



PER-CORSI INFAS: (IN)FORMAZIONE PER L'AGRICOLTURA SOCIALE

**Il budget di salute: il diritto di poter scegliere il proprio
percorso di cura/sostenere in modo innovativo i progetti
riabilitativi individualizzati**



**Documento realizzato nell'ambito del Programma Rete Rurale
Nazionale 2014-22
Piano di azione biennale 2021-2023
Scheda progetto CREA 21.1**

Autorità di gestione:
Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste

Direzione Generale Sviluppo Rurale
Direttore Generale: Simona Angelini

Responsabili scientifici: Francesca Giarè, Patrizia Borsotto

Autori: Michela Ascani, Carmela De Vivo, Rita Iacono

Data: marzo 2021

Impaginazione e grafica:
Anna Lapoli, Roberta Ruberto e Mario Cariello



1 Il budget di salute: contesto

La crisi delle risorse economiche, l'esigenza di modernizzazione del welfare e la necessità di modalità di governance più efficaci hanno determinato un'evoluzione dei servizi sociosanitari basata su una visione dello Stato in grado di dare ai cittadini la possibilità di disegnare la propria vita e i servizi che ricevono nell'ottica di una maggiore flessibilità, a vantaggio della libertà di scelta degli utenti, della riduzione dei costi e dello stimolo del mercato dei servizi socio-sanitari.

Il budget di salute	
<i>Definizione</i>	Strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale (Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità).

Il budget di salute, in questo contesto evolutivo, rappresenta un approccio individualizzato che ha come obiettivo il miglioramento della qualità della vita degli utenti, anche attraverso la scelta del supporto di cui necessitano, nella direzione di una maggiore autodeterminazione e coprogettazione degli interventi.

La centralità della persona ed il valore dei legami di comunità sono gli assunti che sostengono le linee d'intervento della progettualità individuale.

Il budget di salute è, quindi, uno strumento che permette di attribuire direttamente o indirettamente, attraverso una parte terza (es. servizi sociosanitari), i fondi agli utenti per supportare i loro fabbisogni di salute e benessere sociale e personale. L'individuo diventa un "integratore di servizi" e l'integrazione è guidata dall'individuo stesso, che ha un parziale controllo del supporto di cui ha bisogno.

Lo strumento del budget di salute garantisce agli utenti il diritto di poter scegliere il proprio percorso di cura individuale, di liberarsi da determinati modelli non adeguati e, dunque, offre maggiore scelta, controllo e flessibilità relativamente ai fabbisogni che impattano sul benessere globale della persona.

Le autorità competenti forniscono, direttamente o indirettamente, un budget ai beneficiari che permette loro di acquisire un tipo di assistenza e servizi più vicini ai loro fabbisogni e al loro stile di vita, affinché continuino ad essere inclusi nella comunità di appartenenza.

La molteplicità degli attori coinvolti (utenti, famiglie, servizi sociosanitari, operatori a vario titolo, care planning) nella definizione dei fabbisogni dell'utente rende il budget di salute, al tempo stesso, uno strumento molto complesso, ma anche un fattore che facilita l'implementazione della coprogettazione.

2 L'applicazione in Italia: il quadro normativo nazionale e regionale

Il budget di salute è indirizzato a persone con disabilità psichica o fisica, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc., per le quali il percorso riabilitativo deve prevedere sia aspetti sanitari che sociali. Con una notevole integrazione di risorse sia economiche sia umane, il budget di salute sostiene i Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PRTI), costruiti con l'utente in base al suo bisogno sociosanitario, che hanno l'obiettivo di far recuperare l'autonomia nelle attività di vita quotidiana e lavorative e l'incremento della partecipazione sociale.

Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati	
<i>Definizione</i>	Insieme di azioni indicate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sociosanitari e 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 socialità (art. 3 proposta di legge Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi generalizzati (A.C. 1752, 2020)

In Italia non esiste una legge nazionale sul budget di salute, benché nel corso degli ultimi anni siano stati presentati diversi disegni di legge. Il contesto normativo definisce comunque la necessità di elaborare progetti terapeutici riabilitativi integrati e personalizzati, predisposti a livello distrettuale e basati sulla valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno complesso, sul concorso di più apporti professionali sociali e sanitari e sulla valutazione periodica dei risultati.

Quadro normativo nazionale



<i>D.Lgs. n. 229/1999</i>	Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale
<i>Legge n. 328/2000</i>	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
<i>D.P.C.M. del 14/02/2001</i>	Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria
<i>D.P.C.M. del 12/01/2017</i>	Definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), in sostituzione del D.P.C.M. del 29 novembre 2001
<i>Legge n. 112/2016</i>	Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

La legge del 17 luglio 2020 n. 77 di conversione del decreto Rilancio Italia ha previsto, tra l'altro, un chiaro riferimento al welfare di prossimità e ai budget di salute. Il comma 4 Bis prevede, infatti, che «Al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità». Va rilevato che sino alla fine di ottobre 2020 l'atto di intesa in sede di Conferenza Stato Regioni non risulta ancora siglato.

A livello regionale, diverse amministrazioni hanno adottato il budget di salute come strumento integrato di gestione degli interventi sociosanitari. La Regione Friuli-Venezia Giulia, con la legge regionale n. 22 del 2019, ha riorganizzato i livelli di assistenza e ridefinito gli strumenti della pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria. Il modello assistenziale del Servizio sanitario regionale (SSR) è definito come sistema in grado di integrare le forme di risposta ai bisogni

delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni, valorizzando la centralità della persona, il ruolo della famiglia e della rete di supporto familiare. Il percorso delineato per conseguire tali obiettivi prevede, tra l'altro, la definizione di un progetto personalizzato di intervento sostenuto da un apposito budget e la possibilità che l'organizzazione e la gestione del progetto personalizzato di assistenza sia aperta alla collaborazione del privato sociale.

La Regione Lazio, con la legge regionale n. 11 del 2016, integra l'assistenza sociosanitaria con progetti personalizzati sostenuti dal budget di salute e costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione dell'utente.

La Regione Campania, con delibera di Giunta Regionale n. 483 del 2012, ha approvato le "Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario, attraverso la metodologia dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute". Inoltre, con la legge regionale n. 5 del 2012, relativa all'agricoltura sociale e alla disciplina delle fattorie e orti sociali, in particolare all'art.3 definisce i soggetti che possono svolgere attività di agricoltura sociale come co-gestori dei PTRI, sostenuti dal budget di salute.

L'Emilia-Romagna, con le deliberazioni di Giunta Regionale n. 478/2013 e n. 805/2014, ha promosso con un apposito finanziamento dedicato il "Programma Budget di salute".

La Regione Sicilia, con la legge regionale n. 17 del 2019, ha impresso un'accelerazione alla realizzazione di Progetti Terapeutici Individualizzati (PIT) sostenuti da Budget di Salute (BdS). La norma prevede che "Ogni Azienda Sanitaria Provinciale è tenuta a destinare almeno lo 0,2% delle somme poste in entrata del proprio bilancio annuale al finanziamento di Progetti Terapeutici Individualizzati (PIT) di presa in carico comunitaria, formando la dotazione finanziaria del Budget di Salute" come definito dal documento piano delle azioni e dei servizi sociosanitari e del sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni sociosanitarie. Il regolamento attuativo, però, non è stato ancora approvato. Il



Piano sociosanitario regionale del 2017 aveva già collegato il budget di salute all'agricoltura sociale con l'obiettivo di creare le condizioni all'interno di un'azienda agricola che consentano a persone con specifiche esigenze di prendere parte alle attività quotidiane di una fattoria, per assicurarne lo sviluppo e la realizzazione individuale, contribuendo a migliorare il loro benessere.

Budget di salute e AS in Sicilia	
<i>Modalità operative</i>	<ul style="list-style-type: none">○ Pubblicazione del bando per una manifestazione d'interesse da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) indirizzato agli enti no profit, e successiva istituzione di un albo aziendale.○ Definizione dei bisogni di salute dell'utente.○ Evidenza pubblica con invito alle cooperative sociali e associazioni senza fini di lucro iscritte all'Albo Aziendale a partecipare alla partecipazione e realizzazione dei PTI che definiscono attori, ruoli, periodicità degli incontri, domanda e offerta, ecc.○ Valutazione, da parte di una commissione del Dipartimento di Salute Mentale, dei requisiti di idoneità posseduti dalle cooperative e associazioni.○ Scelta dell'utente tra le proposte.○ Stipula di un contratto di prestazione di servizi sociosanitari tra il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e gli iscritti all'albo.○ Scansione del progetto in due fasi temporali:<ul style="list-style-type: none">- I fase: ricovero del paziente in comunità e permanenza diurna in fattorie sociali per un tempo limitato;- II fase: trasferimento del paziente in una abitazione civile o in fattorie e maggiore coinvolgimento nelle attività lavorative con l'obiettivo di fargli acquistare maggiore autonomia.

Anche Piemonte e Veneto, nonostante non prevedano il budget di salute, hanno adottato provvedimenti con cui è possibile definire percorsi riabilitativi personalizzati costruiti in una logica di coprogettazione.

La Lombardia, con la legge regionale n. 23 del 2015, ha previsto l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso e realizzato progetti di

sperimentazione del Budget di Salute per promuovere l'inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso la riqualificazione dei loro percorsi di vita.

La Toscana, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 1449 del 2017, ha definito un modello sperimentale regionale di presa in carico della persona con disabilità, da attuare attraverso il Progetto di vita e l'introduzione dello strumento organizzativo-gestionale denominato budget di salute.

3 Il budget di salute e l'agricoltura sociale

Alcune Regioni hanno deciso di applicare il budget di salute all'agricoltura sociale (AS), per garantire il miglioramento del benessere e lo sviluppo degli utenti facendoli partecipare alle attività quotidiane di un'azienda agricola. Tra queste, particolarmente significative sono le esperienze del Friuli-Venezia Giulia e della Campania.

In Friuli-Venezia Giulia i Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati sono sostenuti da Budget Individuale di Salute (PTRP con BIS), con la finalità di garantire alle persone con difficoltà fisiche e/o psichiche le risorse economiche per un pieno accesso al diritto di salute. I PTRP sono coprogettati con le persone, le famiglie e le espressioni delle utilità sociali delle comunità locali, per dare risposte ai diversi bisogni, in una logica di costruzione di welfare di comunità. In applicazione della legge regionale n. 17/2008, l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 presenta alla Regione progetti per lo sviluppo di azioni in fattorie sociali, centrando l'attenzione negli ultimi anni alla previsione di progetti secondo lo schema di piani territoriali con alcuni "hub" di maggior sviluppo e promozione di attività. Contestualmente, si sono sviluppati "poli" di pratiche di AS presso aziende private, associazioni, cooperative, enti, o già dediti ad attività di inclusione sociale (in quanto esperienze "storiche" del Terzo settore in provincia) o riconvertiti all'agricoltura multifunzionale da una base strutturale di azienda agricola.

In Campania il quadro normativo disciplina e definisce Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati sostenuti da Budget di Salute.

I PTRI elaborati dall'U.V.I. distrettuale sono sviluppati in diverse sezioni relative a: i) situazione del funzionamento sociale a carico familiare; ii) bisogni sociosanitari emersi in riferimento alle



specifiche esigenze individuali e familiari; iii) obiettivi del progetto; iv) interventi programmati in cogestione e personale impiegato; v) soggetto valutatore e periodicità delle verifiche durante il progetto; vi) intensità dell'intervento.

Il modello campano, la cui maggiore espressione è rinvenibile in provincia di Caserta, in terreni precedentemente utilizzati dal manicomio di Aversa, ha dato vita non solo ad un'esperienza di agricoltura sociale, ma anche alla realizzazione di opifici e ristoranti, gestiti da cooperative sociali che operano in rete, con un marchio comune, finalizzati all'inserimento socio lavorativo di persone fragili.

Budget di salute e AS in Campania	
Modalità operative	<ul style="list-style-type: none"> ○ I PTRI, adottati dalle cooperative sociali che svolgono AS iscritte all'elenco dei cogestori (soggetti privati) dei Budget di Salute, vengono definiti dall'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) in base alla situazione sociosanitaria dell'utente. ○ Sulla base della documentazione sanitaria prodotta le cooperative definiscono la loro proposta di intervento sociosanitario ed economica per il singolo utente. ○ L'ASL di riferimento, in sede di U.V.I. distrettuale, con il supporto dell'utente stesso e della sua famiglia, valuterà le proposte giunte dalle cooperative in modo da fare una scelta. ○ Il cogestore individuato comunicherà l'inizio delle attività. ○ Una volta che la persona è stata affidata alla cooperativa, si stila la "Determina", che rappresenta l'impegno concreto attraverso cui l'ASL e l'ente locale si impegnano a corrispondere la quota stabilita del Budget di Salute, differenziata a seconda del grado di gravità. ○ L'U.V.I. monitora la realizzazione del PTRI attraverso incontri periodici di verifica dell'efficacia del PTRI stesso.

Bibliografia

Sève-Ferrieu, N., (2009). Indipendenza, autonomia e qualità della vita: analisi e valutazioni in EMC - Medicina Riabilitativa Volume 16

European Economic and Social Committee (2013), Opinion of the European Economic and Social Committee on Social Farming: green care and social and health policies, 2013/C 44/07

Wirrmann Gadsby, E. (2013), Personal Budgets and Health: a review of the evidence. Centre for Health Services Studies, University of Kent. <https://pdfs.semanticscholar.org/4e17/992ef37a79514f15d8db3f6e48cd732fb4c7.pdf>

Righetti, A. (2013), I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche, Roma, Bari: Laterza

Schiattarella, F. (2014), Produzioni virtuose di welfare territoriale. I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati sostenuti da budget di salute in una cooperativa sociale di tipo misto in provincia di Caserta
Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M., Parker, G. (2014), The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review, Journal of mental health, Abingdon, England, pp. 146-55

Welch E., Jones K., Caiels J., Windle K., Bass R. (2017), Implementing personal health budgets in England: a user-led approach to substance misuse, Health and Social Care in the Community, 25(5): 1634–1643

European Platform for Rehabilitation (2016), Co-production of services, Briefing paper. https://www.epr.eu/wpcontent/uploads/EPR_Paper_on_Co-production_2016.pdf

Fleming, P. (2016), How personal budgets are working in Ireland. Evaluating the implementation of four individualized funding initiatives for people with a disability in Ireland. Mental Health and Social Research Unit, Maynooth University. Research brief

Starace, F. (a cura di) (2011) Manuale pratico per l'integrazione socio sanitaria. Il modello del Budget di salute, Carrocci Faber

Pellegrino P., Ceroni P., Dall'Agio R., Soncini C: (a cura di) (2019) Soggetto, persona, cittadino. Il budget di salute. Esperienze in Emilia Romagna. Alpha & Beta

Sitografia

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Osservatorio/Pagine/default.aspx>

https://www.genio.ie/system/files/publications/PERSONAL_BUDGETS_IRELAND_MAY16_0.pdf

Exworthy, M., Powell, M., Glasby, J. (2017), The governance of integrated health and social care in England since 2010: great expectations not met once again?, Health Policy, 121: 1124-1130. De Vivo, C., Ascani, M., Cacciola, S., (2019). Il budget di salute come nuovo strumento di welfare. EyesReg, Vol.9, N.1,



Gennaio 2019. <http://www.eyesreg.it/2019/il-budget-di-salute-comenuovo-strumento-di-welfare/> Camera dei deputati – Servizio Studi XXIII Legislatura, (2020), Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi generalizzati A.C. 1752. Dossier n° 327 - Schede di lettura 31 luglio 2020