regione assumerà in merito alle modalità di riordino e unificazione delle unità di valutazione multidimensionali distrettuali attualmente operanti.

Articolo 5 - Cooperazione per la definizione delle modalità di integrazione degli interventi

Le Parti provvedono a coordinare le attività e l'organizzazione degli interventi a favore delle persone con bisogni sociosanitari, in particolare le prestazioni sociali a valenza sanitaria, erogate dall'ambito territoriale

sociale e le prestazioni sanitarie a valenza sociale e ad elevata integrazione sociosanitaria, erogate dal distretto sanitario. Tale coordinamento riguarda altresì le risorse pubbliche destinate alle prestazioni erogate nelle strutture socioassistenziali di cui alla l.r. n. 16/2026 e nelle strutture sociosanitarie secondo quanto disposto dal DPCM 12 gennaio 2017 e ss.mm.ii.

Le Parti provvedono a coordinare le attività e l'organizzazione degli interventi a favore delle persone con bisogni sociosanitari, mediante l'utilizzo di risorse proprie e co-programmando risorse da integrare secondo la metodologia del *Budget di Salute* sperimentando quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. 1270/2025.

Inoltre, al fine di superare un'impostazione meramente prestazionale e orientare la presa in carico verso un modello progettuale integrato, le Parti programmano e destinano annualmente specifiche risorse per la sperimentazione della metodologia del *Budget di Salute*, quale modello di governance territoriale dell'integrazione sociosanitaria definito dalle Linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. 1270/2025.

L'erogazione degli interventi, dei servizi e/o delle attività sono definiti nel Progetto di salute, nel PAI, nel progetto personalizzato o nel più ampio progetto di vita per le persone con disabilità che ne presentano istanza ai sensi del d.lgs. n. 62/2024. Tali documenti individuano le modalità per l'integrazione tra gli interventi, servizi, e/o attività riferiti agli obiettivi di servizio, ai LEPS e ai LEA quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo, l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario attuano tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale, programmatico, che a livello organizzativo e professionale e di definizione delle risorse, umane, tecnologiche, strumentali, professionali ed economiche utili al budget salute/progetto.

Il progetto (Progetto di salute/PAI/PP/PdV) 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 ss.mm.ii., e gli interventi riconducibili ai LEPS, come definiti dalla L. n. 328/2000 e dalla L.r. n.11/2016 realizzati a livello territoriale, compresi i sostegni e le singole prestazioni attivate prima del percorso di presa in carico integrato, con l'eventuale aggiornamento o rimodulazione degli stessi.

Nell'ambito della sperimentazione della metodologia del Budget di Salute, le Parti adottano gli elementi qualificanti e attuativi di cui alla DGR n. 1270/2025, programmano e destinano annualmente specifiche risorse e si impegnano a dare seguito ai processi di:

- co-programmazione e coprogettazione, ai sensi del D.lgs. n.117/2017, del DM n. 72/2021 e della DGR n. 987/2023;
- valutazione multidimensionale tramite UVMD;
- definizione del progetto secondo gli elementi qualificanti e le procedure delle Linee di Indirizzo di cui alla DGR n.1270/2025 e per le istanze di Progetto di vita secondo quanto disposto dal D.lgs. n. 62/2024;
- definizione per ciascun progetto di un Budget di Salute (o Budget di progetto nel caso di Progetto di Vita) dinamico e integrato che coordina risorse pubbliche, del privato, del privato sociale eventualmente concorrenti e di un Accordo firmato tra le parti compresa la persona beneficiaria e/o legale rappresentante.

Le parti si impegnano a coordinare la fase di definizione dei progetti anche con altre agenzie pubbliche (scuola, agenzie del lavoro, etc.) e soggetti del privato che possono concorrere alle progettualità sui diversi assi dei determinanti sociali di salute.

Le Parti si impegnano, inoltre, a:

- a ricondurre progressivamente gli interventi già programmati e in corso di realizzazione, entro la cornice applicativa della DGR n. 1270/2025 assicurando in particolare la coerenza con gli assi dei

determinanti sociali di salute e con la progettazione personalizzata;

- per nuove programmazioni e interventi, ad applicare le linee di indirizzo sulla metodologia del Budget di Salute di cui alla DGR n.1270/2025, attraverso i processi di amministrazione condivisa previsti dal Codice del Terzo Settore di cui al d.lgs. n. 117/2017 e in conformità alle Linee Guida nazionali adottate con il Decreto Ministeriale n. 72/2021 e alle Linee Guida regionali adottate con DGR n. 987/2023.

Per il periodo di vigenza della presente Convenzione, è individuata:

- Amministrazione Procedente dei procedimenti di co-programmazione.....
- Amministrazione Procedente dei procedimenti di co-progettazione.....

L'Amministrazione Procedente esercita le funzioni di responsabile amministrativo del procedimento ai sensi della legge n. 241/1990 e assume la funzione di impulso, coordinamento e sintesi del procedimento. L'altra amministrazione partecipa in modo pieno e continuativo a tutte le fasi del procedimento, dalla sua definizione, alla realizzazione e al monitoraggio, nel rispetto dei principi di amministrazione condivisa e di leale collaborazione tra enti pubblici.

Titolo II – Organizzazione e strumenti

Articolo 6 – Programmazione integrata

La programmazione integrata è fondata sull'analisi congiunta dei bisogni di salute della popolazione e dei relativi determinanti sociali, attraverso l'utilizzo coordinato dei dati epidemiologici, demografici, sociali e socioeconomici, dei dati relativi all'offerta e all'utilizzo dei servizi, nonché delle informazioni derivanti dall'osservazione dei fenomeni di fragilità, non autosufficienza, disabilità ed esclusione sociale presenti nel territorio.

Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare, anche con il confronto con gli enti del terzo settore, i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di co-programmare interventi e risposte adeguate.

Le Parti convengono che l'integrazione sociosanitaria è attuata attraverso la programmazione congiunta che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione.

In tale prospettiva, le Parti si impegnano a dare attuazione alla sperimentazione della metodologia del Budget di Salute, mediante i processi di co-programmazione previsti dalla DGR n. 1270/2025, attraverso:

- analisi congiunta dei bisogni sui diversi assi dei determinanti sociali di salute;
- definizione delle priorità territoriali e gli ambiti di intervento da sviluppare in coprogettazione;
- costruzione dell'infrastruttura amministrativa necessaria, in particolare l'Elenco territoriale unico degli ETS;
- individuazione delle risorse da destinare annualmente ai progetti personalizzati costruiti secondo la metodologia del Budget di Salute e i progetti di vita secondo il disposto del D.lgs. n. 62/2024.

L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali, anche ricorrendo ai correttivi di cui all'articolo 30 del d.lgs. n. 62/2024.

Articolo 7 – Integrazione con le altre politiche pubbliche

Le Parti riconoscono che la tutela della salute e l'inclusione sociale delle persone sono il risultato dell'interazione tra fattori sanitari, sociali, educativi, abitativi, lavorativi, relazionali e ambientali e promuovono un modello orientato alla costruzione di risposte integrate sui diversi determinanti sociali della salute.

A tal fine, nell'ambito delle attività di programmazione, valutazione multidimensionale e definizione dei percorsi integrati, le Parti favoriscono il raccordo stabile con le istituzioni e i servizi competenti nei settori dell'istruzione, della formazione professionale, delle politiche attive del lavoro, dell'abitare, della mobilità, della cultura e dello sport.

Le Parti promuovono forme stabili di collaborazione interistituzionale finalizzate a favorire l'accesso delle persone ai diritti di cittadinanza, ai percorsi di inclusione scolastica e formativa, alle opportunità di inserimento lavorativo, alle soluzioni abitative adeguate e, più in generale, alle risorse della comunità territoriale.

Nella definizione dei Progetti di salute, dei Piani Assistenziali Individualizzati, dei Progetti personalizzati, dei Progetti di Vita, possono essere attivati, in relazione agli obiettivi individuati e nel rispetto delle competenze dei soggetti coinvolti, interventi e sostegni riconducibili alle diverse politiche pubbliche, al fine di assicurare una risposta unitaria e coordinata ai bisogni della persona e del suo contesto di vita.

Articolo 8 – Partecipazione della comunità e amministrazione condivisa

Le Parti riconoscono il ruolo degli Enti del Terzo Settore, delle consulte e delle organizzazioni rappresentative, nonché delle altre espressioni organizzate della comunità locale, quali soggetti che concorrono alla costruzione del sistema territoriale integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Nel rispetto del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 118 della Costituzione e delle disposizioni del decreto legislativo n. 117/2017, le Parti promuovono forme di amministrazione condivisa finalizzate alla programmazione, progettazione e realizzazione di interventi e servizi rispondenti ai bisogni della comunità territoriale, nel contesto delle Case della Comunità, così come disciplinate dalla normativa nazionale e regionale di settore.

Le Parti favoriscono il coinvolgimento delle reti associative, delle organizzazioni di tutela e rappresentanza dei cittadini e delle altre risorse formali e informali presenti sul territorio nei processi di analisi dei bisogni, di co-programmazione, di coprogettazione e di valutazione degli interventi, valorizzando il contributo delle comunità locali alla costruzione di percorsi di inclusione sociale e di promozione della salute.

Articolo 9 - Sistema unitario di accesso e PUA

Il Punto unico di accesso (PUA) è il servizio che svolge funzioni di accoglienza qualificata, informazione, orientamento e supporto amministrativo-organizzativo, garantendo una risposta unitaria ai bisogni della persona e l'avvio dei percorsi assistenziali appropriati. Esso rappresenta il luogo fisico, idoneo, riservato, accogliente e facilmente accessibile, in cui il cittadino trova una prima valutazione integrata della domanda, con particolare riferimento ai bisogni sociosanitari complessi, alle condizioni di fragilità e/o non autosufficienza.

Il PUA con funzioni di front office è presente in ciascuna Casa della Comunità, hub e spoke, al fine di garantire diverse porte di accesso semplificato e universalistico alla rete dei servizi territoriali.

Il PUA back office, presente in almeno una Casa della Comunità per ogni Distretto, preferibilmente collocato nelle Case della Comunità sede di Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D), è deputato allo svolgimento delle funzioni finalizzate alla presa in carico integrata dei bisogni sociosanitari complessi attraverso équipe multiprofessionale.

In coerenza con i principi del D.M. 77/2022 e del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024–

2026, le Parti si impegnano al rispetto delle indicazioni della DGR n. 315/2011, che ha dettato le Linee di indirizzo del Punto Unico d'Accesso Integrato, quale presidio fondamentale per l'accesso unitario ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, modificate dalla successiva DGR n. 149/2018 e declinate nel contesto delle Case della Comunità tramite la DGR n. 1264/2025.

Presupposto per il buon funzionamento del PUA è la conoscenza approfondita e aggiornata da parte del personale, della mappatura dei servizi e delle risorse sociali e sociosanitarie disponibili nel territorio di riferimento (strutture, servizi e interventi). A tal fine, le Parti garantiscono adeguata formazione e aggiornamento periodico, nonché la presenza di competenze multidisciplinari atte a leggere e filtrare le istanze e i bisogni manifestati dalle persone, anche con eventuale presenza di mediatori linguistici e/o culturali, laddove necessario o opportuno.

Per qualificare l'azione di primo accesso e l'orientamento del cittadino propria del PUA, le Case della Comunità prevedono azioni in rete anche con Enti del Terzo Settore entro un approccio sistemico, capillare, collaborativo, partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo.

Le funzioni del PUA, in coerenza con la DGR n. 149/2018, si articolano in una sede per Distretto composta da:

- Front office, dedicato all'accoglienza, all'ascolto, all'informazione, all'orientamento e alla prima valutazione del bisogno, con particolare attenzione alla tempestiva individuazione dei casi complessi e alla loro presa in carico integrata;
- Back office I livello, che completa lo svolgimento delle azioni di front office finalizzate all'orientamento e/o indirizzamento ai servizi competenti, ed è riservato a bisogni complessi che non richiedono una presa in carico integrata, o l'attivazione di servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza;
- Back office II livello, riservato a bisogni complessi che necessitano di percorsi fortemente integrati di presa in carico, che provvede di concerto con la Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D) e con l'ufficio di Piano del distretto sociosanitario, all'avvio delle attività dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD), individuandone i soggetti istituzionali da coinvolgere e le figure professionali necessarie, procedendo quindi alla convocazione dell'UVMD.

L'ASL e gli ambiti territoriali sociali si impegnano a garantire almeno 30 ore di apertura del servizio con il rispettivo personale presente contemporaneamente, tramite personale dipendente, su ciascun PUA nelle attività integrate di back office e front office (1 per distretto) e almeno 15 ore di apertura in tutte le altre Case della Comunità.

In conformità all'articolo 15, comma 4, del d.lgs. 62/2024, il PUA, così come i servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali che entrano in contatto con la persona con disabilità, la informano, fra l'altro, del diritto ad attivare il procedimento volto all'elaborazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato, quale ulteriore strumento di capacitazione. A tale scopo indirizzano la persona alla presentazione dell'istanza presso il Comune/Ente capofila del distretto sociosanitario dove è collocato il comune di residenza.

La ASL e l'ambito territoriale sociale individuano un *referente PUA* con la funzione di coordinamento a livello distrettuale del servizio e ne forniscono comunicazione (Allegato 1) all'altra amministrazione e alla Regione entro 30 giorni dalla stipula della Convenzione.

Articolo 10 - Unità di valutazione multidimensionale distrettuale

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario provvedono a costituire l'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD), composta da personale adeguatamente formato garantendo l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato anche coinvolgendo, a seconda dei casi, Enti pubblici, del privato sociale e

privati che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitare necessari per la valutazione multidimensionale.

L'ambito territoriale sociale e l'azienda sanitaria, pertanto, nelle loro articolazioni distrettuali, individuano figure professionali necessarie da destinare all'UVMD garantendo una composizione minima dell'unità che può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da ulteriori referenti o figure professionali specialistiche afferenti alle unità di offerta territoriale presso le quali la persona fruisce di servizi o prestazioni, senza oneri a carico della pubblica amministrazione.

Ai sensi della DGR n.1264/2025, l'UVMD in particolare:

- valuta la capacità bio-psico-sociale dell'individuo;
 - individua il carico assistenziale necessario a garantire la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort;
 - riduce il rischio di isolamento sociale e di ospedalizzazioni non necessarie;
 - assicura la definizione delle risposte più appropriate a breve, medio e lungo termine;
- definisce il percorso di presa in carico integrato (Progetto di Salute/PAI/Progetto personalizzato/Progetto di vita), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

In sede di UVMD è individuato un *case manager* con i seguenti compiti:

- dare impulso all'avvio dei servizi e degli interventi previsti dal progetto;
- curare il monitoraggio in corso di attuazione;
- garantire il coinvolgimento attivo della persona nelle verifiche e negli aggiornamenti;
- richiedere la riconvocazione dell'UVMD per la rimodulazione del progetto, quando necessario.

Per le persone con disabilità che presentano istanza di Progetto di Vita, l'UVMD si struttura secondo quanto previsto dall'articolo 24 del d.lgs. 62/2024, commi 1, 2 e 3, ed è integrata dai responsabili dei servizi e degli interventi, anche informali, previsti o da attivare nell'ambito del Progetto di Vita. Tale processo valutativo rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative; definisce il profilo di funzionamento secondo il modello ICF (capacità, performance, fattori ambientali e personali); individua barriere e facilitatori, competenze adattive e domini della qualità di vita; formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettuale e sensoriale; definisce gli obiettivi del progetto, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati; definisce i sostegni necessari, anche informali e comunitari entro il budget di progetto.

Le Parti garantiscono:

- la partecipazione effettiva della persona in tutte le fasi della valutazione multidimensionale e definizione del Progetto di vita;
- la presenza, ove richiesta, di un facilitatore o di un supporto alla comunicazione e alla partecipazione, nel caso di Progetto di Vita;
- l'individuazione del *coordinatore* dell'UVMD e del *referente* dell'attuazione del Progetto di Vita, ai sensi del D.lgs. 62/2024.

La ASL e l'ambito territoriale sociale individuano un *referente UVMD* con la funzione di coordinamento a livello distrettuale del servizio e ne forniscono comunicazione (Allegato 1) all'altra amministrazione e alla Regione entro 30 giorni dalla stipula della Convenzione.

Articolo 11 - Il Progetto di Salute, il Piano assistenziale Individuale, Progetto personalizzato e il Progetto di Vita

Il percorso di presa in carico integrata si traduce nell'elaborazione del Progetto di salute/Piano Assistenziale Individuale/Progetto personalizzato/Progetto di Vita, nella sua attuazione e nel monitoraggio del processo e degli esiti.

Il documento è formulato e approvato dall'UVMD con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale e della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, nonché della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Le Parti si impegnano a sperimentare la *metodologia del Budget di Salute* per la costruzione, in coprogettazione, di soluzioni personalizzate e innovative sui diversi assi dei determinanti sociali della salute, individuando congiuntamente i beneficiari, tra le persone già prese in carico dalla rete dei servizi territoriali che presentano bisogni sanitari e sociali complessi, per le quali risulti appropriata l'attivazione di interventi integrati e personalizzati finalizzati a promuovere percorsi di cura, inclusione sociale e permanenza nel proprio contesto di vita, secondo gli indirizzi della DGR n. 1270/2025.

Il *progetto personalizzato sostenuto dalla metodologia del Budget di Salute* 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, integrati nel progetto personalizzato, concorrono al perseguimento della migliore qualità della vita, 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 armonizzati e coordinati all'interno di un disegno unitario, che ne garantisce la coerenza funzionale, la complementarità operativa e la sostenibilità complessiva.

Per le persone con disabilità che presentano istanza di *Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato* si richiamano gli articoli del decreto legislativo n. 62/2024, che ne definiscono natura, contenuti e modalità di predisposizione, prevedendo che esso sia elaborato secondo principi di autodeterminazione, partecipazione attiva e valorizzazione delle capacità e delle aspirazioni della persona con disabilità. Il Progetto di Vita, ai sensi dell'articolo 26 del decreto legislativo n. 62/2024, partendo dai desideri, dalle aspettative e dalle preferenze della persona con disabilità, è diretto ad individuare i sostegni, formali e informali, necessari a consentirle di migliorare la qualità della propria vita, attraverso un processo caratterizzato da specifiche modalità di realizzazione che permettono budget integrati di risorse in ambito sociosanitario e risposte più flessibili (art. 28. c. 9 del d.lgs. n. 62/2024). Nelle more dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 62/2024 su tutto il territorio regionale, si continua a dare attuazione al progetto di vita ai sensi dell'art. 14 della legge n. 328/2000.

Ai sensi della DGR n. 1270/2025 nonché del d.lgs. n. 62/2024 per i casi di istanza di Progetto di vita, il passaggio alla fase attuativa avviene con la sottoscrizione di un Accordo tra persona e servizi, attuativo dell'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

Articolo 12 - Governo della spesa e sostenibilità finanziaria del sistema sociosanitario

Il sistema di finanziamento delle politiche sociosanitarie è articolato su fondi distinti (ad esempio FSR, FNA, Fondi disabilità, FNPS, risorse comunali, fondi regionali) con regole di riparto, rendicontazione e governance differenziate.

Le Parti si impegnano a garantire coerenza programmatoria, attuazione integrata della spesa nell'ambito sociosanitario, sostenibilità finanziaria e continuità dei percorsi assistenziali e dei modelli di programmazione.

Nell'ambito della sperimentazione della metodologia del Budget di Salute, ai fini del governo integrato della spesa, le parti si impegnano a integrare le diverse risorse verso progetti personalizzati, superando la frammentazione dei finanziamenti e assicurando un utilizzo unitario, flessibile e coerente con gli esiti delle valutazioni multidimensionali.

Gli interventi contenuti nel progetto, individuati per garantire il percorso sociosanitario integrato e l'inclusione della persona, anche allo scopo di prevenire l'istituzionalizzazione, e conformati sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidimensionale, possono assumere anche un contenuto personalizzato rispetto all'offerta di servizi disponibile.

In questo caso, le risorse finanziarie destinate ai Livelli essenziali di assistenza, di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, nel limite dei massimali regolamentati, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previste per i servizi diurni e residenziali, quelle sociali (nei limiti delle risorse disponibili e nelle priorità d'uso per i LEPS), della persona o di altra provenienza, che devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto, possono caratterizzarsi per un utilizzo ad elevata flessibilità e innovazione, anche nell'ambito di un rapporto di co-gestione tra i soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore. In questa prospettiva, il modello Budget di Salute può progressivamente configurarsi anche come "meccanismo di riconversione delle risorse" per favorire l'inclusione sociale e il godimento dei diritti su base di uguaglianza. Anche il budget di progetto che sostiene il Progetto di vita della persona con disabilità che ne presenta istanza, deve essere allo stesso modo concepito come uno strumento flessibile, capace di superare progressivamente le limitazioni imposte dai singoli servizi, per garantire prestazioni integrate e trasversali (articolo 28, comma 9, del d.lgs. n. 62/2024).

Nell'ambito della predisposizione della presente Convenzione, le Parti individuano le modalità di integrazione delle risorse, anche ai fini della definizione di progetti con relativo budget di salute (o budget di progetto nei casi di Progetto di Vita per persona con disabilità).

A tale scopo, le Parti si impegnano a programmare e utilizzare in maniera integrata le risorse provenienti da:

- fondi comunali, distrettuali, regionali, statali ed europei destinati al sistema integrato dei servizi sociali, tra cui anche le risorse regionali assegnate con DGR 1165/2025, a valenza sociale, destinate alla sperimentazione del Budget di Salute per persone con disturbo dello spettro autistico e disturbi psichiatrici;
- fondi del SSR messi a disposizione dalla ASL, afferenti alle quote destinate all'erogazione dei LEA.

Laddove le ASL e gli ambiti territoriali sociali abbiano destinato risorse per accordi o affidamenti di servizi e interventi sociosanitari già avviati prima della formalizzazione della presente Convenzione, i percorsi in favore dei beneficiari convergono all'interno del modello di presa in carico integrata armonizzando le diverse tipologie di sostegni e servizi a partire dalla fase di valutazione multidimensionale (UVMD), quale sede unitaria di definizione del progetto personalizzato. Resta fermo che tali investimenti a valenza sociosanitaria già in corso di attuazione, saranno puntualmente rappresentati in sede di co-programmazione, al fine di garantirne la piena integrazione nella programmazione unitaria dei servizi e nella definizione dei progetti personalizzati.

Le Parti si impegnano a orientare la programmazione delle risorse compatibili con interventi sociali e sociosanitari secondo la metodologia del Budget di Salute, assicurando che tali risorse siano rappresentate e

integrate nei processi di co-programmazione e coprogettazione, nel rispetto delle procedure previste dalla sperimentazione regionale di cui alla DGR 1270/2025. A tale fine, le parti si impegnano alla costituzione e gestione di un elenco territoriale unico per la ASL e ambito territoriale sociale, di Enti del Terzo Settore, da formare mediante avviso pubblico e da utilizzare come base per i processi di co-progettazione per l'applicazione della metodologia del Budget di salute. Gli elenchi ricomprendono ETS in grado di attuare, in co-gestione con i servizi pubblici, progettualità che riguardano 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. 328/2000 e della L.R. n.11/2016, mediante l'impiego delle risorse sociali.

Le Parti si impegnano a definire il quadro triennale delle risorse che prevedono di destinare alla sperimentazione della metodologia del Budget di Salute, partendo dal seguente quadro finanziario di massima, che sarà oggetto di successivo confronto e allineamento in sede di co-programmazione. Tale previsione è subordinata alle risorse annualmente disponibili e necessariamente vincolata al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Anno	2026	2027	2028
Distretto sociosanitario 1			
Distretto sociosanitario 2			
.....			
ASL			

Le Parti si impegnano ad assicurare l'integrazione, nel modello Budget di Salute, di ulteriori risorse pubbliche e private, attivabili in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, eventualmente anche con la partecipazione volontaria delle risorse proprie della persona, secondo le modalità operative indicate nelle Linee di indirizzo regionali per l'implementazione della metodologia del Budget di Salute.

Articolo 13 - Gestione delle informazioni

Nei limiti delle proprie risorse finanziarie disponibili, le Parti si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, le Parti si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Articolo 14 – Servizi vacanza per persone con disabilità

Il servizio si configura come pacchetto unitario e coordinato di attività terapeutiche/riabilitative, ricreative, di socializzazione e di assistenza, da realizzare all'interno del "continuum assistenziale" predisposto dai servizi di presa in carico (sanitari/sociali) e oggetto di valutazione multiprofessionale in sede di UVMD, modulato e differenziato in ragione delle esigenze dei singoli partecipanti, che prevede: l'individuazione del luogo di realizzazione e della struttura ospitante, le modalità di trasporto, l'accompagnamento ed assistenza della persona partecipante, l'animazione con la programmazione e realizzazione delle attività ludico-ricreative, di momenti di integrazione con l'ambiente esterno e di momenti conviviali con finalità inclusive e socializzanti. Tale servizio, in particolare nelle situazioni di disabilità complessa e con necessità di sostegno elevato/molto elevato, ricopre una importante funzione di sollievo per le famiglie.

Ai sensi della DGR n. 1121/2024, di aggiornamento della disciplina per l'ambito di intervento e della successiva DGR n. 168/2026 per le specifiche connesse all'età evolutiva, con la presente Convenzione si definiscono gli aspetti correlati alla programmazione, organizzazione, gestione, monitoraggio e

rendicontazione del servizio vacanza per conseguire le finalità proprie del servizio in argomento come declinate dalla l.r. 11/2016, art. 29.

Le Parti si impegnano nei seguenti ambiti secondo quanto previsto dalla DGR n. 1121/2024:

- individuazione delle seguenti tipologie organizzative del servizio vacanza oggetto di programmazione territoriale annuale, da riportare nel successivo Avviso pubblico di partecipazione, tra quelle contemplate dalla disciplina regionale, stimando rispettivamente i seguenti oneri:
 - servizio per la vacanza di breve durata assistito;
 - servizio per la vacanza di gruppo tradizionale assistito;
 - servizio per la vacanza di gruppo in modalità di autogestione;
 - servizio per la vacanza individuale assistito;
 - servizio per la vacanza multifamiliare assistito;
 - servizio Vacanza Inclusivo nei CRE (specifica per fascia minori);
- assunzione e quantificazione dei rispettivi oneri di gestione del servizio vacanza per la sostenibilità finanziaria dell'intervento, in concorso con la compartecipazione regionale per i costi di rilevanza sociale, quest'ultima graduata proporzionalmente secondo le fasce ISEE richiamate nella DGR 1121/2024 e 168/2026 (la previsione riportata è subordinata alle risorse annualmente disponibili e necessariamente vincolata al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario):

Anno	ASL	Distretto socio-sanitario 1	Distretto socio-sanitario 2			
servizio per la vacanza di breve durata assistito;						
servizio per la vacanza di gruppo tradizionale assistito;						
servizio per la vacanza di gruppo in modalità di autogestione;						
servizio per la vacanza individuale assistito;						
servizio per la vacanza multifamiliare assistito;						
servizio Vacanza Inclusivo nei CRE (specifica per fascia minori);						

- valutazione multidimensionale delle persone destinatarie e definizione dei Piani Individuali di Partecipazione (PIP) nel rispetto dei livelli di intensità assistenziale differenziati:
 - altissimo: rapporto operatore/utente 2:1 o 3:2;
 - alto: rapporto operatore/utente 1:1;
 - medio: rapporto operatore/utente 1:2;
 - basso: rapporto operatore/utente 1:3.
- individuazione delle modalità di coinvolgimento, nella valutazione della progettualità, dei servizi di presa in carico dell'utente e dell'equipe curante (equipe del DSM nel caso di persone con

disagio psichico ai sensi del R.R. 2/2024):

- individuazione delle seguenti priorità di accesso degli utenti al servizio:
-

- definizione dei seguenti indicatori mirati per il monitoraggio quali/quantitativo del servizio per la vacanza e di strumenti di raccordo con il Capogruppo nel corso dello svolgimento del servizio:
-

<<eventuali ulteriori accordi fra le parti relativamente ai soggiorni vacanza>>

Articolo 15 – Percorsi di presa in carico in struttura socioassistenziale e sociosanitaria

L'inserimento in struttura socioassistenziale di cui alla l.r. n. 16/2026 o in struttura sociosanitaria avviene nell'ambito del processo di presa in carico integrata, previa valutazione multidimensionale (UVMD) e definizione del Progetto di salute/Piano di assistenza individualizzato, che individua obiettivi, sostegni, figure professionali e costi e la ripartizione delle responsabilità tra servizi sociali e sanitari, sulla base dei parametri organizzativi, strutturali e professionali previsti per le strutture autorizzate e accreditate.

Per le strutture socioassistenziali a ciclo residenziale o semiresidenziale, l'ambito territoriale sociale è responsabile della copertura della tariffa sociale, in quanto titolare degli oneri per le prestazioni sociali erogate, fermo restando l'eventuale compartecipazione dell'utente. Le prestazioni sono definite nell'ambito del PAI, che può essere aggiornato nel tempo in relazione all'evoluzione dei bisogni della persona. Gli interventi sanitari e sociosanitari necessari (comunque a carattere programmato e non continuativo) vengono attivati tramite prestazioni assimilabili alle forme di assistenza sanitaria rese a domicilio, secondo quanto previsto dalla vigente normativa a garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Gli oneri di tali prestazioni sono posti a carico del SSR secondo la normativa vigente e non sono ricompresi nella tariffa socioassistenziale riconosciuta alla struttura; le eventuali prestazioni sanitarie/sociosanitarie da erogare attraverso i servizi a disposizione della ASL sono:

- a) accessi domiciliari programmati del medico di medicina generale dell'assistito;
- b) prestazioni sanitarie e sociosanitarie programmate dal competente servizio della ASL qualora sia necessaria anche un'assistenza infermieristica, riabilitativa, domiciliare e specialistica.

Articolo 16 - Funzioni di vigilanza e controllo delle strutture autorizzate ai sensi della L.R. 16/2026

Le Parti, nell'ambito delle rispettive competenze istituzionali, assicurano l'esercizio coordinato delle attività di vigilanza e controllo sulle strutture socioassistenziali autorizzate ai sensi della l.r. n. 16/2026 e della relativa normativa attuativa.

Le attività di vigilanza sono esercitate dall'ambito territoriale sociale e dalla ASL territorialmente competente secondo quanto previsto dall'articolo 16 della l.r. n. 16/2026, dall'articolo 59 della Legge Regionale Lazio n. 11 del 10 agosto 2016 e dalle deliberazioni regionali attuative.

La ASL e gli ambiti territoriali sociali si impegnano a coordinare le attività di vigilanza e attivano la stessa attività di vigilanza anche su indicazione della Regione Lazio.

La ASL e l'ambito territoriale sociale individuano un *referente per le attività di vigilanza delle strutture* con la funzione di coordinamento a livello distrettuale del servizio e ne forniscono comunicazione (Allegato 1) all'altra amministrazione e alla Regione entro 30 giorni dalla stipula della Convenzione.

Titolo III

Impegni delle Parti

Articolo 17 – Impegni delle Ambiti territoriali sociali e dell'Azienda Sanitaria Locale

Alla realizzazione del processo organizzativo e gestionale come definito dalla presente Convenzione provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e la ASL secondo le rispettive competenze.

La ASL e l'Ambito territoriale sociale attuano le azioni necessarie a garantire:

- lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito dalla Convenzione;
- la dotazione di risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie, con particolare attenzione all'adeguatezza delle professionalità coinvolte e alla numerosità del personale;
- la piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'UVMD.

La parti si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali per l'implementazione del sistema territoriale sanitario.

Articolo 18 – Monitoraggio

L'organismo di indirizzo e programmazione dei servizi e degli interventi gestiti dai comuni in forma associata (Comitato dei Sindaci/Conferenza dei Sindaci di ambito, organi dell'Unione o Assemblea consortile) e l'Azienda sanitaria locale, secondo i modelli organizzativi regionali e territoriali, costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento della presente Convenzione, informando periodicamente la Regione e i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti.

In particolare, anche ai fini del rafforzamento dei PUA e per garantire la piena funzionalità delle UVMD, nel periodo di vigenza della Convenzione viene effettuato un costante monitoraggio dell'attuazione dell'integrazione sociosanitaria volto a:

- sostanziare ulteriormente il modello organizzativo territoriale;
- fornire indicatori più puntuali alla misurazione dello stesso.

Il monitoraggio sul funzionamento dei processi di presa in carico integrata sarà trasmesso alla Regione con cadenza annuale sulla base dei seguenti indicatori:

- presenza di personale afferente alla ASL e all'ambito territoriale sociale nel PUA e nell'UVMD;
- numero di PUA attivi per Distretto;
- collocazione del PUA all'interno della Casa di Comunità;
- indicazione di orario settimanale di apertura del PUA;
- numero di accessi al PUA;
- numero di prese in carico e di Progetti di salute/PAI/progetti personalizzati/progetti di vita con rilevamento del dato degli inserimenti in struttura e della presa in carico domiciliare;
- numero delle deistituzionalizzazioni;
- numero operatori per profili professionali operativi nei PUA, afferenti alla ASL e ATS;

- presenza di protocolli operativi di funzionamento dell'UVMD;
- numero di convocazione di UVMD;
- presenza di attività di formazione congiunta tra ASL e ambito territoriale sociale sui processi di integrazione sociosanitaria.

I dati sopra descritti vengono raccolti dalla ASL e trasmessi alla Regione, previo coordinamento con i distretti sociosanitari e potranno essere incrementati da ulteriori rilevazioni progressivamente ritenute necessarie.

In coerenza con l'approccio incrementale e adattivo della sperimentazione della *metodologia del Budget di Salute*, è prevista l'introduzione progressiva di un sistema di indicatori finalizzato a monitorare l'attuazione e a valutarne l'impatto. La ASL, coordinandosi con gli ambiti territoriali sociali di riferimento territoriale, raccoglie i dati di ricognizione di cui alle linee di indirizzo approvate con la DGR 1270/2025 e li trasmette trimestralmente alla Regione.

Nel periodo di vigenza della sperimentazione del d.lgs. 62/2024 per i territori ricompresi nella sua attuazione, il monitoraggio seguirà i termini e le modalità disposte dal decreto 197/2024 e dalle indicazioni operative regionali di riferimento.

Articolo 19 – Durata della Convenzione

La presente Convenzione ha durata triennale dalla data di sottoscrizione ed è tacitamente rinnovata per un ulteriore triennio, salvo il caso di recesso di una delle parti da comunicarsi almeno trenta giorni prima della scadenza.

Eventuali modifiche o integrazioni alla presente Convenzione, rese necessarie da sopravvenute disposizioni normative, da esigenze organizzative o dall'evoluzione dei modelli di integrazione sociosanitaria, sono concordate tra le Parti e formalizzate mediante apposito atto integrativo sottoscritto dai legali rappresentanti o dai soggetti a ciò delegati.

Le modifiche decorrono dalla data di sottoscrizione dell'atto integrativo, salvo diversa previsione espressamente concordata tra le Parti.

Articolo 20 – Protocolli operativi

Le Parti possono disciplinare specifici servizi, interventi o aree tematiche mediante protocolli operativi o addendum sottoscritti dall'Azienda Sanitaria Locale e dagli Ambiti territoriali sociali. Tali atti richiamano la presente Convenzione, di cui costituiscono attuazione, e ne sviluppano gli aspetti operativi e organizzativi.

(Allegato 1) – FORMAT DI COMUNICAZIONE DEI REFERENTI

Regione Lazio

Direzione Inclusione Sociale

Direzione Salute e integrazione sociosanitaria

Oggetto: Comunicazione referenti PUA, UVMD, attività di vigilanza delle strutture

Con la presente si comunicano alle amministrazioni in indirizzo i nominativi delle seguenti funzioni di coordinamento, per le finalità di cui alla presente Convenzione:

- un *referente PUA* con funzione di coordinamento a livello distrettuale del servizio (un solo nominativo):
 - Nome
 - Cognome
 - Telefono (cellulare)
 - E-mail istituzionale:

- un *referente UVMD* con funzione di coordinamento livello distrettuale del servizio (un solo nominativo):
 - Nome
 - Cognome
 - Telefono (cellulare)
 - E-mail istituzionale

- un *referente per le attività di vigilanza delle strutture* con funzione di coordinamento livello distrettuale del servizio con funzione di coordinamento livello distrettuale del servizio (un solo nominativo):
 - Nome
 - Cognome
 - Telefono (cellulare)
 - E-mail istituzionale