



**RETERURALE  
NAZIONALE  
20142020**



# Le esperienze di integrazione socio-sanitaria in Emilia-Romagna: la Provincia di Parma e il Budget di salute in agricoltura sociale

Rapporto

Settembre 2023





# **Le esperienze di integrazione socio-sanitaria in Emilia-Romagna: la Provincia di Parma e il Budget di salute in agricoltura sociale**

**Rapporto**

**Settembre 2023**

**RETERURALE  
NAZIONALE  
20142020**



**RETERURALE.IT**







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

Autorità di gestione:

Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

Direzione Generale Sviluppo Rurale

Direttore Generale: Simona Angelini

Autori: Ascani M., Iacono R., Paci M.

Data: Settembre 2023

Impaginazione e grafica:

Anna Lapoli

ISBN 9788833852980



## Indice

|                                                                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Il Budget di Salute: integrazione sociosanitaria, personalizzazione degli interventi di welfare e AS.....</b> | <b>5</b>  |
| <b>2. L'agricoltura sociale in Italia .....</b>                                                                     | <b>8</b>  |
| <b>3. Il quadro istituzionale e normativo in Emilia-Romagna e l'esperienza della Provincia di Parma</b>             | <b>9</b>  |
| <b>4. I casi di studio.....</b>                                                                                     | <b>12</b> |
| 4.1 Il caso di studio del Consorzio EMC2 .....                                                                      | 12        |
| 4.2 Il caso di studio del Consorzio Fantasia .....                                                                  | 14        |
| <b>Conclusioni .....</b>                                                                                            | <b>16</b> |
| <b>Riferimenti bibliografici .....</b>                                                                              | <b>18</b> |



## 1. Il Budget di Salute: integrazione sociosanitaria, personalizzazione degli interventi di welfare e AS

Il Budget di Salute (BdS) rappresenta un'innovazione nella programmazione e gestione degli interventi sociosanitari, che vede la persona diventare soggetto attivo nella definizione del proprio percorso riabilitativo. Si tratta di uno strumento di integrazione sociosanitaria, presente in varie esperienze nazionali, europee e internazionali come *personal budget* e analizzato in vari studi (ISS, 2022). Esso costituisce una possibilità gestionale innovativa per riconfigurare il sistema dei servizi sociosanitari partendo dal soggetto con fragilità e dalla sua famiglia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la disponibilità di risposte centrate sulla persona, fornendo anche un budget sanitario, la base per tenere conto del diritto all'autodeterminazione (Ferraro M., et al., 2020).

Nel contesto della crisi delle risorse pubbliche e dell'esigenza della modernizzazione del welfare verso un modello pubblico-privato, innovativo e basato su reti, con una gestione mista tra enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali (Borsotto P., Giaré F., 2020), il BdS rappresenta un approccio individualizzato che ha tra i punti di forza l'incremento della contrattualità dell'utente nel rapporto con gli altri soggetti coinvolti nel processo di cura (Mosca M., 2018).

L'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità indica il BdS come lo "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" (Righetti A., 2013). Tale definizione è stata ampliata nel 2022 dalle Linee Guida dell'Istituto Superiore della Sanità sul tema, con ulteriori riferimenti alla dimensione relazionale, familiare e sociale del contesto idoneo a favorire l'inclusione della persona. In letteratura il BdS rappresenta lo strumento più avanzato per rendere concreti i principi dell'integrazione sociosanitaria (Starace F., 2021) e ha lo scopo di favorire la permanenza e il rientro al domicilio prescelto, facendo perno sulla capacità di autodeterminazione e sulla possibilità di personalizzare l'assistenza in base alle proprie esigenze di salute, cura, riabilitazione, abitative, occupazionali e relative alla socialità (Castegnaro C., Cicoletti D., 2017; Castegnaro C. et al., 2021; Pesaresi F., 2022).

La partecipazione attiva del destinatario, e dei suoi familiari, alla costruzione del percorso di riabilitazione e di inserimento sociale rende il soggetto interessato protagonista e co-responsabile dell'intero intervento e non semplice fruitore dei servizi di assistenza. Un elemento di debolezza



come la disabilità sociale viene trasformato così in una risorsa utile allo sviluppo dei contesti che favoriscono l'emersione dei soggetti da condizioni croniche di dipendenza e di sudditanza psicologica (Mosca M., 2018).

Il BdS si colloca nell'ambito dell'evoluzione dei sistemi di welfare nella direzione di pratiche sociali e di servizi locali modellati sulla persona, sulle sue risorse e sui suoi fabbisogni. I modelli di welfare innovativi evidenziano anche l'importanza di coinvolgere le comunità, come attori fondamentali in grado di generare servizi e incidere sull'economia locale (Ferraro M., et al., 2020).

L'implementazione del BdS richiede l'adozione di una prospettiva multilivello e multi-attore e la costruzione di percorsi integrati tra istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, sociali e sanitarie, nei diversi contesti comuni (De Vivo et al., 2018). L'origine degli attuali modelli sociosanitari in Italia risale alla fine degli anni '70, con la L. 833/1978, che istituisce il servizio sanitario nazionale e permette finalmente di attuare il precetto stabilito dall'articolo 32 della Costituzione, e da una serie di interventi normativi, tra cui l'emanazione della Legge Basaglia n.180/1978. Successivamente, la L.328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ha previsto l'integrazione tra gli interventi sociali e sanitari e definito le basi operative per la costruzione del BdS che sostiene la realizzazione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali (PTRI). Questi ultimi sono finalizzati a favorire: la massima espressione possibile del progetto di vita, la equa compartecipazione degli utenti ai costi determinati nel progetto di vita e le prestazioni assistenziali (Santuari A., 2022), il raggiungimento di un livello accettabile di funzionamento (autonomia possibile), l'espressione dei propri diritti di cittadinanza (l'abitare, il lavoro, la socialità) e la partecipazione alla vita del proprio territorio (Causarano M., Venerosi A., 2022).

I PTRI sono stati sperimentati inizialmente in provincia di Udine negli anni '90, con l'attuazione di un progetto pilota che aveva l'obiettivo di superare il modello di assistenza residenziale per utenti psichiatrici. In seguito, sempre in Friuli-Venezia Giulia, il Regolamento di attuazione del Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine<sup>1</sup> (Causarano M. Venerosi A., 2022) ha rappresentato di fatto un BdS, rendendo la Regione pioniera nella sperimentazione dello strumento. Da un punto di vista normativo, le esperienze regionali, maturate prevalentemente in Friuli-Venezia Giulia, Campania, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia, hanno trovato un respiro nazionale nel progetto di legge presentato alla Camera nel 2019, a vent'anni dalla emanazione della Legge 328, che ha posto le basi per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali. La proposta di legge

---

<sup>1</sup> art. 41 della Legge Regionale 31 marzo 2000, n. 6.



n. 1752<sup>2</sup> introduce lo strumento come metodo di lavoro nel campo dei servizi alla persona legato a progetti terapeutico-riabilitativi definiti come un “insieme di azioni indicate ed elaborate dall'Unità di Valutazione Integrata, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sociosanitari 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”. I PTRI sono costruiti sul territorio e mirano a contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, garantendo da parte di tutti i soggetti coinvolti una efficiente e razionale presa in carico delle persone vulnerabili. Tra gli obiettivi della proposta, rappresentano elementi innovativi la razionalizzazione, riconversione e sostenibilità delle prestazioni sociosanitarie e il riconoscimento di un potere decisionale ai diretti interessati (Starace F., 2021; Causarano M., Venerosi A., 2022).

Il tema del BdS è stato richiamato inoltre nella L. 77/2020 di conversione del Decreto Rilancio e nel documento “Iniziative per il rilancio Italia 2020-2022”, come strumento su cui investire una parte importante dei sostegni per la popolazione con disabilità. Anche nella Legge quadro sulle disabilità<sup>3</sup> sono affrontate le tematiche collegate alla progettazione personalizzata ed è attribuito ad ogni persona con disabilità il diritto di costruire un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, sostenuto dal BdS.

In alcune Regioni italiane<sup>4</sup> esistono esperienze di integrazione sociosanitaria attraverso il BdS, con specifica applicazione nell'ambito dell'agricoltura sociale (AS), che rappresenta un modello di sviluppo economico e culturale innovativo, perché promuove integrazione, capacità collettive e individuali, produce lavoro e reddito (Brioschi R., 2017; Rosiello A. e Taricone F., 2021). Tali esperienze sono caratterizzate dall'integrazione tra l'ambito sociosanitario e l'azienda/impresa agricola, assicurando così il miglioramento del benessere e lo sviluppo degli utenti, ma anche l'attivazione della comunità di riferimento.

---

<sup>2</sup>“Introduzione sperimentale del metodo budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”.

<sup>3</sup> N. 227/2021.

<sup>4</sup> Prevalentemente Friuli-Venezia Giulia, Campania, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia.





## 2. L'agricoltura sociale in Italia

L'evoluzione delle aree rurali in Europa ha ridefinito la funzione dell'agricoltura, chiamata a rispondere alle rinnovate istanze di beni e servizi espresse dai cittadini nei confronti del settore primario (Ascani M. et al., 2020). L'agricoltura sociale (AS), fenomeno complesso e in evoluzione, caratterizzato in Italia da una notevole differenziazione sul territorio nazionale sia per quanto riguarda gli attori coinvolti, che per le attività realizzate (Giarè et al., 2022; Torquati B., Paffarini C., 2016), si inserisce in tale contesto evolutivo, in un'ottica di diversificazione delle attività delle imprese agricole (Borsotto P., Giarè F., 2020), nell'ambito teorico della multifunzionalità dell'agricoltura come paradigma per conciliare la produzione agricola e le istanze provenienti dalla società civile (Van Huylenbroeck G. et al., 2007; Aguglia L. et al., 2009).

L'AS può essere definita come quell'attività caratterizzata dall'uso delle risorse dell'agricoltura per la realizzazione di benefici di tipo sociale, sanitario o educativo indirizzati ad un'ampia gamma di soggetti. Pur con notevoli peculiarità sul territorio per quanto riguarda attori coinvolti e attività realizzate, può essere considerata come ambito di intervento unico grazie ad alcuni elementi riscontrabili nelle varie esperienze. L'esperienza italiana, in particolare, si caratterizza per l'approccio inclusivo, mentre in altre realtà europee prevale la dimensione della cura e dell'assistenza (*care farming* in Olanda e altri Paesi nordeuropei, pratiche di *care farms* in Germania e Francia, svolte da strutture accreditate dal sistema sanitario nazionale) (Di Iacovo F., O'Connor D., 2009).

L'AS amplia quindi le funzioni dell'agricoltura verso gli aspetti sociali, con benefici per destinatari delle attività, utenti dei servizi, comunità locali, aree rurali, e con la creazione di una rete tra una molteplicità di attori coinvolti, del mondo agricolo, della cooperazione sociale, delle istituzioni, del volontariato (Ascani M. et al., 2023; Giarè F. et al., 2022; Bock B., 2016; Garcia-Llorente M. et al., 2016; Torquati B., Paffarini C., 2016; Dessein J. Et al., 2013; Tulla A.F. et al., 2014; Lanfranchi M., et al., 2015).

Il quadro variegato e complesso dell'AS e la realtà delle esperienze diffuse sul territorio nazionale è stato normato nel 2015 dalla Legge 141 "Disposizioni in materia di agricoltura sociale" che, pur con alcune criticità, *in primis* l'incompletezza della disciplina soprattutto a causa della mancata emanazione delle Linee Guida da parte dell'Osservatorio nazionale sull'AS, mette ordine in una materia in cui per anni la realizzazione di attività è avvenuta utilizzando norme esistenti in ambiti diversi (sociale, sanitario, agricolo, ecc.) e accordi (Giarè et al., 2022; Giarè F. et al., 2020). La Legge ha identificato, all'articolo 2, quattro categorie di attività riconducibili all'AS: i) inserimento socio-



lavorativo di lavoratori con disabilità e di lavoratori svantaggiati; ii) prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali; iii) prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative anche attraverso l'ausilio di animali allevati e la coltivazione delle piante; iv) progetti finalizzati all'educazione ambientale e alimentare, alla salvaguardia della biodiversità nonché alla diffusione della conoscenza del territorio indirizzati a bambini in età prescolare e a persone in difficoltà sociale, fisica e psichica.

Anche le politiche dell'UE, compresa quella di sviluppo rurale, hanno supportato nel periodo di programmazione 2014-22 una visione di agricoltura creatrice di servizi, sia rivolti a specifici gruppi, che alle comunità rurali. In Italia la quasi totalità delle Regioni ha considerato l'AS tra gli interventi finanziabili nei Programmi di Sviluppo Rurale, considerandola una pratica di innovazione sociale in grado di rispondere alle esigenze di singoli e comunità e alla crisi dei servizi pubblici (Borsotto P., Giarè F., 2020). Il fenomeno delle pratiche di AS nel territorio nazionale, che ancora sfugge ad una completa quantificazione e quindi ad un adeguato monitoraggio a causa della scarsità di dati disponibili, si riflette solo in parte sui dati provenienti dagli Albi Regionali degli operatori, istituiti in attuazione delle Leggi regionali. Questi, infatti, sono attivi soltanto in 10 Regioni e quindi consentono una ricostruzione parziale del fenomeno. Nel 2021, i 298 (+31% rispetto al 2020) operatori iscritti nelle Regioni interessate erano soprattutto imprese agricole e cooperative sociali agricole, i soggetti ascrivibili tra gli operatori di AS secondo la maggior parte delle leggi regionali. I dati del Censimento dell'agricoltura 2020, che per la prima volta analizzano l'AS tra le attività connesse, delineano una situazione numerica ben più consistente, con 904 aziende di AS, di cui 405 al Nord, 217 al Centro e 186 al Sud (CREA-PB, 2022).

### **3. Il quadro istituzionale e normativo in Emilia-Romagna e l'esperienza della Provincia di Parma**

L'Emilia-Romagna ha promosso il BdS come strumento integrato di attivazione e gestione degli interventi sociosanitari nell'ambito della salute mentale e lo applica con successo anche all'ambito dell'AS. Il contesto istituzionale e normativo del BdS in Emilia-Romagna è stato ricostruito mediante analisi desk e interviste con testimoni privilegiati istituzionali, sia dal lato ASL, che da quello Assessorato alla Sanità della Regione. Il modello che emerge in Emilia-Romagna si basa su un'iniziale sperimentazione del BdS a partire dai seguenti elementi: il Piano Attuativo Salute Mentale 2009-



2011, le esperienze dei DSM-DP<sup>5</sup> di Parma, Imola, Forlì e Bologna, una profonda riforma della progettazione individuale, che ha portato, con la DGR n.1554/2015, alle Linee di indirizzo per la realizzazione della metodologia con il BdS, definito come uno strumento integrato sociosanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) (RRN, 2022).

Il percorso è stato avviato a partire dal 2011 dalla Consulta regionale per la salute mentale, che ha istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende sanitarie e della Regione per approfondire la metodologia del BdS in alternativa al rischio di abbandono o di istituzionalizzazione di soggetti affetti da disturbi psicopatologici.

Una serie di Delibere di Giunta Regionale, a partire dal 2013, ha definito il contesto di applicazione dello strumento. In particolare, le DGR 478/2013 e 805/2014 hanno promosso con un finanziamento dedicato il “Programma Budget di salute”, per facilitare la diffusione di questo approccio negli interventi sociosanitari di tutti i DSM-DP regionali. Questo primo programma regionale è stato realizzato grazie alla collaborazione tra DSM-DP, Comuni, Consulta salute mentale, ecc. Con questo obiettivo sono stati realizzati nel 2013 oltre 200 progetti individualizzati sul territorio regionale.

Nel 2015 sono state elaborate le Linee di indirizzo regionali (approvate con DGR 1554/2015) e nel 2016 è stato istituito un Tavolo regionale, coordinato dall’AUSL di Parma, che da allora accompagna il percorso di attuazione ed implementazione delle Linee di indirizzo regionali. Esse trattano a tutto tondo il modello del BdS: contengono infatti la definizione, i destinatari, gli elementi qualificanti, le risorse, gli ambiti di intervento o Assi, i livelli di intensità dei progetti, la procedura per l’attivazione dei PTRI tramite il BdS. Il BdS è definito nel documento come “strumento integrato socio-sanitario a sostegno del PTRP di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell’ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l’inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante la partecipazione a percorsi evolutivi”. Per quanto riguarda i destinatari, i progetti con BdS potrebbero essere rivolti non solo a persone affette da disturbi mentali gravi, ma anche a soggetti affetti da disabilità sociale conseguente a malattie psico-organiche o a marginalità sociale ed altre condizioni. Il modello BdS può avere una durata massima di due anni, eventualmente rinnovabile fino a quattro e l’intensità del PTRI è determinata dall’UVM<sup>6</sup>, che valuta le proposte di progetto, verificandone l’appropriatezza in termini di coinvolgimento e

---

<sup>5</sup> Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

<sup>6</sup> Unità di Valutazione Multiprofessionale e multidisciplinare.



condivisione di tutti i partner interessati. Un aspetto che caratterizza il progetto è la presenza di un'equipe con un proprio responsabile, costituita da psichiatra referente del caso, assistente sociale, operatori sanitari e/o sociali, utente, familiari, operatori dell'ente gestore, eventuali volontari o altri partner in qualche modo collegati o interessati, e che ha il compito di definire e formalizzare il PTRI. Dal punto di vista amministrativo l'AUSL definisce le risorse da mettere a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di Progetti da realizzarsi con il BdS in relazione sia ai diversi ambiti sia al loro grado di intensità.

Il Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 ha individuato nel BdS uno degli obiettivi da monitorare, con indicatori specifici regionali e distrettuali. In seguito, un accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e la Regione ha risposto all'esigenza di mappare le diverse esperienze regionali/provinciali e si è concretizzato nel progetto sperimentale del 2021 "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute", con una dotazione finanziaria di 140 mila euro e una durata di 24 mesi. Grazie al progetto sono state prodotte nel 2022 le Linee programmatiche nazionali "Progettare il budget di salute con la persona", a supporto delle Regioni e Province Autonome nell'adozione del BdS. Il documento è stato realizzato da un gruppo di lavoro interregionale, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), e formato da oltre un centinaio di professionisti di tutte le Regioni e Province autonome italiane, referenti per l'ambito sanitario, sociale, e dirigenti amministrativi nominati dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (Pesaresi, 2022). Il progetto ha inoltre coinvolto, attraverso una consultazione pubblica, i portatori di interesse della società civile, le Associazioni del volontariato e i rappresentanti dell'ANCI (Associazione nazionale comuni italiani). Le Linee programmatiche rappresentano al momento l'unico documento a livello nazionale che abbia una fonte governativa e che entri nel merito della definizione e organizzazione del BdS. Esse partono dall'esperienza della salute mentale ma possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo (Pesaresi, 2022) al fine di consentirne la permanenza al domicilio. Contengono inoltre, oltre ai risultati di una ricerca scientifica appositamente condotta a livello internazionale, da un lato gli elementi qualificanti, che devono essere presenti per poter definire il BdS, dall'altro gli elementi attuativi, con indicazione di percorsi e strumenti amministrativi adeguati.



## 4. I casi di studio

In questo quadro istituzionale e normativo, risulta particolarmente significativo il caso della provincia di Parma, in particolare del Dipartimento Salute Mentale dell'AUSL provinciale, che utilizza già da diversi anni il BdS applicandolo, come già sottolineato, anche all'ambito dell'agricoltura sociale.

Per approfondire le modalità di applicazione del BdS in agricoltura sociale e il modello innovativo che favorisce l'integrazione tra il sistema di cura e di comunità, migliorando la qualità della vita delle persone nell'ambito della salute mentale, sono state individuate due realtà nella provincia di Parma e sono stati realizzati due casi studio mediante tre interviste semi-strutturate in profondità condotte per ciascuno dei due casi. La tecnica dei casi studio permette attraverso interviste in profondità di raccogliere informazioni di dettaglio (Hyett et al., 2014) sulle esperienze e sulle pratiche e di costruire un quadro complessivo attraverso un'attività di triangolazione dei contenuti.

Le interviste hanno avuto l'obiettivo di analizzare il modello del BdS e sono state rivolte agli esperti coinvolti nella sua attuazione. Esse hanno permesso di ottenere una narrazione delle fasi e degli elementi chiave che caratterizzano l'applicazione dello strumento in termini anche di relazioni fra i soggetti coinvolti nella progettazione. Le due realtà sono state selezionate attraverso una fase precedente di interlocuzione con testimoni privilegiati istituzionali. Gli ambiti oggetto di indagine sono stati in particolare le modalità di progettazione e gestione, i soggetti coinvolti, il monitoraggio e la valutazione, punti di forza e criticità.

### 4.1 Il caso di studio del Consorzio EMC2

Emc2 Onlus è una cooperativa sociale di tipo B sub A avviata nel 2003, divenuta Consorzio con cinque sedi operative nel 2013 grazie alla fusione di quattro cooperative attive nel territorio di Parma e Provincia, con l'obiettivo di valorizzare il lavoro e creare occasioni di inserimento nella società per persone escluse dai circuiti produttivi e in situazioni di svantaggio. Una caratteristica della Cooperativa è la presenza dell'attività agricola come ambito in cui è possibile realizzare l'inserimento lavorativo. La produzione riguarda ortaggi e verdure, che vengono immessi nel mercato.

Il caso è stato studiato intervistando alcune figure della Fattoria Vigheffio: il responsabile del settore socioeducativo, il coordinatore dei servizi socioeducativi e il coordinatore sanitario.



**Figura 1: Il modello provinciale**



*Fonte: elaborazione degli autori*

Le modalità di programmazione e gestione del BdS si basano su un Accordo Quadro provinciale sulla salute mentale del 2014, che intendeva realizzare un modello integrato di intervento col privato sociale per la gestione comune delle attività di promozione della salute mentale, di riabilitazione e di integrazione sociale, in favore di utenti del DAI-SMDP e di altri Servizi. Le modalità di lavoro utilizzate dalla Cooperativa sono prestazioni sanitarie e sociosanitarie ad elevata intensità e che attengono all'area delle patologie psichiatriche e neuropsichiatriche, delle dipendenze patologiche e della disabilità. Lo strumento del BdS sostiene il PTRI che, elaborato dall'equipe territoriale sociosanitaria e validato dall'UVM, definisce le indicazioni cliniche, le aree di intervento e la durata. Il PTRI deve essere approvato dal Dipartimento dell'ASL, condiviso e firmato sia dall'utente che dalla sua famiglia. Si tratta a tutti gli effetti di un contratto, in cui tutti i soggetti coinvolti si assumono la responsabilità delle attività e dei compiti rispettivi, comprese le risorse umane e materiali necessarie per garantirli.

I soggetti coinvolti nella realizzazione del PTRI all'interno della Cooperativa, che rappresenta l'ente gestore, sono molteplici: educatori professionali e operatori agricoli, questi ultimi coordinati da un coordinatore tecnico, hanno il compito di supportare i destinatari nelle attività produttive agricole. Il coordinatore delle attività socioeducative, insieme all'educatore professionale sanitario, fa da



raccordo su tutte le attività relative ad ogni progetto. La progettazione del percorso di cura è condivisa tra le professionalità interne alla Cooperativa e l'equipe sanitaria del DAISM-DP, mentre l'esecuzione fa capo al coordinatore socio-pedagogico. Si tratta di una co-progettazione tra il soggetto gestore e la parte sanitaria. La partecipazione e il coinvolgimento della famiglia al progetto sono fondamentali, in quanto facilitano l'adesione al progetto e rappresentano elementi chiave di tutte le fasi del PTRI. Il PTRI nel BdS si incardina con il progetto di vita, realizzando l'approccio alla salute secondo il modello dell'integrazione sociosanitaria.

Il PTRI è oggetto di *monitoraggio e valutazione*. Il monitoraggio è in parte interno e personalizzato, in parte esterno e standardizzato, basato su metodologie internazionali quali la scala Health of the Nation Outcome Scales- HoNOS e la Recovery Star. Le verifiche valutative realizzate dalla Cooperativa riguardano il modello bio-psico-sociale, quindi la crescita e l'emancipazione del paziente, attività che coinvolge l'educatore, la famiglia, l'utente, e l'equipe territoriale.

Per quanto riguarda le *criticità*, è stato rilevato come sia ancora necessario mettere a sistema più fonti di finanziamento, non esclusivamente sanitarie, per implementare l'applicazione del BdS e utilizzare tutte le potenzialità che possiede in termini di flessibilità indirizzata alla massima individualizzazione; inoltre, risulta ancora marginale e poco applicata la compartecipazione economica delle famiglie e dell'utente alle risorse che concorrono a costituirlo. La co-progettazione, che permette la creazione di nuove relazioni e possibili sinergie tra tutti i soggetti che partecipano e concorrono alla realizzazione del BdS, rappresenta un punto di *forza* da sviluppare, che pone allo stesso tempo la necessità di una rivoluzione culturale da parte degli attori coinvolti, istituzionali e non, anche con l'obiettivo di far crescere l'intero sistema di comunità nella costruzione di risposte il più possibile su misura della persona.

## 4.2 Il caso di studio del Consorzio Fantasia

Il Consorzio Fantasia onlus nasce nel 2011 per rendere le piccole cooperative sociali più competitive anche mediante l'acquisizione di nuove conoscenze, incrementando e valorizzando le produzioni e i servizi resi. L'obiettivo primario del Consorzio è quello di fornire sostegno e consulenza alle cooperative consorziate e di favorire l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, offrendo un contesto familiare e inclusivo.

Il caso è stato studiato intervistando la responsabile dell'area psichiatrica e disabilità del Consorzio, l'educatore professionale, il direttore e supervisore delle attività agricole.



All'interno del Consorzio, la Cooperativa Camelot rappresenta il riferimento per la parte di attività che riguarda l'agricoltura e offre servizi di inserimento lavorativo e formativo ai soggetti svantaggiati con disabilità. Come nel caso di EMC2, l'agricoltura rappresenta una importante possibilità per le persone per le quali, nell'ambito del PTRI, il lavoro è possibile. Inizialmente l'attività agricola si svolgeva in maniera stagionale all'interno di un frutteto; dal 2022, con la realizzazione di tre serre, grazie alla partecipazione ad un bando della Fondazione Cariparma, l'attività è possibile durante tutto l'anno. Il Consorzio realizza l'inserimento lavorativo anche attraverso una mensa aperta alla comunità locale, che offre prodotti a km zero. L'attività agricola, come opportunità lavorativa, si inserisce all'interno del PTRI, progettato in modo congiunto tra le parti, servizi sociosanitari, Consorzio, utente e famiglia.

Per quanto riguarda i *soggetti coinvolti*, è centrale la figura del soggetto svantaggiato, ed è fondamentale la collaborazione tra i servizi sociosanitari e la famiglia. Diversi sono gli esperti coinvolti nella progettazione e attuazione del progetto nel caso studiato: educatori che affiancano i soggetti svantaggiati nel processo di apprendimento, un agronomo e un responsabile per le attività agricole. Nel BdS attuato dal Consorzio l'educatore rappresenta la persona di riferimento, definendo le attività riabilitative degli utenti psichiatrici segnalati dal DAISM-DP o di persone svantaggiate segnalate dai servizi sociali, di cui è direttamente responsabile, tenendo i contatti sia con la famiglia che con i servizi. Il coordinatore delle attività cura i rapporti con il Dipartimento di Salute Mentale e servizi sociali, in collaborazione con l'educatore, ha la responsabilità di tutti gli esperti direttamente coinvolti nell'attuazione del BdS. Anche il coordinatore, come l'educatore, si interfaccia con le famiglie: il coordinatore valida e supporta quanto stabilito dall'educatore, che è a stretto contatto con il soggetto.

Riguardo alla *valutazione ed al monitoraggio*, strumenti essenziali per la qualità del lavoro svolto, ogni PTRI supportato dal BdS è soggetto a un monitoraggio periodico, che si basa, come la valutazione, su linee guida e indicatori. La cadenza è variabile in base al singolo caso ed è inizialmente più frequente, anche mensile, per permettere ai servizi di mantenere un adeguato aggiornamento sul percorso della persona ed avviene sia con incontri formali che informali. I soggetti coinvolti nella verifica del progetto in base a indicatori stabiliti sono, oltre alla persona, medico, assistente sociale, educatore, coordinatore, familiari.

La valutazione finale riguarda il grado di benessere complessivo del soggetto ed è di competenza del Servizio sanitario, anche se condotta in maniera congiunta. In caso di esito negativo, si può decidere





di rimodulare il progetto o, eventualmente, di concluderlo. Il PTRI è, infatti, progettato sulla base della necessità e delle risorse della persona e della sua rete di riferimento, deve tenere conto delle condizioni di gravità clinica e, in particolare, è soggetto alla valutazione realizzata dopo i primi tre mesi.

Il BdS è un modello operativo integrato che presuppone un lavoro di rete tra tutti gli operatori interessati. *Punti di forza e criticità* sono legati al fatto che si tratta di uno strumento che ha lo scopo di migliorare la qualità della vita del soggetto ma, poiché prevede l'interazione di più attori e coinvolge tante aree e dimensioni differenti, può rivelarsi al tempo stesso complesso da gestire. Esso diventa uno strumento virtuoso laddove c'è una rete efficiente, una corretta calendarizzazione degli incontri e un continuo monitoraggio, portati avanti con costanza tra le varie figure professionali e l'utente stesso.

## Conclusioni

Attraverso il modello del BdS è possibile definire le risorse, anche economiche, necessarie a supportare i fabbisogni di salute e benessere sociale e personale previsti nei PTRI. Il BdS come metodologia innovativa è stato promosso in Emilia-Romagna come strumento integrato di attivazione e gestione degli interventi sociosanitari nell'ambito della salute mentale.

L'Emilia-Romagna a partire dal 2011 ha intrapreso un percorso di sperimentazione del BdS in varie AUSL, culminato nell'elaborazione delle Linee programmatiche nazionali a supporto delle Regioni e Province Autonome nell'adozione del BdS. L'esperienza maturata dall'AUSL di Parma, in particolare, studiata attraverso l'analisi di due casi di studio di applicazione del BdS in AS, ha permesso di approfondire alcuni aspetti relativi alle modalità di progettazione e realizzazione, ai soggetti coinvolti, al monitoraggio e alla valutazione. In entrambi i casi si tratta di Consorzi di cooperative sociali, che si occupano di inserimento di persone svantaggiate con disabilità e che utilizzano l'attività agricola come ambito privilegiato di intervento. Le due realtà sono accumulate, inoltre, dalla tipologia dei soggetti coinvolti nell'applicazione del BdS: la rete, ampia e variegata, è costituita da ASL, servizi sociali, varie figure professionali dei soggetti gestori (appartenenti agli ambiti socio-educativo, sanitario e agricolo), utenti e famiglia. Altre caratteristiche comuni sono la presenza di periodiche attività di monitoraggio e valutazione dell'attuazione del BdS, che coinvolgono varie figure professionali, e la peculiarità del BdS come modello operativo integrato. Quest'ultimo aspetto



rappresenta nello stesso tempo un punto di forza e un elemento di complessità nella *governance* dello strumento.

L'approfondimento delle realtà ha permesso di considerare come essenziali per la qualità del lavoro svolto le periodiche attività di monitoraggio e valutazione dei risultati relativi all'attuazione del BdS, con il conseguente coinvolgimento di molteplici figure professionali quali medico, assistente sociale, educatore, coordinatore, utente e i familiari. L'applicazione del BdS in AS è un esempio di welfare di comunità e, considerata la rilevanza del tema dell'integrazione sociosanitaria e del dibattito sui processi e i percorsi della stessa, il ruolo dell'AS quale contesto abilitante risulta ulteriormente amplificato. Nel territorio considerato, l'applicazione del BdS in AS facilita, infatti, il ritorno degli utenti alla vita di comunità grazie alla loro partecipazione alle attività quotidiane di una azienda agricola.

Il BdS è un modello operativo integrato che presuppone un lavoro di rete tra tutti gli operatori interessati e che rappresenta uno strumento in grado di fornire importanti opportunità per la qualità della vita dei soggetti svantaggiati. Inoltre, prevedendo l'interazione di più attori e coinvolgendo aree e dimensioni differenti, è complesso da gestire, ma determina al tempo stesso una generazione di valore dal punto di vista sociale. Una governance efficace della rete dei soggetti coinvolti nella programmazione, attuazione e gestione del BdS e nello sviluppo di sinergie con il sistema locale può fornire ulteriori opportunità in termini di servizi per le persone fragili e le comunità rurali.



## Riferimenti bibliografici

Aguglia L., Henke R., Poppe K., Roest A., Salvioni C.I. (2009). Diversification and multifunctionality in Italy and the Netherlands: a comparative analysis. FAO Conference 2009.

Ascani M., Borsotto P., Dara Guccione G., De Vivo C., Gaito M., Papaleo A., Ricciardi G. et al. (2020). Uno studio esplorativo sulla costruzione di reti in agricoltura sociale. Rete Rurale Nazionale 2014-2020. ISBN: 9788833850832.

Ascani M., Iacono R., De Vivo C., (2023), L'applicazione del Budget di salute in agricoltura sociale. Rispondere a una domanda che cambia. Prospettive Sociali e Sanitarie n. 3 anno III estate 2023. ISSN 0393-9510.

Borsotto P., Giaré F. (a cura di) (2020). L'agricoltura sociale: un'opportunità per le realtà italiane – Rapporto 2020. Documento realizzato nell'ambito del Programma Rete Rurale Nazionale 2014-2020 Piano di azione biennale 2019-2020, Scheda progetto 21.1. Ente CREA, Centro di ricerca Politiche e Bio-economia. ISBN: 9788833851051.

Brioschi R. (a cura di) (2017). L'agricoltura è sociale. Le radici nel cielo: fattorie sociali e nuove culture contadine. Altreconomia, gennaio 2017.

Castegnaro C., Cicoletti D. (2017). Budget di salute: un dispositivo a sostegno del diritto a una vita autonoma. <https://welforum.it/budget-salute-un-dispositivo-sostegno-del-diritto-vita-autonoma>.

Castegnaro C., Pasquinelli S., Pozzoli F. (2021). Budget di Salute: dalle promesse alla realtà, Prospettive sociali e sanitarie, Anno LI, 1 2021: 1-2. ISSN 0393-9510.

Causarano M., Venerosi A. (2022). Agricoltura sociale e budget di salute: strategie di intervento dei servizi sociosanitari per una salute mentale di comunità, in Borgi M. et al., Agricoltura sociale: processi, pratiche e riflessioni per l'innovazione sociosanitaria, Rapporti ISTISAN 22/9. ISSN: 1123-3117 (cartaceo), 2384-8936 (online).

CREA-PB, Annuario dell'Agricoltura Italiana 2021, vol. LXXV, Roma, 2022. ISBN: 9788833852331.

De Vivo C., Ascani M., Cacciola S., (2018). Il budget di salute come nuovo strumento di welfare, XXXIX Conferenza italiana di scienze regionali, Atti della Conferenza: 1-15.



<https://www.aisre.it/images/aisre/5b8d521cbe2937.16396012/De%20Vivo%20Ascani%20Cacciola.pdf>.

Dessein J., Bock B., de Krom M. (2013). Investigating the limits of multifunctional agriculture as the dominant frame for Green Care in agriculture in Flanders and the Netherland. *Journal of Rural Studies* 32:50-59.

Di Iacovo F., O'Connor D., (2009). Supporting policies for Social Farming in Europe: Progressing Multifunctionality in responsive rural areas, Arsia, Lcd, Florence.

Ferraro, M., Trimarco, B., Morgati, M. C., Marino, G., Pace, P., & Marino, L. (2020). Life-long individual planning in children with developmental disability: the active role of parents in the Italian experience. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 56(2), 171-179.

García-Llorente M., Rossignoli C.M., Di Iacovo F., Moruzzo R. (2016). Social Farming in the Promotion of Socio-Ecological Sustainability in Rural and Periurban Areas, *Sustainability* 8, 1238. <https://doi.org/10.3390/su8121238>.

Giaré F., Borsotto P., Ricciardi G., Ascani M. et al. (2022). Agricoltura sociale tra salute e benessere delle comunità e dei territori: le politiche di sviluppo rurale”, in Borgi M., Genova A., Collacchi B., Cirulli F. (2022). Agricoltura sociale: processi, pratiche e riflessioni per l’innovazione sociosanitaria, Rapporti ISTISAN 22/9. ISSN: 1123-3117 (cartaceo), 2384-8936 (online).

Giaré F., Borsotto P., Ricciardi G., Ascani M. et al. (2022). Agricoltura sociale tra salute e benessere delle comunità e dei territori: le politiche di sviluppo rurale”, in Borgi M., Genova A., Collacchi B., Cirulli F. (2022). Agricoltura sociale: processi, pratiche e riflessioni per l’innovazione sociosanitaria, Rapporti ISTISAN 22/9. ISSN: 1123-3117 (cartaceo), 2384-8936 (online). <https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/22091>.

Hyett N. et al., Amanda Kenny Dr & Virginia Dickson-Swift Dr (2014) Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9:1, DOI: 10.3402/qhw.v9.23606.

ISTAT, 7° Censimento Generale dell’Agricoltura 2020, Roma, 2021.

Istituto Superiore della Sanità (2022). Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona.



Lanfranchi M., Giannetto C., Abbate T., Dimitrova V. (2015). Agriculture and the social farm: expression of the multifunctional model of agriculture as a solution to the economic crisis in rural areas. *Bulgarian Journal of Agricultural Science*, 21(4): 711-718. Testo disponibile al link: <https://www.agrojournal.org/21/04-01.pdf>. 8/2/2022.

Mosca, M. (2018). Sviluppo umano e budget di salute. *Sviluppo umano e budget di salute*, 1-270.

Pesaresi F. (2022). Il Budget di salute negli indirizzi nazionali. *Welforum*, 20 Maggio 2022. [https://welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzinazionali/#:~:text=Il%20Budget%20di%20salute%20\(BdS,contribuisce%20alla%20realizzazi one%20di%20percorsi](https://welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzinazionali/#:~:text=Il%20Budget%20di%20salute%20(BdS,contribuisce%20alla%20realizzazi one%20di%20percorsi).

Rete Rurale Nazionale (2022), Il Budget di salute: la possibilità di realizzare il progetto di vita dei soggetti fragili, Policy Brief.

Righetti A., (2013). I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche. Roma; Bari: Laterza ISBN carta: 9788858111314 ISBN digitale: 9788858106228.

Rosiello, A., Taricone, F. (2021). Agricoltura sociale e Budget di salute: un binomio per l'inclusione socio-lavorativa delle persone con disabilità, <https://oa.inapp.org/xmlui/handle/20.500.12916/3349>.

Santuari, A. (2022). Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili: profili giuridici di uno strumento innovativo di partenariato pubblico-privato. *Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili*, 1-350.

Starace F. (2021). Il Budget di Salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria. *Prospettive sociali e sanitarie*, Anno LI, 1 2021: 3-5. ISSN 0393-9510.

Torquati B., Paffarini C. (2016). Agricoltura sociale, autismo e inclusione lavorativa in agricoltura, in Torquati B. et al., a cura di, *L'agricoltura si eleva al quadrato*, ali&no editrice, Perugia. ISBN: 978-88-6254-167-1.

Tulla A.F., Vera A., Badia A., Guirado C., Valldeperas N. (2014). Rural and Regional Development Policies in Europe: Social Farming in the Common Strategic Framework (Horizon 2020). *Journal of Urban and Regional Analysis*, vol. VI, 1, 2014, p. 35 – 52. DOI: 10.37043/JURA.2014.6.1.3.



Van Huylenbroeck G., Vandermeulen V., Mettepenningen E., Verspecht A. (2007). Multifunctionality of Agriculture: A Review of Definitions, Evidence and Instruments”, Living Reviews in Landscape Research, 1, (2007), 3. ISSN: 1863-7329. <http://www.livingreviews.org/lrlr-2007-3>.



Rete Rurale Nazionale  
Ministero dell'agricoltura, della  
sovranità alimentare e delle foreste  
Via XX Settembre, 20 Roma



[RETERURALE.IT](http://RETERURALE.IT)

Pubblicazione realizzata con il contributo FEASR (Fondo europeo per l'agricoltura e lo sviluppo rurale)  
nell'ambito del Programma Rete Rurale Nazionale 2014-2020

