

**LINEE GUIDA PER LA ELABORAZIONE E LA GESTIONE DEI PROGETTI TERAPEUTICI
INDIVIDUALIZZATI (PTI)
DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA
SOSTENUTI DA *BUDGET* DI SALUTE**

(art. 24 della Legge Regionale 16 ottobre 2019, n. 17)

INDICE

1. Il <i>Budget</i> di Salute (BdS): quadro normativo di riferimento	pag. 2
2. Definizione di <i>Budget</i> di salute	pag. 2
3. Beneficiari del <i>Budget</i> di Salute	pag. 3
4. Albi degli Enti co-gestori di PTI sostenuti da <i>Budget</i> di Salute	pag. 4
5. Ambiti di intervento del <i>Budget</i> di Salute	pag. 6
6. Durata e tipologia dei PTI sostenuti da <i>Budget</i> di Salute	pag. 7
7. Fasi del processo, scelta degli enti co-gestori e assegnazione delle risorse finanziarie .	pag. 8
8. Modalità di verifica e valutazione	pag. 10

1. Il Budget di Salute (BdS): quadro normativo di riferimento.

Le presenti linee guida regolamentano i PTI sostenuti da *Budget* di Salute con riferimento alla quota dello 0,2% dei bilanci ASP, così come stabilito dall'art. 24 della Legge Regionale 16 ottobre 2019, n. 17.

Esse possono essere utilizzate dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) anche per guidare i percorsi di PTI di utenti in carico ai DSM sostenuti da altri finanziamenti, in accordo con gli enti titolari dei finanziamenti stessi e senza sovrapposizioni di finanziamenti per le stesse azioni.

In questo quadro la quota dello 0,2% dei bilanci ASP, stabilita dall'art. 24 della L.R. 17/2019, costituisce la risorsa economica che il sistema sanitario regionale destina annualmente all'implementazione del BdS per gli utenti in carico ai DSM.

Gli accantonamenti della quota dello 0,2% devono essere fatti per l'anno 2019 per la frazione temporale a partire dall'emanazione della L.R. 17/2019, e dal 2020 annualmente.

La suddetta quota dello 0,2% non può finanziare strutture residenziali quali di Gruppi appartamento e le comunità alloggio.

Tale risorsa si integra con le risorse provenienti da Piani Nazionali (es. Piani di PSN), dai Piani di Zona (L.328/00) e da altre risorse messe in campo da soggetti privati, dal Terzo settore, oltre che dagli stessi utenti e dalle famiglie.

Il *Budget* di Salute costituisce uno strumento integrato a sostegno del "Progetto terapeutico individualizzato (PTI) di presa in carico comunitaria" per persone affette da disturbi mentali gravi, così come previsto dal Decreto 27 aprile 2012 "Approvazione del Piano strategico per la salute mentale" e dal Decreto 31 luglio 2017 "Approvazione del Documento, recante: Il Servizio sociosanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie".

Nell'ottica del Dipartimento Integrato di Salute Mentale, previsto nel Piano strategico salute Mentale, è indispensabile che i diversi Enti, che effettuano interventi per le rispettive competenze istituzionali (L.328/00, L.R. 17/2019, ecc.), formalizzino in ogni Distretto momenti di coordinamento al fine di evitare che uno stesso intervento sia finanziato da diverse diverse fonti e che possano all'occorrenza prevedersi diversi finanziamenti per diverse azioni rivolte allo stesso beneficiario.

2. Definizione di Budget di Salute

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

Il *Budget* di Salute che include al suo interno prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) , non si configura come prestazione a sé stante, bensì come progetto individuale che coinvolge il soggetto stesso e la sua comunità. L'inserimento delle persone nei percorsi sostenuti da *Budget* di Salute non fa decadere, ma integra la presa in carico da parte del DSM, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA)

Le finalità del *Budget* di Salute sono:

- migliorare la salute psichica;

- contrastare l'istituzionalizzazione;
- migliorare il funzionamento psico-sociale;
- favorire l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità.

Il *Budget* di Salute si attiva quando:

- occorre dare una risposta non residenziale ai bisogni di assistenza della persona;
- occorre ridurre i periodi d'istituzionalizzazione favorendo le dimissioni dalle strutture (CTA e Comunità Alloggio) e quando il trattamento residenziale/riabilitativo sta per concludersi o si è concluso.

Il *Budget* di Salute quindi tende a contrastare, a prevenire e impedire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.

Il *Budget* di Salute è uno strumento di assistenza territoriale coordinato dai Dipartimenti di Salute Mentale secondo le procedure meglio specificate nel successivo punto 7.

La richiesta di attivazione del Progetto PTI sostenuto da *Budget* di Salute può avvenire oltre che da parte degli operatori del DSM su proposta di un operatore sociale nel territorio di riferimento e conosciuto dal paziente o anche su proposta della persona/famiglia dell'utente.

Il BdS, così come previsto dal Piano Strategico Salute Mentale, dovrà adottare una metodologia di lavoro di rete basata sull'individuazione di un *case-manager*, all'interno di staff multidisciplinari e multi-istituzionali, il cui lavoro di gruppo sarà coordinato dallo stesso in conformità alla realizzazione, monitoraggio e valutazione dei PTI dei pazienti, la cui titolarità ricade sulla figura del medico istituzionalmente responsabile all'avvio della presa in carico, in integrazione con quelli gli altri soggetti che successivamente vi subentreranno.

La metodologia del PTI si fonda su collaborazioni e rapporti che garantiscono una presa in carico globale utilizzando lo strumento del *Budget* di Salute, condiviso con il paziente, i familiari, i servizi pubblici e le agenzie del privato sociale, in un'ottica di presa in carico comunitaria e di terapia lungo tutto il ciclo di vita. In tale modello di comunità solidale, i DSM non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato, ma piuttosto ricercare *partner* per la costruzione/rimodulazione dei contesti.

Il PTI presuppone, sul piano gestionale, l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività terapeutiche domiciliari e residenziali, di sostegno socio-familiare e scolastico, di inclusione socio-lavorativa, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio.

L'ASP promuove la formazione e l'aggiornamento per il proprio personale e per il personale degli Enti Locali attraverso progetti formativi condivisi con il Terzo Settore, finalizzati ad un utilizzo appropriato del BdS con particolare riferimento alla fase di valutazione, al lavoro con la famiglia, ed alla definizione e realizzazione del progetto comprensiva della valutazione finale.

3. Beneficiari del BdS

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

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

1) Diagnosi: nosografia (Spettro schizofrenico, D. bipolari, D. gravi di personalità, Doppia diagnosi) e gravità sintomatologia (VGF 30-50)

2) Livello funzionalità sociale (disfunzionalità da media a grave: S.Va.M.Di., ICF)

3) Non responder/non collaborante

4) Assenza, fragilità, disfunzionalità della rete familiare/sociale

5) Frequenza ricadute

6) Frequenza ricoveri

7) Presenza problematiche giudiziarie

8) Età compresa tra i 18 e i 65 anni.

La presenza di almeno 4 dei fattori sopra descritti è necessaria e sufficiente per l'inclusione dell'utente tra i potenziali beneficiari e rende possibile per i servizi territoriali dei DSM la stesura di un PTI di presa in carico comunitaria, secondo le modalità di cui al successivo punto 6.

I pazienti e le loro famiglie sono tenuti a rispettare il patto di co-gestione del PTI, firmato e sottoscritto congiuntamente con il DSM. Sono esclusi utenti che usufruiscono di eguali misure di *budget* vincolato e progetti specificatamente dedicati.

4. Albi degli Enti co-gestori di PTI sostenuti da *Budget* di Salute.

Al fine di definire una *partnership* di qualità ogni Azienda Sanitaria Provinciale deve dotarsi di Albi di soggetti co-gestori dei PTI di presa in carico comunitaria. Ogni Azienda Sanitaria deve istituire, entro 45 giorni dalla pubblicazione delle presenti Linee guida nella G.U.R.S., l'Albo Aziendale per l'accreditamento degli Enti co-gestori dei PTI di presa in carico comunitaria.

Gli Albi degli Enti co-gestori sono tenuti dai DSM, in osservanza ai principi generali sanciti dalla normativa vigente, e in particolare dal D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106", dalla Delibera n.32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, dal Decreto 31 luglio 2017 "Approvazione del Documento, recante: Il Servizio sociosanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie", dal Decreto 27 aprile 2012 "Approvazione del Piano strategico per la salute mentale".

Gli Albi di cui alle presenti Linee guida sono istituiti al fine di co-gestire PTI di presa in carico comunitaria dei DSM. Gli albi potranno essere unici o potranno prevedere al loro interno delle sezioni o con riferimento al territorio dei distretti o con riferimento ai diversi ambiti per i quali gli Enti co-gestori intendono partecipare. Gli ambiti di intervento su cui può articolarsi l'Albo sono:

1) casa – habitat sociale

2) formazione – lavoro

3) socialità – affettività.

L'iscrizione all'Albo aziendale costituisce il requisito obbligatorio che Enti co-gestori dovranno possedere al fine della partecipazione a tutte di progettazione congiunta dei PTI.

Per la creazione del primo elenco di enti iscritti all'Albo, le ASP stabiliranno un termine massimo di 45 giorni per la presentazione dell'istanza corredata dalla documentazione necessaria. Gli Albi saranno sempre aperti. Dopo la costituzione della prima lista di Enti iscritti gli Albi saranno aggiornati

trimestralmente. Tutti i soggetti che formuleranno l'istanza di iscrizione all'Albo dovranno ricevere risposta entro un termine massimo di 60 giorni dalla presentazione della domanda.

Le ASP che hanno già costituito Albi Aziendali, con riferimento alle normative richiamate al sopra indicato paragrafo 1, dovranno, nel caso di difformità, modificare i relativi avvisi e regolamenti adeguandosi alle presenti linee-guida.

Possono fare richiesta d'iscrizione :

- gli Enti del privato sociale e imprenditoriale;
- gli Enti del Terzo settore che in ragione della vigente normativa in materia dovranno essere iscritti nei rispettivi Albi fino all'avvio operativo del Registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);
- Consorzi e Associazioni Temporanea di Scopo (ATS - in tal caso i requisiti complessivi devono essere garantiti dall'Ente capofila).

Non possono essere iscritte all'Albo

- le Amministrazioni Pubbliche;
- le formazioni e le associazioni politiche;
- i sindacati;
- le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche;
- le associazioni di datori di lavoro;
- gli enti sottoposti a direzione e coordinamento o controllati dai suddetti enti (ad esclusione dei soggetti operanti nel settore della protezione civile);
- le fondazioni di origine bancaria di cui al DLgs. 153/99.

Requisiti per l'iscrizione all'Albo:

I soggetti che faranno richiesta di iscrizione all'Albo dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. essere costituiti da almeno due anni;
2. avere comprovate esperienze pregresse in materia di riabilitazione psichiatrica e/o di inclusione sociale di persone con disabilità psichica e/o dipendenze patologiche;
3. prevedere nel proprio statuto la possibilità di svolgere attività nell'ambito della prevenzione e/o della riabilitazione, dell'inclusione sociale di persone con disabilità psichica e/o dipendenze patologiche;
4. avere la disponibilità di idonee strutture per lo svolgimento delle attività inerenti al PTI;
5. avere sede operativa nel territorio dell'ASP di _____;
7. avere adottato una propria "carta dei servizi";
8. non rientrare nei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs 18 aprile 2016 n. 50;

In caso di Consorzi e ATS i superiori requisiti devono essere garantiti dal Consorzio o dall'ente capofila dell'ATS .

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

Ogni Ente/Consorzio/ATS iscritto all'Albo è tenuto ogni anno a presentare opportuna documentazione sul mantenimento dei requisiti dichiarati al momento dell'iscrizione, il venire meno di uno dei requisiti comporta l'esclusione dall'Albo

I soggetti co-gestori contribuiranno alla costruzione di uno sviluppo economico locale, sociale ed ambientale sostenibile ed alla riabilitazione integrale del territorio fornendo a persone che abbiano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento sociale soddisfacente, gli strumenti e servizi in grado di garantire l'accesso ai diritti all'apprendimento-espressività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione, alla socialità-affettività.

Commissione di valutazione per l'iscrizione all'Albo e per il mantenimento dell'iscrizione.

La Commissione di valutazione sarà costituita da un massimo di cinque membri individuati con apposita deliberazione Aziendale, su proposta del Direttore del DSM, avendo cura che nella stessa vi sia un rappresentante per ciascuna area del DSM (SM, NPI, Dipendenze). I componenti nominati resteranno in carica due anni con obbligo di rotazione.

La Commissione ha il compito di valutare le domande presentate per l'iscrizione e successivamente ogni anno di verificare il mantenimento dei requisiti degli iscritti all'Albo.

Alla Commissione è ammesso con parere consultivo un rappresentante nominato dalla Consulta dipartimentale degli utenti e dei familiari per la salute mentale.

Ogni Ente, in caso di esclusione, può presentare ricorso al Direttore Generale che s'impegna a valutare il ricorso entro tre mesi dalla sua presentazione.

5. Gli ambiti di intervento del Budget di Salute

Gli Ambiti di intervento del Budget di Salute sono:

a) Asse casa – habitat sociale

Gli interventi includono interventi di supporto alla domiciliarità per progetti di pazienti che vogliono vivere da soli o in piccoli gruppi (max 4) e che abbiano necessità di attività di supporto nella gestione della loro vita quotidiana (sostegno attivo temporaneo finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita).

Gli spazi abitativi dovranno essere confortevoli con servizi plurimi e collocati in aree di fruibilità dei servizi del territorio

Questi interventi non sono da confondere con i "Gruppi appartamento" e con le "Comunità Alloggio" che sono rivolti ad un supporto che presenta caratteristiche differenti e che sono appositamente normate.

b) Asse Affettività/Socialità

Gli interventi devono favorire il permanere della persona nel proprio contesto sociale, relazionale e familiare favorendo la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva.

Gli interventi devono favorire la socializzazione e l'integrazione della persona nei propri contesti sociali/relazionali/abitativi attraverso la partecipazione a tutti quelle attività (culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive, recupero scolastico ecc.) presenti sul territorio. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di quest'asse di intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.

c) Asse Formazione/Lavoro

L'obiettivo dell'area è la formazione professionale e la pratica di un'attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative.

Gli interventi devono favorire l'inclusione lavorativa e l'autonomia attraverso l'acquisizione/recupero di quelle competenze professionali rivolte al reinserimento lavorativo. Gli interventi possono prevedere modalità rivolte all'accompagnamento nei percorsi: di formazione/titoli di studio, di esperienze di tirocini di inserimento/reinserimento in borsa lavoro, di ricerca attiva del lavoro finalizzata alla contrattualizzazione utilizzando tutte le modalità previste dalle normative di settore (legge 381/91, legge 68, IPS ecc.)

6. Durata e tipologia dei PTI sostenuti da *Budget di Salute*

Il *Budget di Salute* deve tendere al raggiungimento del maggior livello di autonomia dell'utente beneficiario. Si prevede per ciascun paziente oggetto di intervento una durata massima di due anni del PTI con verifiche trimestrali. Non devono essere previste sovrapposizioni finanziarie con altre tipologie di intervento.

Il PTI devono individuare il tipo di dotazioni finanziarie e devono prevedere i seguenti punti :

- a) Valutazione sintetica del bisogno
- b) Valutazione degli interventi effettuati
- c) Gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni sociali - riabilitativi - formativi – lavorativi
- d) Risultati attesi in relazione alla tipologia di *budget* individuato
- e) Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia
- e) Le fasi temporali e le scadenze delle verifiche dei percorsi previsti
- i) L'impegno sottoscritto dell'assistito e degli altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con le relative modalità (Patto di co-gestione).

Ogni PTI deve individuare 2 case manager uno per l'area clinica (medico-psicologo- infermiere professionale) ed uno per l'area sociale (assistente sociale/terapista della riabilitazione/educatore).

Il responsabile del progetto rimane il medico del DSM che ha in carico il paziente.

Dal punto di vista della dotazione finanziaria i PTI sostenuti da *Budget di Salute* possono essere suddivisi in tre tipologie:

- alta intensità: è prevista per utenti con un indice di funzionamento medio-alto misurato con la scala ICF
- media intensità: è prevista per utenti con un indice di funzionamento medio misurato con la scala ICF
- bassa intensità: è prevista per utenti con un indice di funzionamento basso misurato con la scala ICF

In fase di verifica può essere prevista la possibilità di passaggio da un livello di alta intensità ad uno di media o bassa intensità (obiettivo progettuale). Ciò connota il raggiungimento seppur parziale degli obiettivi prefissati. Tale passaggio può essere fatto anche in corso di attuazione del progetto. Può altresì esserci l'esigenza di un passaggio inverso cioè da bassa intensità a media o alta intensità se in corso d'opera variano le condizioni cliniche del paziente. In tal caso va riscritta e ridefinita tutta la relativa modulistica/contratto.

Per l'elaborazione del PTI si rimanda all'allegato A delle presenti linee guida.

7. Fasi del processo scelta degli enti co-gestori e assegnazione delle risorse finanziarie

Le fasi del processo sono scadenze ogni anno dai seguenti *step*:

7.1 Individuazione dello 0,2% del bilancio e istituzione del relativo capitolo da parte delle ASP Ogni Asp, entro il mese di gennaio, comunica al DSM l'ammontare delle risorse disponibili coerentemente alle indicazioni dell'art. 24 della L.R. 17/2019. Tale disponibilità costituisce pertanto un tetto invalicabile ai fini della predisposizione di PTI.

7.2 Suddivisione delle sotto quote tra i Moduli del DSM La Direzione del DSM, entro quindici giorni dalla suddetta comunicazione, indica a ciascun modulo dipartimentale l'importo destinato al finanziamento dei PTI. Tale determinazione sarà calcolata sulla base del rapporto popolazione/pazienti gravi e complessi in carico (vedi punto 3 delle presenti linee guida) nei moduli. La Direzione del DSM quindi invita i vari moduli alla formulazione dei PTI. L'insieme dei PTI predisposti da ciascun modulo è sintetizzato dallo schema che sarà successivamente inserito nell'avviso di manifestazione di interesse (vedi allegato n. 3 alle presenti linee guida).

7.3 Individuazione degli utenti beneficiari Il Direttore responsabile del Modulo Dipartimentale individua i potenziali utenti beneficiari di PTI sostenuti da *Budget* di Salute, sulla base delle proposte delle UOS come definito al punto 2 delle presenti linee guida, e richiede all'equipe delle UOS che hanno in carico il paziente di formulare la proposta di PTI per il BdS.

7.4 Convalida dei PTI Il Direttore dell'UOC riceve le proposte convalida e controfirma le proposte di PTI anche sotto l'aspetto economico, e trasmette l'insieme delle stesse alla Direzione del DSM, secondo lo schema dell'allegato n. 3 alle presenti linee guida, per l'assunzione del provvedimento amministrativo volto all'acquisizione dei piani operativi di co-gestione da parte degli enti iscritti all'Albo Aziendale. Il processo deve concludersi entro massimo 45 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al punto 1).

7.5 Bando di manifestazione di interesse

Il Direttore del DSM riceve le proposte di PTI dai vari moduli dipartimentali predispone entro 30 giorni lo schema di delibera per la messa a bando di manifestazione di interesse riservato agli enti iscritti all'Albo Aziendale per la cogestione dei PTI. La Direzione aziendale procederà all'adozione dello stesso che dovrà essere pubblicato sul sito Aziendale e nell'Albo delle deliberazioni.

7.6 Proposte degli enti co-gestori Ciascun ente iscritto all'Albo interessato alla co-gestione propone, entro massimo 30 giorni, un piano operativo di co-gestione secondo le previsioni di cui all'allegato n.3 delle presenti linee guida.

7.7 Acquisizione delle proposte e dei Piani operativi degli enti co-gestori

Acquisite le proposte di co-gestione dei vari enti, la Direzione del DSM le trasmette ai Moduli Dipartimentali/UOC che a loro volta le consegnano alle equipe curanti.

7.8 Scelta dell'ente co-gestore

Le equipe curanti procedono, di concerto con il beneficiario, alla valutazione dei Piani operativi ed all'individuazione del relativo soggetto proponente. Individuati gli enti iscritti all'Albo che hanno espresso manifestazione di interesse i potenziali beneficiari saranno chiamati dal servizio territorialmente competente, a selezionare, nel caso di più proposte di co-gestione, l'offerta più congrua ai loro bisogni socio-sanitari e ai loro desideri di vita futura. Le proposte di co-gestione dei vari enti saranno presentate ai beneficiari separatamente. La scelta dei beneficiari dovrà vertere sugli aspetti qualitativi delle proposte degli enti che si sono proposti alla co-gestione. In tale scelta essi saranno sostenuti dal *case-manager*, dal referente terapeutico e da un familiare e/o dall'amministratore di sostegno ove nominato. Degli incontri in cui il paziente effettuerà la scelta sarà redatto un verbale e copia dello stesso sarà consegnata al paziente/familiare oltre che essere custodita dal servizio territoriale competente. I moduli dipartimentali/UOC trasmettono alla Direzione del DSM l'elenco degli utenti beneficiari indicando per ciascuno l'ente co-gestore scelto.

7.9 Predisposizione e firma dei contratti ASP-enti co-gestori

Acquisito l'elenco di cui al punto precedente, il DSM predispone i contratti tra ente co-gestore ed ASP e chiama gli enti co-gestori individuati per la firma dei contratti secondo le modalità amministrative previste dalla legge. Ogni contratto, firmato dal Direttore Generale dell'ASP o suo delegato e dal rappresentante legale dell'Ente co-gestore, dovrà formalizzare i diversi impegni assunti dalle parti, la durata, le verifiche, le condizioni di proroga o recesso. Considerata la personalizzazione dei PTI, ogni convenzione costituisce una diversa fornitura da parte dell'ente co-gestore.

7.10 Attuazione PTI

Dopo la firma del contratto l'ente co-gestore può dar corso alle azioni previste nel PTI e nel Piano operativo dandone comunicazione al case-manager individuato. Il PTI è completato con il Patto di co-gestione firmato da tutti i soggetti coinvolti.

Le procedure di cui ai punti 7.7 -7.10 devono avvenire entro massimo 30 giorni.

8. Modalità di verifica e valutazione

Ogni tre mesi tutti i PTI sono posti a verifica. Ogni *case-manager* convocherà le relative riunioni di verifica del progetto che saranno trascritte nei fogli di aggiornamento e firmate da tutti i soggetti coinvolti. I DSM redigono annualmente un report di valutazione sull'insieme dei PTI sostenuti da *Budget* di Salute.