

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1752

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

D'ARRANDO, DAVIDE AIELLO, ASCARI, MASSIMO ENRICO BARONI, CATALDI, SABRINA DE CARLO, DEIANA, IANARO, LAPIA, LOMBARDO, MARTINCIGLIO, ROMANIELLO, SCERRA, SERRITELLA, TERMINI, VILLANI, LEDA VOLPI

Introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati

Presentata il 9 aprile 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge ha la finalità di contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitari e di valorizzare le persone con gravi malattie e vulnerabilità croniche riducendone le conseguenti o concomitanti disabilità sociali, spesso caratterizzate dall'assenza di protezione sociale. A tali fini si ritiene dunque necessario modificare le determinanti prognostiche della salute e della malattia attraverso strumenti idonei.

Per contrastare il dispendio umano, economico e civile che la disuguaglianza di accesso produce è necessario operare sulla razionalizzazione e sul contenimento orientato. Soprattutto occorre riconvertire i costi necessari a garantire i LEA in investi-

menti produttivi di salute e di sviluppo umano ed economico locale.

Oggi i costi delle prestazioni socio-sanitarie sono, per la gran parte, delegati all'accreditamento strutturale di mercato delocalizzato; tali costi incidono su prestazioni nelle quali è spesso indistinguibile la prevalente attività sanitaria da quella riabilitativa e sociale.

I bisogni sanitari e i bisogni sociali sono operativamente interrelati e per tale motivo assumono un ruolo decisivo le determinanti sociali, culturali, economiche e istituzionali per la produzione di prognosi positive in persone con malattia cronica e disabilità sociale.

È necessaria, prioritaria e strategica la presa in carico congiunta dei LEA tra i

servizi sanitari specifici delle aziende sanitarie locali (ASL), i servizi sociali degli enti locali, i soggetti del Terzo settore, le persone destinatarie di tali servizi, le rispettive famiglie e i civilmente obbligati, con particolare riferimento alle aree di vulnerabilità indicate dall'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Una tale opzione strategica si fonda sull'incremento della sostenibilità, della responsabilità della contrattualità del sistema pubblico e soprattutto dell'utente vulnerabile, il quale deve poter partecipare direttamente e attivamente alla costruzione delle risposte corrispondenti ai suoi bisogni prioritari.

In particolare, la presente proposta di legge intende:

contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali definiti e aggiornati con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in riferimento all'assistenza socio-sanitaria;

valorizzare le persone fragili e vulnerabili, affette da patologie croniche e invalidanti e da una limitazione della capacità di agire e di interagire a livello sociale, favorendo le potenzialità delle medesime, delle loro famiglie e della comunità in cui vivono;

incidere sulla prognosi delle persone affette da esiti invalidanti di malattie croniche e cronico-degenerative, riducendone l'istituzionalizzazione e migliorandone l'aspettativa e la qualità della salute;

razionalizzare, riconvertire e rendere sostenibili gli oneri delle prestazioni socio-sanitarie inserite nei LEA, attraverso la riduzione dei costi connessi alla disparità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, all'eccessiva istituzionalizzazione dei bisogni socio-sanitari delle persone fragili e vulnerabili, nonché all'inappropriata gestione sanitaria dei bisogni medesimi;

promuovere la partecipazione attiva e diretta dell'utente nella definizione delle risposte necessarie a soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, in base alle risorse esistenti e in coe-

renza con l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità;

introdurre strumenti di coprogrammazione, cogestione e coproduzione personalizzata dei bisogni delle persone fragili e vulnerabili, idonei a garantire la gestione congiunta delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA da parte dei servizi sanitari delle ASL, dei servizi sociali degli enti locali, degli enti del Terzo settore (ETS) individuati dal codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, delle persone destinatarie di tali prestazioni, delle rispettive famiglie e dei civilmente obbligati;

promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso percorsi terapeutici riabilitativi individuali, con forme di cogestione dei percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

Per trasformare i costi dei LEA socio-sanitari in investimenti produttivi di salute, per limitare e superare l'istituzionalizzazione, non più sostenibile, delle persone con disabilità sociale concomitante o conseguente a malattie croniche, le regioni possono utilizzare il metodo del *budget* di salute che, nelle sue applicazioni, si è dimostrato efficace ed efficiente nel superamento dell'assistenzialismo mercantile, escludente e spersonalizzato; inoltre tale metodo, laddove applicato, ha altresì permesso un controllo di gestione programmatico, economico e attuativo da parte delle ASL e degli enti locali nonché generativo ed implementativo di sostenibilità, risparmi nella spesa socio-sanitaria e indubbi vantaggi sul benessere complessivo.

Il *budget* di salute, inteso nel senso di «piano finanziario per il benessere», è l'unità di misura che indica quante e quali risorse umane, tecnico-professionali ed economico-finanziarie e per quanto tempo si devono investire per realizzare progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con una probabilità di recupero alta e basata sulla valutazione di ipotesi soggettive e di finalità condivise (casa, lavoro, socialità,

affettività). È noto e scientificamente appurato, infatti, che l'esito prognostico positivo è correlato con la modifica della qualità dell'*habitat* istituzionale e sociale delle persone affette da gravi malattie croniche o da disabilità.

I processi di capacitazione innescati dal *budget* di salute per uno specifico *target* di popolazione sono una precipua funzione inclusiva dei sistemi di *welfare* e un diritto e una responsabilità di tutti i cittadini. Il *budget* di salute si fonda sul superamento delle strutture protette, dei ricoveri ripetuti e protratti, dell'assistenzialismo passivizzante e dell'abbandono. È un percorso che parte sempre dalle persone che altrimenti, senza averlo scelto, abitano indefinitamente in strutture di lunga assistenza, ancorché accreditate, senza alcuna prospettiva evolutiva e terapeutica.

La finalità di tale metodo è dunque innescare un processo di capacitazione personalizzante e inclusiva delle famiglie e delle comunità locali, condividere percorsi e strumenti di benessere psicofisico, di dipendenza emancipatrice individuale e sociale, contrattualizzata e oggettiva in un circolo virtuoso di economie.

Sotto il profilo metodologico, il *budget* di salute (le risorse umane, professionali ed economiche) è parte fondante e integrante del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato promosso, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra la singola persona, gli operatori pubblici, gli ETS idonei, gli eventuali tutori o i soggetti civilmente obbligati e le famiglie, attraverso l'intreccio tra l'iniziativa pubblica e le risorse comunitarie, con un approccio olistico per la presa in carico della singola persona nella sua interezza.

Sotto il profilo economico-finanziario, il *budget* di salute corrisponde alla dotazione economica dei LEA socio-sanitari che l'ente pubblico coprogramma, cogestisce e coproduce con gli ETS idonei perché in grado di coprodurre i diritti alla casa (in possesso reale e nominale ricorrendo anche a forme di *co-housing* e alla rete diffusa di fattorie sociali e organizzazioni similari che associano accoglienza e produzione, lavoro e inclusione), alla formazione e lavoro (nelle

forme previste dalla normativa vigente), all'affettività e alla socialità. Alla stipulazione del *budget* di salute il soggetto terzo obbligato (ETS) si impegna a utilizzare tale dotazione come leva finanziaria per investimenti di tipo abitativo, sociale e lavorativo finalizzati al benessere della singola persona e corrispondenti al suo progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

Per l'applicazione del metodo del *budget* di salute, le ASL ridefiniscono strategie e procedure nei rapporti con gli attori privati locali ricercando e individuando cogestori per la costruzione e modulazione di contesti e interventi specifici per il superamento del sistema di delega competitiva di mercato a organizzazioni private acontestuali e a prevalenza assistenziali.

Il soggetto cogestore deve garantire opportunità di casa/*habitat* sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività opportunamente modulate, per la gestione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati basati su *budget* di salute, integrando la presa in carico degli utenti da parte delle ASL e degli ambiti territoriali di competenza, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i LEA (le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali e locali, nonché la valutazione e il monitoraggio delle azioni).

Il soggetto cogestore amministra una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dal progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, assegnata al singolo utente sulla base del rispettivo LEA, per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, dei beni e dei servizi previsti per la realizzazione in modo mutuale e sussidiario di effettivi percorsi concordati di inclusione, abilitazione ed emancipazione per la persona fruitrice, al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a determinare o perpetuare condizioni di marginalità e di esclusione.

La presente proposta di legge non prevede un aggravio dei costi in essere e futuri per l'erogazione dei LEA socio-sanitari, determinando una trasformazione degli stessi costi in investimenti produttivi e inte-

grando il sistema di *welfare* con lo sviluppo umano ed economico dei territori. Ogni ASL dovrà riqualificare e riconvertire almeno il 10 per cento delle risorse previste per finanziare i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con il *budget* di salute.

La proposta di legge è composta da cinque articoli. L'articolo 1 ne delinea l'oggetto e le finalità. L'articolo 2 affida alle regioni e ai comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, l'individuazione, nel rispettivo territorio, degli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale e per la durata di tre anni, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da realizzare attraverso il metodo del *budget* di salute, nonché la definizione delle relative modalità attuative, compreso un sistema di valutazione qualitativa e quantitativa degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo nonché degli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito.

Con l'articolo 3 è definito il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato ed è disciplinata la realizzazione dello stesso.

L'articolo 4 disciplina il *budget* di salute, definendolo come l'insieme delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie per realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato; la disposizione individua, altresì, la dotazione finanziaria del *budget* di salute.

Infine, l'articolo 5 prevede l'istituzione, con decreto del Ministro della salute, di un osservatorio per il monitoraggio sull'applicazione e sugli effetti del metodo del *budget* di salute; inoltre il medesimo articolo dispone sugli esiti della sperimentazione, che se positivi sono finalizzati all'individuazione di misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da realizzare attraverso il metodo del *budget* di salute.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità e oggetto)

1. La presente legge ha la finalità di:

a) contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, in riferimento all'assistenza socio-sanitaria;

b) valorizzare le persone fragili e vulnerabili, affette da patologie croniche e invalidanti e da una limitazione della capacità di agire e di interagire a livello sociale, favorendo le potenzialità delle medesime, delle loro famiglie e della comunità in cui vivono;

c) incidere sulla prognosi delle persone affette da esiti invalidanti di malattie croniche e cronico-degenerative, riducendo l'istituzionalizzazione e migliorando l'aspettativa di vita e la qualità della salute;

d) razionalizzare, riconvertire e rendere sostenibili gli oneri delle prestazioni socio-sanitarie inserite nei LEA, attraverso la riduzione dei costi connessi alla disparità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, all'eccessiva istituzionalizzazione dei bisogni socio-sanitari delle persone fragili e vulnerabili nonché a una non appropriata gestione sanitaria dei medesimi bisogni;

e) promuovere la partecipazione attiva e diretta dell'utente nella definizione delle risposte necessarie a soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, in coerenza con l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità;

f) introdurre strumenti di coprogrammazione, cogestione e corealizzazione personalizzata dei bisogni delle persone fragili e vulnerabili, idonei a garantire la gestione congiunta delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA da parte dei servizi sanitari delle aziende sanitarie locali (ASL), dei servizi sociali degli enti locali, degli enti del Terzo settore individuati dal codice di cui decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, delle persone destinatarie di tali prestazioni, delle rispettive famiglie e dei soggetti civilmente obbligati;

g) promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, con forme di cogestione dei percorsi di cura e di riabilitazione, caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la presente legge prevede l'introduzione, in via sperimentale, del metodo del *budget* di salute quale strumento di coprogrammazione e di cogestione idoneo a garantire, attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 2.

(Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individuano, nel territorio di competenza, gli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale e per la durata di tre anni, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del *budget* di salute, ai sensi della presente legge, per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 dell'articolo

3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Con l'intesa di cui al comma 1 del presente articolo sono altresì definite le modalità attuative e di coprogrammazione che, ai sensi dell'articolo 55 del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, sono finalizzate all'individuazione dei bisogni da soddisfare attraverso i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, degli interventi a tale fine necessari e delle modalità di realizzazione degli stessi.

3. Nell'ambito delle modalità attuative e di coprogrammazione di cui al comma 2 del presente articolo sono altresì definiti lo schema della convenzione di cui all'articolo 3, comma 6, e il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo nonché degli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito rispetto a indicatori predefiniti.

4. Negli ambiti territoriali individuati ai sensi del comma 1 l'azienda sanitaria locale provvede a riqualificare e a riconvertire almeno il 10 per cento delle risorse destinate al finanziamento dei LEA socio-sanitari in progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del *budget* di salute.

Art. 3.

(Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato)

1. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è l'insieme di azioni individuate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, di cui al comma 2, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, anche dei bisogni sociali, delle preferenze della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità. La valutazione delle abilità e del fun-

zionamento sociale è condotta applicando l'ICF sia al momento della presa in carico del progetto sia nei controlli periodici e programmati non superiori a trenta giorni. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato assume tre livelli di intensità, alta, media e bassa, ai quali corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento e prevede, quale obiettivo progettuale, il passaggio degli utenti da un livello di intensità maggiore a uno di intensità minore.

2. L'unità di valutazione integrata è costituita nell'ambito del distretto della ASL competente presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale ed è integrata dai servizi sociali dei comuni, dagli operatori sanitari, dagli utenti, dai familiari, dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta, da un referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero, dagli operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale, dagli amministratori di sostegno eventualmente nominati e da altri soggetti ritenuti necessari per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona.

3. L'unità di valutazione integrata, sulla base delle valutazioni effettuate, definisce le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e per la sua sostenibilità attraverso il metodo del *budget* di salute.

4. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è affidato a un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore individuato, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti *partner*.

5. L'affidamento di cui al comma 4 tiene conto della capacità certificata di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto terapeutico ria-

bilitativo individualizzato, nonché dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio-sanitari della persona.

6. Per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra l'utente, eventuali tutori o soggetti civilmente obbligati, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente del Terzo settore individuato ai sensi del comma 4, il referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari.

7. La convenzione di cui al comma 6 prevede anche il sistema di valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sull'utente e sulla comunità di riferimento del medesimo, definito ai sensi dell'articolo 2, comma 3.

8. Tra i soggetti che sottoscrivono la convenzione di cui al comma 6, tenuto conto della specifica e prevalente area di competenza sociale e sanitaria del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, è individuata la figura professionale o l'operatore responsabile del progetto, di seguito denominato *case manager*, diverso dal soggetto cogestore di cui al comma 4, al quale è affidata la funzione di coordinamento degli operatori professionali che hanno in carico l'utente. Il *case manager* valuta i bisogni dell'utente, promuove e attiva la rete di assistenza sociale e sanitaria, svolge funzioni di collegamento, monitoraggio e valutazione, controlla la qualità dei servizi e degli interventi, interviene in caso di criticità, elabora e trasmette la relazione di cui all'articolo 4, comma 4.

Art. 4.

(Budget di salute)

1. Il *budget* di salute è l'insieme delle risorse umane, professionali ed economi-

che necessarie per realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

2. La dotazione finanziaria del *budget* di salute necessaria a realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato comprende:

a) le risorse che lo Stato destina ai LEA socio-sanitari e alle politiche sociali;

b) le risorse ulteriori che gli enti locali destinano alle politiche sociali;

c) le risorse del Fondo sociale europeo e dei progetti regionali, nazionali ed europei volti all'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate o vulnerabili;

d) le eventuali risorse conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, anche derivanti da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa.

3. La dotazione finanziaria del *budget* di salute, le quote rispettivamente a carico della ASL e dei comuni ed eventualmente le quote conferite dal soggetto destinatario del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato sono individuate ai sensi dell'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito della determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* del medesimo decreto legislativo.

4. Le risorse del *budget* di salute sono trasferite al soggetto cogestore sulla base dello stato di avanzamento del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, certificato trimestralmente dai soggetti che hanno sottoscritto la convenzione recante il patto di coprogrammazione e di cogestione, tenuto conto degli esiti della valutazione qualitativa e quantitativa di cui all'articolo 3, comma 7, nonché della relazione elaborata dal *case manager*.

5. L'impiego delle risorse del *budget* di salute, al cui controllo di gestione provvede l'ufficio socio-sanitario distrettuale presso il quale è stata istituita l'unità di valutazione integrata di cui all'articolo 3, comma 2, della presente legge, è sottoposto al re-

gime di pubblicità e di controllo di cui ai commi da 125 a 129 dell'articolo 1 della legge 4 agosto 2017, n. 124, nonché alle disposizioni dell'articolo 93 del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117. L'ufficio socio-sanitario distrettuale al quale è affidata la gestione del *budget* di salute dispone i controlli amministrativi e contabili sul corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali attribuite all'ente cogestore.

6. L'ufficio socio-sanitario distrettuale assicura, altresì, il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, finanziati attraverso il metodo del *budget* di salute, e trasmette all'osservatorio di cui all'articolo 5 le informazioni richieste dal medesimo, idonee a rilevare e a valutare gli esiti della sperimentazione. In caso d'inadempienza alle disposizioni del presente comma, è fatto divieto alla ASL competente di trasferire ulteriori risorse già destinate al progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

Art. 5.

(Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati)

1. Il Ministro della salute, con proprio decreto da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituisce un osservatorio che provvede, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, a monitorare l'introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e a verificare i risultati conseguiti sulla base di rilevazioni periodiche semestrali e della documentazione trasmessa dagli uffici socio-sanitari distrettuali.

2. La composizione e i compiti dell'osservatorio, nonché gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti sono individuati nell'ambito dell'intesa di cui all'articolo 2, comma 1.

3. L'osservatorio pubblica, per ciascun anno della sperimentazione, gli esiti della

propria attività nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute e, al termine della sperimentazione, il Ministro della salute presenta una relazione alle Camere.

4. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa nonché delle conclusioni indicate nella relazione di cui al comma 3 del presente articolo, le regioni e i comuni, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individuano misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del *budget* di salute, ai sensi della presente legge, per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 dell'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

