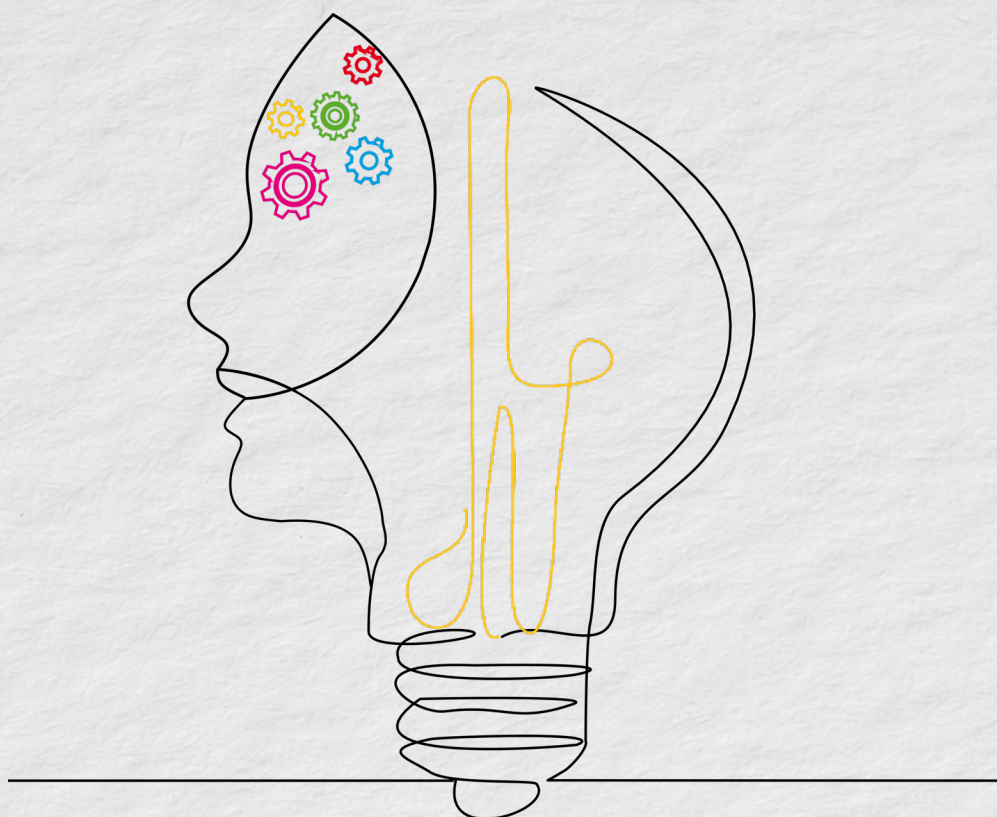




Agricoltura sociale e budget di salute

Un binomio possibile (?)

a cura di
Francesca Giarè, Daniela Pavoncello,
Sabina Polidori, Michela Ascani

Roma, Febbraio 2024



AGRICOLTURA SOCIALE E BUDGET DI SALUTE

Un binomio possibile (?)



**Documento realizzato nell'ambito del Programma
Rete Rurale Nazionale 2014-22
Piano di azione biennale 2023 - 2024
Scheda progetto 21.1 Ente CREA, Centro di ricerca Politiche e Bio-economia**

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

Direzione Generale Sviluppo Rurale Direttore Generale: Simona Angelini

Il presente documento è stato realizzato nell'ambito dell'Accordo-Quadro di collaborazione scientifica tra il Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria CREA e l'Istituto Nazionale Analisi Politiche Pubbliche (INAPP) sottoscritto in data 21/01/2021, che, con la responsabilità scientifica di Francesca Giarè (CREA) e Anna Grimaldi (INAPP), ha visto la costituzione di un gruppo di lavoro composto da: Michela Ascani (coordinamento scientifico, CREA), Giovanni Bartoli (INAPP), Carmela De Vivo (CREA), Rita Iacono (CREA), Marinella Paci (CREA), Daniela Pavoncello (coordinamento scientifico, INAPP), Sabina Polidori (INAPP), Alessia Rosiello (INAPP), Francesca Taricone (INAPP).

Cura di: Francesca Giarè, Daniela Pavoncello, Sabina Polidori, Michela Ascani.

Autori: Michela Ascani (par. 3.4.5, 6.1; cap. 1, 4) - Giovanni Bartoli (par. 3.1; cap. 5) - Francesca Giarè (Introduzione; par. 3.3, Conclusioni) - Rita Iacono (par. 3.4.5, 6.1; cap. 1, 4) - Marinella Paci (par. 3.4.5, 6.1; cap. 1, 4) - Daniela Pavoncello (Introduzione, cap. 1, 5, par. 6.2.1, 6.2.2, 6.3.2, 6.4.1, 6.5.1, Conclusioni) - Sabina Polidori (cap. 2, 5; par. 3.1, 3.2, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 6.3.1, 6.3.2) - Alessia Rosiello (par. 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 6.3.1) - Francesca Taricone (par. 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 6.3.1).

Revisione: Anna Lapoli

Impaginazione e grafica: Anna Lapoli e Francesco Ambrosini

Data: Febbraio 2024

ISBN 9788833853451



Sommario

Introduzione	5
1. Il percorso	7
1.1 Finalità e obiettivi	7
1.2 Percorso, metodologia e strumenti.....	8
2. Economia civile e welfare circolare-comunitario generativo di prossimità nel BdS	11
2.1 Economia civile ed ecologia integrale nel budget di salute.....	11
2.2 Livelli essenziali, welfare circolare-comunitario generativo di prossimità nel budget di salute	14
3. Le Politiche pubbliche a sostegno dell'AS	21
3.1 Il quadro normativo europeo in materia di salute	21
3.2 La normativa nazionale sul Budget di Salute.....	22
3.3 Normative e politiche per l'agricoltura sociale	26
3.4 Normativa e provvedimenti territoriali	28
3.4.1 Campania.....	28
3.4.2 Lazio.....	29
3.4.3 Sicilia.....	31
3.4.4 Friuli-Venezia Giulia.....	32
3.4.5 Emilia-Romagna.....	34
4. Il budget di salute in agricoltura sociale in Emilia-Romagna	36
4.1. Modalità di programmazione e gestione	36
4.2 Sistema di rete per l'elaborazione del PTRI.....	39
4.3 Monitoraggio e valutazione.....	40
4.4 Punti di forza e criticità.....	40
5. Il budget di salute in agricoltura sociale in Friuli-Venezia Giulia	41
5.1 Modalità di programmazione e gestione	41
5.2 Coinvolgimento della persona e della famiglia nella elaborazione del PTRI	42
5.3 Sistema di rete per l'elaborazione del PTRI	43
5.4 Monitoraggio e valutazione.....	44
5.5 Punti di forza e criticità.....	44
6. Le esperienze del territorio	45
6.1 Emilia-Romagna.....	45
6.1.1 L'esperienza di Emc2.....	45
6.1.2 L'esperienza del Consorzio Fantasia	47
6.2 Friuli-Venezia Giulia	50
6.2.1 Il Piccolo Principe	50
6.2.2 Cooperativa Sociale La Cisile	53
6.3 Campania	56
6.3.1 Al di là dei sogni.....	56
6.3.2 Consorzio Sale della Terra	58
6.4 Lazio	61
6.4.1 Cooperativa Garibaldi.....	61
6.5 Sicilia	62
6.5.1 Natura Amica.....	62



Conclusioni	65
Bibliografia	67
Normativa comunitaria	70
Normativa nazionale	70
Sitografia	70
Allegato 1.....	72
Allegato 2.....	76



Introduzione

L'agricoltura sociale (AS) costituisce ormai da diversi decenni un riferimento per quanti nell'ambito dello sviluppo locale lavorano all'individuazione a risposte innovative per far fronte a bisogni sociali di persone e comunità. Accanto a studi che hanno evidenziato come questo insieme eterogeneo di pratiche offra nuove opportunità di diversificazione per le imprese agricole, (García-Llorente et al., 2016; Dell'Olio et al., 2017; Di Iacovo, 2020; Viganò et al. 2020), negli ultimi anni numerosi lavori hanno evidenziato la sua capacità di incidere in maniera significativa in alcuni settori specifici, come quello socio-sanitario (Borgi et al, 2018; Genova, 2018; D'Angelo et al, 2022; Di Iacovo et al., 2017; Moretti, 2020; Mion et al., 2022).

La centralità della persona all'interno dei processi di inclusione e la presenza di una pluralità di soggetti coinvolti nella progettazione e realizzazione degli interventi rappresentano le caratteristiche principali dell'AS e ne determinano l'efficacia sia dal punto di vista di chi si occupa di sviluppo locale sia da quello di chi lavora nel campo socio-sanitario. Tali elementi sono anche alla base degli approcci più innovativi del welfare, basati sulla personalizzazione degli interventi e sull'integrazione delle risorse. In particolare, il Budget di Salute (BdS), presente in diversi paesi europei, rappresenta per l'Italia lo strumento più avanzato per rendere concreti i principi dell'integrazione sociosanitaria (Starace, 2021) e costruire percorsi articolati e complessi che tengano conto delle diverse esigenze di salute, cura, riabilitazione, così come quelle abitative, occupazionali e sociali (Castegnaro, Cicoletti, 2017; Castegnaro et al., 2021) che ruotano attorno alla persona e che coinvolgono diverse professionalità.

Si tratta di un welfare rigenerativo, che nasce in risposta alla scarsità delle risorse economiche che impone soluzioni diverse dal tradizionale intervento socio-sanitario, ma anche dalla consapevolezza che sia necessario rendere protagonisti e responsabili tutti gli attori in gioco (Giarè, 2020; Fondazione Zancan, 2013) per operare un significativo cambio di paradigma.

Questo strumento di policy, che mette insieme risorse economiche, umane e relazionali non prestabilite sulla base delle possibili prestazioni, garantisce la realizzazione di progetti individualizzati che mettono al centro le persone con tutte le loro esigenze e, soprattutto, la possibilità di scegliere e contribuire al proprio percorso di capability (Mosca, 2018). Esso, inoltre, valorizza le relazioni tra pubblico e privato già previste dal nostro ordinamento nell'ottica della sussidiarietà e complementarietà, dando a tutti gli attori il compito di co-progettare e realizzare congiuntamente il progetto, superando la fase dell'esternalizzazione dei servizi per passare a quella della cogestione. Tuttavia, alcuni autori mettono in evidenza come la personalizzazione possa essere vista come una "potente ibridazione" (Ferguson, 2012) tra consumismo di mercato e diritti sociali, che può dar vita a un insieme di politiche sociali basato sui valori contrapposti di cittadinanza e consumismo, sostegno della comunità e scelta individuale (Prandini e Orlandini, 2019), come evidenziato da alcuni autori anche in riferimento a diversi welfare nazionali (Christensen & Pilling, 2014; Needham & Dickinson, 2017). Allo stesso modo, alcuni studiosi hanno manifestato scetticismo sulla reale capacità di questo tipo di azioni di welfare di responsabilizzare le persone con disabilità; il «Bilancio Personale», da questa loro prospettiva, intreccia il concetto di «cittadino» con il concetto di «consumatore», in quanto l'esercizio del diritto di scelta risulta essere una mera conseguenza dell'esercizio del diritto al pagamento (Beresford 2011; Ferguson 2012; Scott-Samuel 2015).

Nonostante le criticità evidenziate, il BdS ha trovato applicazione in diversi contesti territoriali, coinvolgendo attori differenti e offrendo opportunità a molte persone di costruire un percorso di cura e inclusione. Tra le applicazioni nei diversi settori produttivi per quanto attiene ai percorsi di inclusione sociale e lavorativa attivati, figura anche l'agricoltura, come dimostrano le esperienze realizzate in alcune regioni italiane. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, il focus dei lavori di ricerca è orientato a documentare e analizzare il BdS quale strumento per la personalizzazione degli interventi e il coinvolgimento dei diversi attori, mentre quelli che si occupano nello specifico dei processi di inclusione socio-lavorativa con particolare riferimento al



settore agricolo in Italia sono ancora scarsi (Testi, 2019; De Vivo et al. 2019; Causarano e Veronesi, 2022; Polidori e Pavoncello, 2022; Ascani et al. 2023).

Questo documento sintetizza le riflessioni attorno all'uso del BdS in agricoltura sociale che sono state sviluppate nell'ambito di una collaborazione tra INAPP e CREA-PB e riporta alcune esperienze realizzate in alcuni dei contesti territoriali italiani.

Il volume, dopo un inquadramento generale e la presentazione del percorso realizzato, presenta alcune esperienze di BdS in agricoltura sociale e alcune riflessioni conclusive sul tema.

Nel primo capitolo viene descritto il percorso realizzato: dall'individuazione delle regioni su cui svolgere gli approfondimenti alla raccolta e sistematizzazione delle informazioni su alcune esperienze realizzate nei contesti territoriali presi in esame.

Nel secondo capitolo viene affrontato il tema dell'economia civile e dell'ecologia integrale riflettendo sulla rilevanza dell'ecosistema del budget di salute anche in agricoltura sociale all'interno di un contesto territoriale dove il modello di governance assunto prevede le decisioni e responsabilità condivise tra le diverse parti interessate, coinvolgendo attivamente la comunità e le realtà del Terzo settore per rispondere ai bisogni collettivi.

Le politiche pubbliche a sostegno dell'agricoltura sociale è il tema affrontato nel terzo capitolo. Oltre ad approfondire il quadro normativo in materia di salute nazionale in cui si evidenzia il ruolo dell'Unione europea nel garantire un livello elevato di protezione della salute attraverso il TFUE (Trattato di Lisbona), viene descritta la proposta di legge italiana avanzata nella XVIII legislatura sul Budget di Salute.

Segue un'attenta disamina dei provvedimenti territoriali messi a punto da alcune Regioni italiane (Campania, Lazio, Sicilia, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna) in materia di applicazione del Budget di Salute. Da evidenziare come l'utilizzo di questo dispositivo sia inteso come strumento integrato di gestione degli interventi sociosanitari in un'ottica di co-progettazione, cogestione, co-produzione con le cooperative sociali e con il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato.

La seconda parte del volume affronta ed approfondisce l'utilizzo del Budget di Salute in agricoltura sociale in alcune realtà regionali (capitoli 4-5) e presenta alcune esperienze (capitolo 6).

Infine, negli allegati si riportano gli strumenti di rilevazione e la tabella riepilogativa delle esperienze di applicazione del budget di salute in agricoltura sociale.



1. Il percorso

1.1 Finalità e obiettivi

Con l'obiettivo di conoscere e analizzare l'applicazione del Budget di Salute in agricoltura sociale, è stata effettuata un'indagine esplorativa finalizzata, in particolare, a comprendere:

- il passaggio dal concetto di progetto individualizzato al progetto personale inteso come "un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, aspirazioni, oltre che da una valutazione del contesto ambientale (...)."¹;
- il ruolo degli enti del Terzo settore all'interno dei processi territoriali di co-programmazione e co-progettazione, nonché di co-gestione nel progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e nelle politiche di welfare generativo di comunità/prossimità. A tal riguardo, per quanto attiene al citato progetto personalizzato, in molti ritengono che dovrebbe "essere affidato a un ente del Terzo settore nel ruolo di co-gestore individuato fra quelli preventivamente accreditati ed inseriti in un registro costituito a livello regionale. La qualità, la certificazione di chi accompagna le famiglie è uno degli elementi principali di differenza specie perché si tratta di un'azione a trazione comunitaria e relazionale"².

Nello specifico, gli obiettivi sono stati:

- ricostruire l'evoluzione e lo stato di attuazione del budget di salute e la sua applicazione nei contesti territoriali nazionali per tipologie di target, così come indicato nell'art.3 del D.lgs 229/99 e dalle successive normative e/o provvedimenti di riferimento;
- acquisire le informazioni sulle modalità partecipative e condivise derivanti dall'utilizzo del budget di salute, che riguardano la valorizzazione delle forme di auto-organizzazione delle persone, delle famiglie e degli enti del Terzo settore, chiamati alla co-programmazione, co-progettazione e co-gestione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;
- individuare i profili professionali coinvolti nell'attuazione del budget di salute al fine di predisporre ed utilizzare schemi di risorse professionali ed economiche (quali i progetti terapeutici riabilitativi di comunità, i budget di salute, etc.) per raggiungere un miglioramento delle prognosi relative a malattie croniche o di lungo corso, per il cui esito appaiono molto importanti i determinanti della salute quali casa, lavoro ed affettività. Il budget di salute è, in tal senso, una misura di intervento dinamica che agisce sui determinanti fondamentali e relativi alla dimensione evolutiva della vita;
- analizzare le dimensioni di forza e/o di debolezza, nonché eventuali miglioramenti da apportare al budget di salute a livello territoriale.

¹ G.U. n. 28 del 04/02/2020. Linee di Indirizzo per progetti di vita indipendente, 2020

² Edoardo Barbarossa, Presidente di Fondazione Ebbene, rivista online Vita, 03.12.2020



1.2 Percorso, metodologia e strumenti

L'utilizzazione del budget di salute in AS è un fenomeno in crescita, seppure di nicchia e limitato a specifici ambiti territoriali; esiste un'attenzione al tema e allo strumento in alcune regioni, sulle quali è stata focalizzata l'attenzione (in particolare Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna). Il focus del lavoro è stato soprattutto sugli aspetti di co-progettazione, co-programmazione, monitoraggio e valutazione e l'obiettivo finale è stato quello di ricostruire il modello e la rete del BdS nelle Regioni in cui è stato utilizzato in AS.

Il presente paragrafo ricostruisce il processo di individuazione dei progetti di BdS in AS, a partire dalla individuazione dei referenti dello strumento BdS nei territori regionali fino alla raccolta delle esperienze (Tab. 1).

L'obiettivo di rilevare informazioni sui progetti realizzati in Italia nell'ambito dell'agricoltura sociale attraverso il Budget di Salute è stato perseguito attraverso la messa a punto di una scheda di ricognizione (allegato 1) che è stata indirizzata ai referenti selezionati in 5 Regioni oggetto di studio, Emilia-Romagna, Sicilia, Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Campania. I destinatari della ricognizione sono stati inizialmente funzionari/dirigenti degli Assessorati all'agricoltura.

La scheda informativa è stata compilata per ogni progetto finanziato dalle regioni. Essa contiene le seguenti sezioni: informazioni generali (ente finanziatore, risorse, titolo del progetto, ente finanziato), partenariato, anagrafica dell'ente finanziato, ambito di intervento del progetto (sanitario, sociale, socio-sanitario, educativo), risorse umane che hanno concorso alla definizione del BdS in agricoltura sociale, tipologia di attività realizzata tramite il BdS, destinatari a cui sono rivolte le attività del progetto, percorso terapeutico riabilitativo personalizzato, modalità di coinvolgimento della persona/destinatari nella definizione del piano terapeutico personalizzato, presa in carico integrata e rete di supporto.

Tab. 1: Il percorso dell'indagine esplorativa

Cronologia	Strumenti	Soggetti	Risultati
Aprile 2021	Scheda informativa (All. 1) di ricognizione dei progetti su BdS in AS	Referenti regionali AS Assessorati Agricoltura	22 schede con informazioni generali sulle attività finanziate
Dicembre 2021	Richiesta a Rete Fattorie Sociali e Forum Nazionale dell'Agricoltura Sociale	Aziende associate	–
Dicembre 2021	Scheda informativa (All. 1) di ricognizione dei progetti su BdS in AS	Referenti regionali Assessorati Politiche Sociali/Salute	–
Prima metà 2022	Scheda informativa (All. 1) di ricognizione dei progetti su BdS in AS	Testimoni privilegiati	7 schede informative (5 Emilia-Romagna, 2 Friuli-Venezia Giulia)
Febbraio 2022	Focus Group	Testimoni privilegiati	Confronto e visione complessiva sul tema
Seconda metà 2022/inizio 2023	Questionario qualitativo (All. 2)	Referenti delle esperienze individuate tra i rispondenti alla scheda informativa	Analisi delle esperienze
Prima metà di 2023	Visite di studio	Referenti delle esperienze e Referenti Istituzionali delle Aziende sanitarie Locali	Analisi delle esperienze



Le informazioni delle 22 schede informative con questa prima ricognizione non evidenziano con chiarezza il collegamento tra il BdS e l'AS. Le regioni, infatti, hanno fatto riferimento ai fondi utilizzati per il finanziamento dei progetti (es. per l'Emilia-Romagna la misura 16.9 del Programma di Sviluppo Rurale, per il Lazio il FSE), senza però specificare gli strumenti utilizzati dai soggetti finanziati per i processi di inclusione attivati. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che le regioni raccolgono soprattutto informazioni relative alle procedure e agli esiti dei bandi, ma non sui contenuti dei progetti. Si è deciso pertanto (dicembre 2021) di indirizzare una richiesta di collaborazione alla Rete Fattorie Sociali e al Forum Nazionale dell'Agricoltura Sociale³ per l'individuazione tra le aziende associate nelle Regioni oggetto di studio, di realtà territoriali, e rispettivi referenti, che applicano il BdS in AS, al fine di realizzare approfondimenti ad hoc su progetti attivati e le esperienze più significative. La richiesta si è focalizzata in particolare sul passaggio dal progetto individualizzato al progetto personalizzato, sul ruolo del Terzo settore nelle politiche di welfare generativo di comunità/prossimità, sul BdS in AS nei processi territoriali di co-programmazione, co-progettazione e co-gestione, per quanto riguarda il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato. In contemporanea, la scheda informativa è stata indirizzata agli Assessorati alle politiche sociali/salute delle Regioni oggetto di studio. In entrambi i casi le informazioni raccolte sono state scarse.

Nel corso dei vari incontri del gruppo di lavoro CREA-INAPP, che hanno avuto la finalità di concordare in itinere gli aggiustamenti da apportare agli strumenti da utilizzare e alle modalità operative, si è valutato di attivare un contatto con le ASL delle Regioni individuate per trovare referenti in grado di segnalare progetti realizzati con BdS in agricoltura sociale. Infine, si è deciso di attivare contatti direttamente con i protagonisti delle esperienze già conosciute. Da questi contatti sono emerse 5 schede pervenute dall'Emilia Romagna e 2 dal Friuli-Venezia Giulia. In particolare, da un contatto in Emilia-Romagna, ASL Parma, emerso da una precedente attività del CREA (webinar "Il budget di salute: opportunità per l'agricoltura sociale", giugno 2020), è nata la partecipazione del CREA ad un incontro del Tavolo che dal 2016 riunisce i referenti delle Aziende USL per il budget di salute e la richiesta di collaborazione nel veicolare la scheda informativa ai referenti del Tavolo e a promuoverne la compilazione. Nel corso della riunione del Tavolo il CREA ha illustrato il progetto di ricerca CREA-INAPP e la scheda informativa di ricognizione delle esperienze territoriali. I partecipanti hanno sottolineato che allo stato attuale è difficile individuare aziende che corrispondano al requisito della ricerca, in quanto esistono esperienze di BdS che prevedono inserimenti lavorativi in cooperative, fondazioni, ecc. che hanno tra le loro attività anche quella agricola.

Il processo di ricognizione delle esperienze territoriali è proseguito con l'organizzazione di un focus group con i testimoni privilegiati individuati nelle Regioni oggetto di studio, che ha avuto l'obiettivo di favorire il confronto tra referenti, presentare una visione complessiva delle modalità di attuazione del BdS in AS nei territori, condividere le modalità di creazione dei rapporti di rete tra istituzioni, realtà aziendali, enti del Terzo settore e altri servizi. Il focus è stato articolato in 5 temi di discussione: modalità di programmazione e gestione del BdS in AS (norme regionali, atti amministrativi, istituzione di nuclei di monitoraggio e valutazione, tipologia di accordo con l'azienda di AS ospitante), modalità di coinvolgimento della persona e della famiglia nell'elaborazione del PTRI, sistema di rete per l'elaborazione del PTRI in relazione ai bisogni individuali della persona e della famiglia, azioni di monitoraggio e raccolta dati sull'efficacia ed efficienza dell'applicazione del BdS e attività/strumenti di valutazione, punti di forza e criticità dell'applicazione del BdS dal punto di vista istituzionale, degli Enti del Terzo settore, della famiglia e dell'utente.

Dall'incontro è emerso come ci sia chiarezza applicativa dello strumento della co-progettazione, che richiede anche una nuova visione, anche organizzativa, delle amministrazioni territoriali. Tuttavia, emerge l'assenza di una visione di insieme sull'agricoltura sociale, poiché molti operatori di agricoltura sociale non sono enti del terzo settore ed è necessario immaginare altri strumenti che permettano di collaborare. A tal riguardo, secondo i partecipanti al focus group, sarebbe necessaria un'applicazione coordinata dell'agricoltura sociale

³ Si ringraziano la Rete delle Fattorie Sociali e il Forum Nazionale dell'Agricoltura Sociale per la collaborazione nella diffusione del questionario presso i propri associati e per il supporto all'iniziativa di ricognizione sul BdS.



sia con la legge nazionale, nonché con la legislazione e/o provvedimenti delle tre Regioni sia con gli altri settori di intervento territoriali riguardanti il sociale, la salute, le politiche agricole, ecc.).

Dal focus è emerso anche come siano ancora assenti sistemi di monitoraggio e di valutazione volti “misurare i risultati anche nella capacità degli utenti a restituire ciò che ricevano”. In questo contesto i BdS “sono investimenti importanti ed è anche corretto che vengano restituiti alle comunità di appartenenza. Le aziende agricole possono essere dei tramiti importantissimi, perché è anche una loro mission importante. Anche gli Enti del Terzo settore, nelle nostre regioni sono diventati molto grandi e hanno perso un po' dello spirito iniziale [...] forse bisognerebbe farglielo recuperare [...]”. Tali contributi hanno consentito di chiarire meglio alcune difficoltà legate all’attuazione del BdS in agricoltura sociale.

I numeri disponibili al 30 giugno 2022 in termini di schede informative non hanno permesso di perseguire l’obiettivo iniziale del progetto e hanno richiesto una revisione della domanda di ricerca nella direzione di un’analisi delle esperienze individuate, che potrebbe costituire la base per l’elaborazione di linee guida e per la costruzione di un modello a supporto dei soggetti interessati. Nella seconda parte del 2022 è stato predisposto un questionario qualitativo (allegato n. 2) per l’analisi delle esperienze di applicazione del BdS in AS, i cui referenti sono stati intervistati tra la fine del 2022 e l’inizio del 2023.

Gli ambiti indagati nel corso delle interviste in profondità hanno riguardato: i) la definizione del BdS e del PTRI, ovvero la descrizione degli elementi attuativi necessari per l’applicazione e realizzazione dello strumento; ii) la corresponsabilità, approfondendo in particolare il livello di collaborazione della famiglia in tutte le fasi di attuazione del PTRI; iii) la valutazione ex ante ed ex post del PTRI, rispetto sia alla crescita ed emancipazione del paziente sia al supporto dei progetti futuri.

Obiettivo dell’approfondimento è stato anche far emergere 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. Le interviste hanno permesso di ottenere una narrazione di tutte le fasi e degli elementi chiave che caratterizzano l’attuazione dello strumento in termini anche di relazioni fra tutti i soggetti coinvolti nella progettazione del BdS. Inoltre, è stata effettuata una visita di studio in Friuli-Venezia Giulia per approfondire le modalità di attuazione del BdS nelle diverse realtà territoriali della Provincia di Udine e di Pordenone. In particolare, sono state contattate imprese agricole e cooperative sociali che operano a supporto dei servizi socio-sanitari coinvolgendo prevalentemente persone con disabilità intellettive, di cui si approfondirà la tematica nel cap. 5.

Le difficoltà incontrate nella raccolta delle informazioni mostrano come la conoscenza del BdS si ancora scarsa presso gli attori del settore agricolo sia istituzionali (assessorati regionali all’agricoltura) sia associativi (associazioni dell’AS) e come le informazioni sull’agricoltura sociale siano carenti nel settore socio-sanitario (assessorati salute e terzo settore). A livello operativo, invece, le imprese agricole e le cooperative sociali che attuano i progetti utilizzando risorse economiche provenienti da diversi fondi, hanno mostrato una consapevolezza delle potenzialità del ruolo che l’AS può svolgere all’interno delle esperienze di BdS.



2. Economia civile e welfare circolare-comunitario generativo di prossimità nel BdS

2.1 Economia civile ed ecologia integrale nel budget di salute

L'agricoltura sociale (AS) per la sua multifunzionalità, multisettorialità è associata ad una miriade di esperienze che riguardano vari ambiti/settori di intervento (sociale, sanitario, socio-sanitario, scuola, lavoro, rigenerazione urbana, beni confiscati alla criminalità organizzata, ecc.) delle politiche pubbliche che vedono il coinvolgimento anche degli enti di Terzo settore.

Nel caso specifico dell'AS e del budget di salute (BdS) nell'art. 5 del Codice del Terzo settore esse sono enucleate tra le attività di interesse generale⁴ (Tabella 2).

Tab.2: Agricoltura sociale e Budget di Salute nelle attività di interesse generale degli enti del Terzo settore

Tipologia di attività di interesse generale degli ETS collegate al BdS e all'AS	Riferimento Codice del Terzo settore (D.lgs n. 117 del 2017 e s.m.i.)
Interventi e servizi sociali, nonché prestazioni	art. 5, comma 1, lett. a)
Interventi e prestazioni sanitarie	art. 5, comma 1, lett. b)
Prestazioni socio-sanitarie	art. 5, comma 1, lett. c)
Servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori e delle persone svantaggiate o con disabilità	art. 5, comma 1, lett. p)
Agricoltura sociale	art. 5, comma 1, lett. s)
Promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti delle attività di interesse generale di cui al presente articolo, promozione delle pari opportunità e delle iniziative di aiuto reciproco	art. 5, comma 1, lett. w)

Fonte: Polidori, working paper INAPP 117/2024

Queste esperienze mutualistiche e solidali, nate dal basso in contesti rurali negli anni '70 – '80 e negli anni '90 per impulso di realtà (laiche e religiose) della società civile organizzata, hanno visto in prima linea la cooperazione sociale (L. n. 381/1991) e il volontariato (L. n. 266/1991). Queste realtà hanno contribuito allo sviluppo dell'agricoltura sociale che si è sviluppata in particolare nel campo socio-sanitario, ma anche in altri ambiti di interesse generale (lavoro, sociale, ambiente, legalità, istruzione, formazione, ecc.).

In questo contesto dove agiscono ed operano l'agricoltura sociale e il terzo settore, si inserisce anche il budget di salute.

Il perimetro in cui è possibile leggere ed analizzare le esperienze degli anni '70, '80 e a seguire sul BdS e l'AS è nel paradigma dell'economia civile e, al contempo, del welfare circolare-comunitario generativo di prossimità (WCCGP).

L'economia civile trova nell'aggettivo "civile" il suo principio caratterizzante, in cui le relazioni fra le persone non sono più basate su motivazioni razionali, frammentarie e competitive, ma agiscono all'interno di valori profondamente radicati nella tradizione umanistica del nostro paese come la reciprocità, il dono, la ricerca

⁴ Le attività di interesse generale rappresentano la diretta concretizzazione delle finalità di tipo civico, solidaristico e di utilità sociale degli enti del Terzo settore (ETS).

Attraverso la realizzazione delle attività di interesse generale gli ETS testimoniano e attestano, anche nei rispettivi statuti, di "perseguire il bene comune, di elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e di protezione sociale (art. 1 del D.lgs n. 117/2017 e s.m.i.).



del bene comune, il senso della comunità, il rispetto per l'ambiente, il sostegno e la difesa dei soggetti più fragili.

L'ecologia integrale rappresenta anche il focus dell'Enciclica di Papa Francesco *Laudato Si* (2015), che mette al centro lo sviluppo umano integrale nelle sue dimensioni: materiale, socio-relazionale e spirituale che a sua volta è interconnesso con l'ambiente naturale, la società e le sue culture, le istituzioni, l'economia.

L'ecologia integrale ha al suo centro l'adozione del principio del bene comune che implica: l'amministrazione/cura condivisa dell'ambiente, bene collettivo a beneficio di tutti; la pace sociale e la giustizia distributiva; la solidarietà a favore dei più poveri e fragili; il rispetto delle generazioni future; l'adozione di un "atteggiamento sociale, che ci socializza" in armonia con l'ambiente per il benessere (psico-fisico e sociale) della persona e delle comunità/territori. In questa interconnessione una attenzione, particolare, deve essere dedicata a restituire dignità agli esclusi prendendosi cura della natura.

L'ecologia integrale, pertanto, assume una forte prospettiva sociale che si fonda sul riconoscimento della dignità umana e dei diritti umani - con una attenzione particolare ai più poveri e ai più fragili - e al contempo a restituire rilievo e centralità ai popoli/persone e alle culture locali/territori.

Box 1: Le dimensioni dell'ecologia integrale

Ecologia-natura-ambiente, è collegata alla cura del pianeta (la casa comune/creato) e all'utilizzo corretto delle risorse naturali.

Ecologia economica, riguarda l'importanza di introdurre comportamenti e scelte orientate a un cambiamento del modello economico, basato sullo sfruttamento delle persone e della natura per andare verso il paradigma dell'economia civile.

Ecologia sociale, mette al centro le persone, le iniziative di contrasto all'esclusione sociale e alle povertà (supporta le fasce più deboli delle comunità).

Ecologia politica, si riferisce alla partecipazione attiva e corresponsabile delle persone/cittadini, attraverso attività di controllo e verifica del potere politico. Ciò comporta un effettivo e reale coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni che riguardano lo sviluppo dei territori/comunità.

Ecologia culturale, coinvolge e riguarda la sfera e l'azione culturale, educativa e formativa.

Ecologia umana, coinvolge e riguarda la parte intima e spirituale dell'individuo che si relaziona e rigenera attraverso e nei legami sociali di comunità (Polidori, Il Festival della Sociologia - Narni 2022).

Il WCCGP, si caratterizza come tale attraverso l'esigibilità dei diritti sociali e, quindi, la garanzia – in ugual misura nel paese – dei livelli essenziali di assistenza (LEA), livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale (LIVEAS), livelli essenziali delle prestazioni (LEP), livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e nelle altre eventuali declinazioni) ad ogni persona, ad ogni cittadino. Inoltre, si caratterizza per l'approccio delle capacità alternative/capability approach (Sen 1986)⁵ nei programmi/interventi/azioni di politiche pubbliche rivolte a

⁵ La capability approach/delle capacità alternative ha mostrato come la qualità della vita dipenda dalle capacità potenzialmente raggiungibili e da quelle effettivamente realizzate, piuttosto che dalle risorse materiali disponibili.

Nello specifico, secondo Sen il benessere che un individuo può ottenere dal possesso di beni (siano essi il reddito, le opportunità, i beni primari o altri beni) dipende dalle caratteristiche personali e dal contesto. A parità di beni a sua disposizione, una persona è in grado di ottenere un livello di benessere (positivo o negativo) che dipende dalla sua capacità di trasformare questi stessi beni in benessere individuale e al contempo comunitario. Nel contesto di questo lavoro ciò si traduce con una azione pubblica rivolta alle persone con disabilità e fragilità che dovrebbe essere concentrata non solo su interventi che riguardano fattori ambientali - secondo la logica bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) - ma in primis "nell'autonomia, nell'autodeterminazione, nella possibilità di scegliere come vivere la propria esistenza, nella ricerca della felicità, a partire da abilità che sono state formate fin dall'infanzia e da opportunità che la società ha il dovere di rendere disponibili per tutti" (L. Pasqualotto, . Disabilità e inclusione secondo il capability approach, Rivista digitale Erikson, Vol. 13, n. 3, settembre 2014, pp. 278-284).



comunitario di un welfare relazionale e di prossimità, finalizzato a garantire i livelli essenziali e il diritto della persona alla socialità, all’abitare, al lavoro e, quindi, alla sua piena realizzazione come persona inclusa nel contesto in cui vive.

Tutto questo si contestualizza con le attività/servizi/prestazioni individuate dal legislatore nazionale (art. 2, L. 141/2015 e s.m.i.) che le aziende agricole e le cooperative sociali/imprese sociali sono chiamate a realizzare, anche insieme ad altre realtà del Terzo settore. Attività/servizi/prestazioni che riguardano (Amati, Santangelo 2022):

- formazione e inserimento lavorativo: esperienze orientate all’occupazione di soggetti svantaggiati o con disabilità relativamente meno gravi (tirocini, borse lavoro, assunzioni per disabili, detenuti, tossicodipendenti, migranti, rifugiati);
- riabilitazione/cura: esperienze rivolte a persone con disabilità (fisica, psichica, mentale, sociale), con un fine principale socioterapeutico (laboratori sociali, centri diurni, comunità alloggio);
- ricreazione e qualità di vita: esperienze rivolte ad un ampio spettro di persone con bisogni più o meno speciali, con finalità socio-ricreative, tra cui particolari forme di agriturismo sociale, le esperienze degli orti sociali peri-urbani per anziani;
- educazione: azioni volte ad ampliare le forme ed i contenuti dell’apprendimento per avvicinare alle tematiche ambientali persone giovani o meno giovani (fattorie didattiche, centri estivi);
- servizi alla vita quotidiana: come nel caso degli “agri-asili” o di servizi di accoglienza diurna per anziani.

A seguire, il legislatore ha tenuto conto di questo insieme di pratiche anche nel D.lgs del codice del Terzo settore (n. 117/2017 e s.m.i.) e nel D.lgs sull’impresa sociale (n. 112/2017 e s.m.i.), individuando l’AS, rispettivamente, come una delle attività di interesse generale e attività di impresa di interesse generale che possono essere svolte dagli enti del Terzo settore e dalle imprese e cooperative sociali.

Sulla scia della specificità italiana a livello UE, l’agricoltura sociale si caratterizza anche per azioni di impatto e di innovazione sociale, realizzate da imprese sociali/cooperative sociali nell’inserimento lavorativo-WISE⁶.

Le WISE operano in agricoltura sociale in zone rurali e periurbane, utilizzando risorse agricole, rurali e naturali per creare occupazione a favore delle persone fragili-vulnerabili e offrendo servizi sociali. Nella realizzazione di tutto ciò le WISE coinvolgono anche altre realtà dell’economia sociale/Terzo settore, nonché i lavoratori con le loro famiglie e comuni (European Network for Rural Development 2021).

2.2 Livelli essenziali, welfare circolare-comunitario generativo di prossimità nel budget di salute

Il BdS con la sperimentazione e potenziamento territoriale⁷ ha dimostrato di favorire lo sviluppo di attività e progetti, capaci di creare opportunità di inserimento lavorativo per le persone fragili attraverso la definizione

⁶ Il termine WISE-Work Integration Social Enterprises viene comunemente utilizzato in ambito comunitario, per indicare le Imprese sociali di inserimento lavorativo. Nel 2022 è stato pubblicato il rapporto – realizzato da EURICSE - sulle WISE in Europa. Interessanti sono il: primo capitolo che analizza i limiti del mercato del lavoro e le debolezze delle misure politiche del lavoro attuate per sostenere l’integrazione lavorativa dei lavoratori con esigenze di sostegno; il secondo capitolo che si concentra sull’analisi dei modelli di integrazione e di settori di attività economica delle WISE. Il rapporto in questione fa parte del “Progetto B-WISE”, co-finanziato dal programma Erasmus+ che si propone di sviluppare una strategia europea per rispondere ai bisogni di competenze, in particolare competenze digitali, nel settore delle imprese sociali di inserimento lavorativo - https://www.bwiseproject.eu/Portals/bewise/OpenContent/Files/1061/B-WISE_WP1_Research_Report-1.pdf.

⁷ Come trattato nella parte del presente lavoro che riguarda le politiche pubbliche a sostegno dell’AS e del Budget di salute, ossia nello specifico nella normativa e nei provvedimenti territoriali.



di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) costruiti sui bisogni sanitari, sociali, individuali della persona disabile/fragile per definire interventi socio-sanitari mirati. Un concetto, questo, che non vale solo per il disagio mentale, ma anche per molte altre condizioni di disagio/esclusione sociale.

Il BdS ha la sua rilevanza comunitaria rigenerativa, perché mette al centro la persona fragile (disabile e non) nel contesto comunitario-relazionale, attraverso:

- a. lo strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di progetti di vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute con l'attivazione di interventi socio-sanitari integrati;
- b. l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, gli asset strutturali, il capitale sociale e relazionale della comunità locale necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

Il BdS è caratterizzato anche da un'elevata flessibilità e, soprattutto, dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore. Esso pone la massima attenzione e cura ai determinanti sociali della salute (e viceversa), riscontrabili nel contesto sociale, economico, lavorativo, relazionale e valoriale delle singole persone.

In questo perimetro si muove lo strumento/metodo del BdS, che promuove e attua il protagonismo delle persone, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si strutturano nella definizione di un contratto. Esso, inoltre, promuove il principio di sussidiarietà circolare, quindi la possibilità, la necessità e la ragionevolezza di affidare al livello più prossimo alle persone che ne avvertono il bisogno, la realizzazione di interventi che valorizzino le risorse informali di cura nei contesti comunitari.

Con il BdS/PTRI cambia l'approccio all'intervento socio-sanitario anche dal punto di vista strutturale, in quanto: a) si passa dal finanziamento dei contenitori uguali per tutte le tipologie di fragilità/disabilità al finanziamento dei progetti personalizzati; b) si introduce, attraverso l'integrazione delle dimensioni sanitarie/salute e sociale, un diverso governo delle attività sanitarie, sociali e socio-sanitarie per tutelare la salute/benessere delle persone e per promuovere il loro diritto di cittadinanza; c) l'ente pubblico si riappropria del diritto/dovere della programmazione, dell'indirizzo e della valutazione, smette di essere erogatore di tariffe per prestazioni e chiama tutti i protagonisti (persona, famiglia, terzo settore, for profit, comunità) ad essere co-produttori e co-responsabili del benessere delle persone segnate da svantaggio o esclusione sociale, ecc.

Nel modello di governance del BdS il "privato" (non profit/for profit) non è più un soggetto a cui affidare l'esecutività di attività con sistemi dubbi di delega, ma è un partner che collabora/compartecipa alla costruzione e allo sviluppo di sistemi attivi di protezione sociale della comunità, a partire da progetti personalizzati. È del tutto evidente che l'integrazione socio-sanitaria diventa con il BdS un'opzione strategica per la programmazione e l'attivazione di una strutturazione integrata rispetto alla programmazione, organizzazione, gestione e costi di servizi e interventi dell'area sociale e sanitaria.

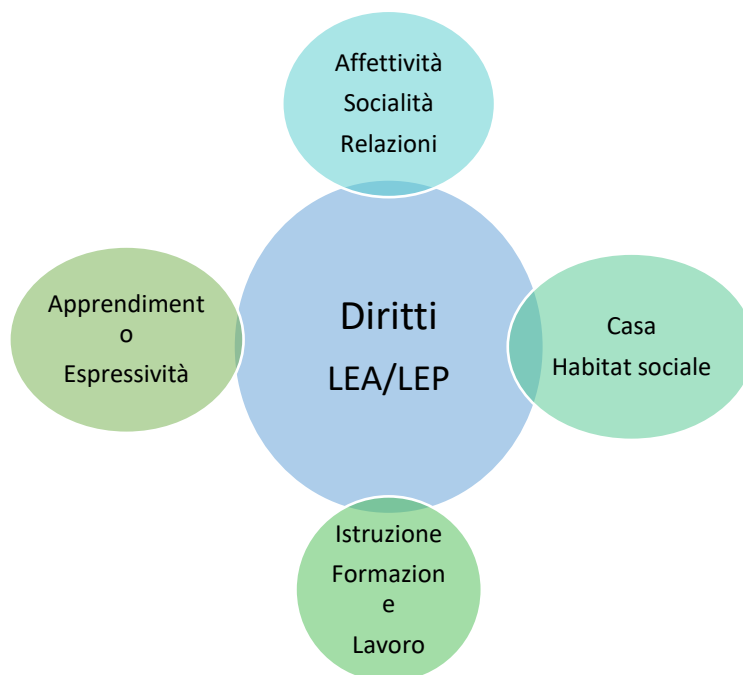
In siffatto contesto, prevale una visione multidisciplinare/multidimensionale/multilivello degli interventi e al contempo un giusto riequilibrio tra approccio bio/medico e approccio sociale e relazionale.

In quest'ottica l'attenzione si rivolge agli elementi costitutivi della "salute+dimensione sociale", che richiedono nei progetti personalizzati del BdS azioni integrate tra le quattro aree (Figura 2):

1. apprendimento/espressività;
2. istruzione/formazione/lavoro;
3. casa/ habitat sociale, a cui aggiungo la relazionalità (le relazioni);
4. affettività, socialità e relazioni.



Fig. 2: Aree integrate dei progetti personalizzati del BdS



Fonte: Polidori, working paper INAPP 117/2024

Il BdS, nella cornice sopra indicata, rappresenta un'innovazione sociale nella programmazione e nella gestione degli interventi sociosanitari, che vede la persona diventare soggetto attivo, insieme alla comunità, nella definizione del proprio percorso di vita.

Il BdS si propone di elaborare, a partire dalla persona/comunità, un progetto individualizzato, co-programmato, co-progettato e co-gestito insieme ai servizi socio-sanitari, alla famiglia, al mondo del Terzo settore e alla comunità, per garantire il diritto della persona alla socialità, alle relazioni, all'abitare, al lavoro, alle cure, ecc.

Da quanto sopra richiamato il BdS si configura quale strumento di integrazione socio-sanitaria, finalizzato a contrastare e, laddove possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento delle persone disabili, fragili escluse e vulnerabili.

La metodologia del BdS – multilivello, multidisciplinare, multidimensionale e multisettoriale - si sviluppa in Italia con la realizzazione di esperienze sperimentate in diversi contesti regionali, legate ai servizi dedicati alla salute mentale e alle disabilità (intellettive, sensoriali, motorie, ecc.) e successivamente alle persone vulnerabili, fragili ed escluse socialmente.

Si arriverà ad una sua definizione nel 2017 nel secondo "Programma di Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità"⁸ in cui alla "Linea di intervento 2 – Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società", viene promossa la "elaborazione e

⁸ Adottato con DPR del 12 ottobre 2017. Il Programma di azione biennale è stato elaborato dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità sulla base delle disposizioni della legge n. 18 del 2009 - Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità - <https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1305/decreto-12-ottobre-2017-di-adozione-del-secondo-programma-di-azione-biennale-per-la-promozione-dei-diritti-e-lintegrazione-delle-persone-con-disabilita.pdf>



promozione di modelli allocativi di “budget personalizzati”, che dovranno consentire la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato, attraverso un progetto personale alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità/fragilità, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l’uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.

La strategia specifica di intervento del BdS è “finalizzata a costruire reti, interventi, progetti slegati dalle tradizionali logiche prestazionali e collegate [...] alla necessità di favorire risposte flessibili e personalizzate, che possano contribuire al consolidamento della natura universalistica del sistema sanitario nazionale” (Santuari 2022) e, quindi, alla garanzia attuativa nei territori dei livelli essenziali delle prestazioni sia in ambito sanitario che sociale, portando, seppur lentamente e ancora poco compiuta, alla tanto auspicata integrazione socio-sanitaria, prevista nella legge 328/2000⁹ e ampliata e rafforzata con la riforma del Titolo V della Costituzione¹⁰ che attribuisce allo Stato – in via esclusiva – di legiferare “nelle seguenti materie: (...) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”.

Al riguardo, la Sentenza n. 355/1993 della Corte costituzionale¹¹ ha rifiutato l’eventualità di interpretare in senso economicistico di presupposizione e subordinazione il rapporto tra risorse economico-finanziarie e livelli di assistenza da garantire a tutti gli utenti. A seguire nella richiamata legge n. 328/2000 viene introdotto un sistema imperniato sulla “contestualizzazione” tra determinazione dei livelli essenziali e delle risorse, da collocare all’interno di una chiara cornice programmatica. Il BdS – in questo contesto – rappresenta l’espressione di regolazione pubblica degli interventi in ambito sociosanitario, che dovrebbe assicurare l’equità nella distribuzione delle risorse a disposizione e la definizione dei progetti e degli interventi necessari a garantire la fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni, anche e soprattutto in un contesto ordinamentale decentrato (Santuari, 2022). Attraverso questa lettura il BdS potrebbe concorrere alla sperimentazione di scelte innovative, generatrici di processi comunitari virtuosi a livello territoriale, finalizzati a migliorare l’autonomia e l’inclusione delle persone interessate all’interno dell’ecosistema del BdS (Figura 1).

Nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, viene ribadita la necessità di avere una tassonomia dei LEPS/LEP e in attesa di ciò lo stesso Piano rimanda ai “riferimenti normativi già esistenti definiti in norma primaria”¹².

Successivamente la Corte costituzionale con la sentenza n. 220 del 26/11/2021 rileva e conferma il ritardo del nostro paese nella definizione dei LEP che “rappresenta un ostacolo non solo alla piena attuazione dell’autonomia finanziaria degli enti territoriali, ma anche al pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti ai diritti sociali”.

A seguire, nella legge di bilancio del 2022¹³ viene definito il contenuto dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e gli ambiti territoriali sociali sono qualificati quale sede necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS, nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell’offerta integrata dei LEPS sul territorio. Inoltre, gli

⁹ Nell’art. 22 della L. n. 328/2000 si ritrova la legittimazione giuridica dei LEP, seppur attraverso una elencazione generale delle misure e degli interventi, rimettendo, quindi, alla pianificazione nazionale e regionale il compito di indicarne le peculiarità e i requisiti delle prestazioni essenziali.

¹⁰ Legge Costituzionale n. 3/2001, art. 117, comma 2, lett. M.

¹¹ Questa sentenza si riferisce ai livelli essenziali di assistenza sanitaria e nella fattispecie di questo lavoro essa si ricollega - come principio sostanziale - anche ai LEPS/LEP.

¹² Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (agosto 2021), Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, pp. 8-11.

¹³ Art. 1, commi 159-171 della L. 30/12/2021, n. 234 - Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.



ATS-Ambiti territoriali sociali concorrono alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale.

La concretizzazione di questi interventi e l'adozione dei necessari atti di programmazione integrata, sono rimesse a linee guida definite con apposita Intesa in sede di Conferenza Unificata¹⁴.

Per quanto riguarda, invece, la definizione dei LEP nelle materie che possono essere oggetto di autonomia differenziata, la legge di bilancio del 2023¹⁵ (legge 29 dicembre 2022, n. 197, articolo 1, commi da 791 a 801) ha istituito – presso il Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei ministri – una Cabina di regia, composta dai ministri competenti e da una segreteria tecnica. Essa ha la funzione di provvedere a una ricognizione del quadro normativo in relazione a ciascuna funzione amministrativa statale e delle regioni ordinarie, con successiva individuazione delle materie o ambiti di materie riferibili ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale. La ricognizione dovrà estendersi alla spesa storica a carattere permanente dell'ultimo triennio, sostenuta dallo Stato sul territorio di ogni Regione, per ogni specifica funzione amministrativa. A seguire - sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard¹⁶ - dovrebbero essere individuati sia i livelli essenziali delle prestazioni che i costi e fabbisogni standard nelle materie (3 comma, art. 116 della Costituzione)¹⁷.

Nella legge finanziaria 2024 (legge 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1, commi 198 e 455) viene stabilito che le “Regioni monitorino e rendicontino al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali gli interventi programmati e realizzati a valere sulle risorse ad esse trasferite, utilizzando l'ambito territoriale sociale come unità di rilevazione. L'erogazione delle risorse è condizionata all'esito del monitoraggio. Le risorse assegnate e non spese dagli ambiti territoriali sociali sono riassegnate ai Fondi per l'assistenza alle persone con disabilità grave e per le non autosufficienze. Le somme dovute agli enti del Terzo Settore per l'attività ispettiva a carico delle imprese sociali non aderenti ad enti associativi riconosciuti sono riassegnate al bilancio dello Stato per essere trasferite all'Ispettorato Nazionale del Lavoro e ad altri enti eventualmente legittimati”, mentre al comma 455 il riferimento ai LEP è di tipo amministrativo finanziario¹⁸.

Attuare nei territori i LEA/LIVEAS/LEP con parametri “omogenei” (tenendo conto dei fabbisogni delle comunità e delle esperienze pregresse positive, maturate nelle Regioni e nelle PP.AA.), richiede una visione ecologico-integrale del welfare che per essere veramente e concretamente (in termini di policy territoriali)

¹⁴ Su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, di cui al momento non si ha contezza/informativa pubblica.

¹⁵ Art. 1, commi 791-801, L. del 29/12/2023 n. 197 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025.

¹⁶ La Commissione tecnica per i fabbisogni standard è prevista dalla Legge di stabilità del 2016 (art. 1, comma 29, L. n. 208 del 2015 e dalle Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province (D.lgs 216 del 2010).

¹⁷ Al termine di tale iter, ossia entro un anno, la Cabina di regia è chiamata a preparare uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri recanti, anche distintamente tra le 23 materie, la determinazione dei LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard. Qualora le attività della Cabina di regia non si dovessero concludere nei termini stabiliti, il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, nomineranno un Commissario entro i trenta giorni successivi alla scadenza del termine per il completamento delle attività non perfezionate (Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, Dossier XIX Legislatura, maggio 2023).

¹⁸ “Nelle more dell'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e dell'attuazione del federalismo regionale, alle regioni a statuto ordinario che presentano un disavanzo di amministrazione pro capite al 31 dicembre 2021, al netto del debito autorizzato e non contratto, superiore a euro 1.500 è riconosciuto per gli anni dal 2024 al 2033 un contributo annuo di euro 20 milioni, da ripartire, in proporzione all'onere connesso al ripiano annuale del disavanzo e alle quote di ammortamento dei debiti finanziari al 31 dicembre 2021, al netto della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, sulla base di specifica attestazione da parte di ciascun ente beneficiario, a firma del legale rappresentante dell'ente”.



- b. introdurre, in maniera trasversale, lo strumento del BdS, finalizzato alla promozione della centralità e della partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso progetti personalizzati di comunità e ridurre sensibilmente soluzioni istituzionalizzanti, con forme di cogestione dei percorsi caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

Ridisegnare e/o ripensare il welfare nella prospettiva del paradigma sistemico dell'ecologia integrale assicura ad ogni "persona+comunità" la centralità nelle scelte per le nuove e/o rinnovate politiche presenti e, nel caso specifico, del ruolo/funzione trasversale e multidimensionale della metodologia multilivello e circolare dello strumento del BdS, quale modello che "valorizza le reti sociali come componente sistemica dei servizi alla salute, per generare un welfare di comunità", come indicato dalla già citata Commissione XII/Affari sociali.

In questa cornice, sistemica-circolare, si colloca il BdS, ossia "nel passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere, e con esso salute, diventa un compito anche della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario; fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo, divenendo innesco di sviluppo umano ed economico locale" (Righetti 2013).

Questa collocazione del BdS ha ampliato la tipologia di approccio/metodo de-istituzionalizzato anche alle persone vulnerabili, marginali ed escluse socialmente, in quanto lo strumento/metodologia del BdS, ha come obiettivo principale l'incremento della capacità di presa in carico comunitaria (formale/informale) dei bisogni delle persone (escluse socialmente, vulnerabili, con disabilità, ecc.), finalizzata alla realizzazione di interventi in cui la persona sia sostenuta negli atti di vita quotidiana da forme di solidarietà organizzata, attraverso un approccio integrato con gli altri attori di riferimento che compongono il sistema "sociale+salute" e, quindi, del welfare mix comunitario di prossimità che si organizza all'interno dell'amministrazione corresponsabile e condivisa.



3. Le Politiche pubbliche a sostegno dell'AS

In mancanza di una normativa europea e nazionale sull'utilizzo del Budget di Salute in agricoltura, e in generale di riferimenti normativi che coniughino in maniera sistematica gli aspetti socio-sanitari con quelli agricoli, nel capitolo verranno introdotte prima alcune delle norme europee in materia di salute che costituiscono il riferimento generale in cui si muove anche la normativa nazionale. A seguire un approfondimento sul Bds in Italia. Infine, per completare il quadro normativo, si presenteranno la normativa italiana sull'agricoltura sociale e una sintesi delle principali misure di politica a supporto della stessa

3.1 Il quadro normativo europeo in materia di salute

Nell'ambito del presente lavoro che riguarda l'agricoltura sociale nel budget di salute, non possiamo esimerci nel trattare, seppur in linea generale, la salute nella cornice dell'Unione Europea (UE).

Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Ne consegue che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'UE è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. Tutto ciò scaturisce dall'articolo 152 del trattato CE²⁰, ora sostituito dall'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea, nonché dagli articoli 11 (Diritto alla protezione della salute) e 13 (Diritto all'assistenza sociale e medica) della Carta sociale europea²¹.

La pandemia di COVID-19 ha posto la salute in cima all'agenda europea. È chiaro che un approccio europeo alla salute e al benessere pubblico siano essenziali.

L'UE supporta gli Stati membri a migliorare e proteggere la salute pubblica, nonché a collaborare per affrontare problemi e minacce comuni. Reagendo alla pandemia e alla crisi, l'UE ha adottato diverse nuove iniziative e ha messo a disposizione finanziamenti per limitare la diffusione del virus e facilitare una ripresa rapida e sostenibile dalla crisi, ma quali sono esattamente le diverse istituzioni dell'UE e come aiutano a migliorare l'equità sanitaria in Europa?

Il trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE, trattato di Lisbona) fornisce una base giuridica per l'UE e indica la ripartizione delle competenze e delle responsabilità in materia di salute pubblica tra l'UE e i suoi Stati membri. L'UE ha un ruolo importante da svolgere nel miglioramento della salute pubblica, nella prevenzione e nella gestione delle malattie, nell'attenuazione delle fonti di pericolo per la salute umana e nell'armonizzazione delle strategie sanitarie tra gli Stati membri.

La politica sanitaria dell'UE ha tre obiettivi strategici:

1. Promuovere una buona salute;
2. Proteggere i cittadini dalle minacce alla salute;
3. Supportare i sistemi sanitari dinamici.

Per conseguire tali obiettivi, il trattato stabilisce quattro settori principali che affrontano esplicitamente la salute da un punto di vista giuridico:

- Articolo 9: stabilisce un principio per la definizione e l'attuazione delle politiche e delle attività dell'UE per "tenere conto dei requisiti legati alla promozione di un alto livello di occupazione, alla garanzia di un'adeguata protezione sociale, alla lotta contro l'esclusione sociale e ad un alto livello di istruzione, formazione e tutela della salute umana";

²⁰ Cfr. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:11997E152>.

²¹ Cfr. <https://rm.coe.int/168047e179>.



- Articolo 114: ravvicinamento delle leggi, allineamento delle leggi nazionali per conformarsi al diritto dell'UE;
- Articoli 153, 156: politica sociale, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- Articolo 168: salute pubblica, nel senso di protezione della salute pubblica e la promozione della salute;
- Articolo 169: tutela dei consumatori, tutela della salute e sicurezza dei consumatori;
- Articolo 191: ambiente, protezione della salute umana.

L'azione dell'UE nel campo della salute integra le politiche e le iniziative nazionali per garantire la protezione della salute in tutte le politiche dell'UE, "Salute nell'approccio di tutte le politiche". Tuttavia, come stabilito nel trattato di Lisbona, gli Stati membri dell'UE hanno la responsabilità primaria di organizzare i sistemi sanitari nazionali e di fornire assistenza sanitaria.

Attraverso la strategia "Salute per la crescita" e il suo programma d'azione (2014-2020), nonché un corpus di diritto derivato, l'UE ha attuato con successo una politica sanitaria globale. Il [Programma EU4Health](#) continuerà a fornire finanziamenti per l'esennio 2021-2027²².

3.2 La normativa nazionale sul Budget di Salute

La produzione normativa e regolamentare regionale – di cui si tratterà a seguire – si è resa possibile grazie alla presenza di norme nazionali, come ad esempio la legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (n. 104/1992 e s.m.i.), le leggi che riguardano la cooperazione sociale e il volontariato (L. 381/1991 e L. 266/1991, ecc) e la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (n. 328/2000, ecc.), che hanno tracciato il percorso di riferimento da seguire per il BdS²³.

Le esperienze degli anni '70 e degli anni a seguire, di cui si è già trattato in precedenza²⁴, evidenziano la visione innovativa (sociale) del BdS – seppur non nella logica e con l'approccio sistemico delle dimensioni dell'ecologia integrale – che potrebbe rappresentare uno strumento preferenziale per concretizzare nei territori l'integrazione socio-sanitaria e al contempo assicurare l'omogeneità territoriale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie. Quindi, come conseguenza, di poter co-programmare, co-progettare, co-realizzare i servizi di riferimento per le persone e la comunità, con un approccio partecipativo, coordinato e sinergico.

Nonostante non sia realizzato in maniera omogenea sul territorio nazionale, i diversi provvedimenti regionali adottati confermano che la metodologia del BdS ha "superato lo stadio di sperimentazione con la quale è stata originariamente adottata e può, conseguentemente, considerarsi una modalità «a regime», che necessita di trovare adeguate forme di coordinamento e omogeneizzazione a livello nazionale" (Santuari 2022).

Sia la normativa nazionale pregressa che i provvedimenti regionali sul BdS hanno, anche su impulso del Terzo settore, dato vita – nella precedente legislatura – alla proposta di legge parlamentare AC - 1752 "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi

²² Cfr. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_it - sito visionato il 25.01.2024.

²³ Per il dettaglio della normativa nazionale di riferimento si rimanda a A. Santuari, Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili, 2022, Milano, Franco Angeli, pp. 32-53.

²⁴ Capitolo "Economia civile ed ecologia integrale nel budget di salute".



individualizzati”, presentata il 9.04.2019 e non licenziata – dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati.

Nella proposta di legge in questione il BdS viene definito (art. 4) come “l’insieme delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie per realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato”, la cui applicazione è ancora intesa in via sperimentale (art. 2 - Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati). E’ prevista una dotazione finanziaria costituita da: risorse che lo Stato destina ai LEA socio-sanitari e alle politiche sociali; ulteriori risorse che gli enti locali destinano alle politiche sociali; risorse del Fondo sociale europeo e dei progetti regionali, nazionali ed europei volti all’inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate o vulnerabili; 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.

Un ruolo rilevante, per non disperdere il patrimonio esperienziale dei territori, assume il riferimento all’Intesa con la Conferenza unificata che dovrà definire le modalità attuative e di co-programmazione (ai sensi dell’art. 55 del Codice del Terzo settore) e di cogestione, con lo scopo di individuare i bisogni da soddisfare attraverso i PTRI, nonché gli interventi e le modalità di realizzazione degli stessi.

L’Intesa, inoltre, è chiamata anche a definire:

- lo schema della convenzione (art. 3, comma 6);
- 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;
- gli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito rispetto a indicatori predefiniti;
- la composizione e i compiti dell’Osservatorio sull’introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati;
- gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti dai progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

In questa legislatura la proposta di legge sull’ “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati” (A.C. 556) è stata presentata il 14.11.2022, ma è ancora in attesa di essere assegnata ad una delle commissioni parlamentari²⁵, che potrebbe essere la stessa della precedente legislatura (Affari sociali). In questo lavoro, in merito al contenuto della proposta di legge in questione non si può rilevare nessuna specifica e/o confronto con quella della legislatura precedente e, quindi, neanche procedere ad una sua disamina ragionata, in quanto sul sito della Camera dei deputati non è ancora presente il testo della stessa.

In assenza di una norma quadro nazionale, il BdS è stato richiamato nelle politiche pubbliche – in piena pandemia - nella legge n. 77/2020²⁶, nella quale si stabilisce che 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 socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore [...]. 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

²⁵ Alla data del 26.01.2024.

²⁶ Legge n. 77/2020 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 – <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/07/18/180/so/25/sg/pdf>.



innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità”. Quindi, diventa un obbligo “soft” che tutti i servizi territoriali debbano, in una prospettiva di welfare generativo di comunità e di prossimità attuare una piena integrazione socio-sanitaria; promuovere il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, attraverso la co- progettazione e co-gestione con le istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo; ridurre le scelte di istituzionalizzazione; favorire la domiciliarità.

Invece, non è un obbligo ricorrere al BdS, bensì una scelta degli amministratori territoriali, seppur venga indicato come strumento innovativo (a cui manca la locuzione “sociale”) che dovrà ancora essere sperimentato, nonostante le molte esperienze territoriali in essere.

Al riguardo la Rete per un Nuovo welfare²⁷ sul BdS ha avanzato delle proposte e riflessioni che di seguito si sintetizzano:

- Non parlare più di sperimentazione, ma di innovazione sociale, trattandosi di un metodo già diffuso da venti anni in diverse regioni di Italia;
- Riconoscere un giusto protagonismo ai Comuni per evitare che una prima forma di adesione volontaria al metodo possa escludere anche piccoli comuni virtuosi che intendano innovare le forme della presa in carico;
- Inserire dei precisi protocolli valutativi sulla base dell'ICF (International Classification of functioning, disability and health);
- Collegare il funzionamento dei BdS ai meccanismi della finanza ad impatto e ai sistemi di incentivi economici per le ASL che rispettano i LEA;
- Istituire un Fondo di Garanzia Pubblico per facilitare l’attrazione da parte degli enti cogestori di capitali social impact finalizzati a finanziare innovazione e gli investimenti necessari per lo start up dei programmi socio-economici.

Tutto ciò si esplica anche nell’intesa prevista dalla legge n. 77/2020 - firmata il 06/08/2021, per il biennio 2020/2021²⁸ - recante le “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità”. Queste Linee di indirizzo riguardano la sperimentazione di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle persone fragili, da attuarsi con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio e col Terzo settore, anche “attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità”.

Da rilevare che sia la legge n. 77/2020 (con l’intesa del 06/08/2021) sia la proposta di legge AC - 1752²⁹ non hanno probabilmente tenuto in debita considerazione l’attuazione concreta delle esperienze territoriali attraverso uno studio complessivo e sistematico del BdS a livello territoriale; ciò è reso evidente dalla

²⁷ Cfr. <https://perunnuovowelfare.it/> - sito visionato il 25.01.2024.

²⁸ Per un importo pari a 25 milioni di euro per l’anno 2020 e 25 milioni di euro per l’anno 2021.

²⁹ Nelle audizioni del 16/12/2020, del 24/02/2021, del 10/03/2021 e del 31/03/2021 alla XII Commissione Affari sociali sono state avanzate modifiche/osservazioni/integrazioni alla proposta di legge AC 1752 da parte dell’Auser, del Forum del Terzo settore, Angelo Righetti (psichiatra, esperto OMS-Organizzazione Mondiale Sanità e presidente della Rete dell'Economia Sociale Internazionale), Fabrizio Starace (psichiatra e direttore del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche Ausl di Modena che ha seguito l'applicazione del BdS in diverse realtà regionali, fra cui la Campania, ha seguito l'applicazione del BdS in diverse realtà regionali, fra cui la Campania), Marco Trabucchi (presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatría), Maria Grazia Giannichedda (presidente della Fondazione Franco e Franca Basaglia), Associazione Mito&Realtà (Milano), la Società cooperativa sociale Approdi (Nuoro), Consorzio fra cooperative sociali Solco Civitas (Imola), Cooperativa Sociale "Al di là dei Sogni" (Sessa Aurunca-CE), Federazione italiana per il superamento dell'handicap-Fish, Federazione tra le Associazioni nazionali delle persone con disabilità-Fand, Cittadinanzattiva, Giuseppe Nese (coordinatore Rems e salute mentale in carcere della regione Campania), Società italiana di neurologia-Sin, Associazione nazionale persone con malattie reumatologiche e rare-Aps, Alleanza delle cooperative italiane sociali-ACI sociali, Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali, Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Per approfondimenti, si rimanda alla consultazione degli stessi in “Le audizioni svolte dalla XII Commissione sul budget di salute e i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”, in Camera dei Deputati/Studi affari sociali, 01/04/2021.



pianificazione di un'ulteriore fase di sperimentazione su ciò che ha già dato esiti positivi da più di venti anni in alcuni territori.

L'incongruenza di tutto ciò è confermata anche nell'intesa del 06/07/2022 tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sulle "Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona - proposta degli elementi qualificanti"³⁰, che avrebbero dovuto essere inserite come riferimento nel testo di legge in questione per essere maggiormente in linea con quanto è stato approvato nella stessa intesa, in quanto frutto delle esperienze pregresse/pilota, condivise con le Regioni, le pubbliche amministrazioni-PP.AA., l'ANCI, l'UPI e con il Terzo settore, le associazioni dei familiari e altri portatori di interesse³¹.

Nell'intesa in questione "si auspica un apposito monitoraggio nazionale periodico da parte delle Regioni e PP.AA. insieme al Ministero della Salute", al fine di verificare il recepimento delle Linee programmatiche nelle Regioni, PP.AA. e nei Comuni e al contempo gli attori territoriali pubblici si impegnano a recepire con propri provvedimenti i contenuti espressi nell'intesa e quindi ad applicare nei territori il BdS/PTRI.

L'esplicito richiamo nell'intesa (anche) alla proposta di legge AC 1752 e al DM n. 72/2021 (strumenti della co-programmazione/co-progettazione e alle "Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n.117 del 2017" del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali) di fatto potrebbe "sanare temporaneamente" l'assenza di una legge quadro nazionale sul BdS/PTRI, poiché:

- nelle Linee programmatiche del 06.07.2022 è disegnata una cornice comune per tutti i territori, a cui si aggiungono alcuni elementi presenti nell'intesa del 06/08/2021;
- il riferimento alle Linee Guida del Ministro del Lavoro e delle PP.SS. indicano la "metodologia amministrativa" e, quindi, l'approccio culturale da seguire per generare il coinvolgimento del Terzo settore nel BdS/PTRI, esplicitato con l'attivazione della co-programmazione e co-progettazione che sono strumenti in grado di fornire risposte congruenti, integrate e personalizzate a favore delle persone vulnerabili e delle comunità in una logica di corresponsabilità condivise, tracciate da anni dal Terzo settore e rinnovate ed integrate nella visione della riforma del Terzo settore.

A completamento della cornice fornita dal codice del Terzo settore – e quindi anche dell'applicazione omogenea sul territorio del BdS - c'è la Sentenza n. 131/2020 della Corte Costituzionale che ha chiarito i fondamenti costituzionali dell'attività di co-progettazione tra PP.AA. e Terzo Settore. In particolare, essa ha sancito il presupposto costituzionale di un "canale di amministrazione condivisa" tra il Terzo settore e le pubbliche amministrazioni, non assimilabile al rapporto economicistico definito dal metodo dell'appalto e della delega. Gli enti di Terzo settore "in quanto rappresentativi della "società solidale"[...] spesso costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, e sono quindi in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un'importante capacità organizzativa e di intervento; ciò produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della "società del bisogno". Di conseguenza, nel rapporto con le pubbliche amministrazioni (PP.AA.), gli enti di Terzo settore

³⁰ Le Linee programmatiche sono l'espressione di quanto contenuto nel progetto "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute" nato con l'obiettivo di implementare il modello del BdS quale strumento per favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità, finanziato alla Regione Emilia Romagna dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, con lo scopo di mappare e dare valore ai modelli di intervento efficaci in determinati contesti territoriali al fine di renderli trasferibili in altri territori. Al progetto della Regione Emilia-Romagna, realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'AUSL di Parma, hanno aderito tutte le Regioni, le Province Autonome e gli Enti locali, nonché persone, familiari, associazioni di settore, servizi sociali e sanitari, terzo Settore, volontariato e portatori di interesse della Società civile. Cfr. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5628_0_file.pdf.

³¹ Riferimento presente anche nelle proposte emendative, presentate durante i lavori della Commissione XII il 29/06/2022, Allegato 4, pp. 393-415.



sono portatori di “una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale” (Sentenza Corte cost. n. 131/2020), della comunità e delle persone, che si esplica nelle attività di interesse generale elencate nel Codice del Terzo settore³². Attività di interesse generale che sono l’espressione della multisettorialità, multidimensionalità, multidisciplinarietà e multilivello in cui operano e agiscono gli enti del Terzo settore/economia sociale in Italia.

3.3 Normative e politiche per l’agricoltura sociale

L’AS ha trovato una sua prima definizione a livello europeo nella programmazione dello sviluppo rurale 2007-2013, dove viene considerata una delle «azioni chiave» dell’Asse III, relativo al miglioramento della qualità della vita e alla diversificazione dell’economia rurale. L’AS viene intesa sia come possibile opportunità per lo sviluppo dell’offerta di servizi alla popolazione, soprattutto in riferimento alle persone fragili, sia come occasione per le aziende agricole di diversificare le attività verso obiettivi sociali. Nei successivi periodi di programmazione, come si vedrà nel dettaglio più avanti in questo paragrafo, tale attenzione è stata rinnovata, ampliando anche in parte gli strumenti a disposizione delle imprese agricole e delle aree rurali.

Tuttavia, la necessità di un quadro normativo europeo e di un maggior sforzo da parte degli stati membri per regolamentare la materia, è stato evidenziato fin dal 2012 dal Comitato economico e sociale europeo (CESE), che nel Parere «Agricoltura sociale: terapie verdi e politiche sociali e sanitarie» metteva in luce come: solo alcuni paesi (Francia, Italia, Paesi Bassi) avessero introdotto una regolamentazione settoriale, di portata nazionale o regionale. Il CESE evidenziava, inoltre, una generale assenza di collegamento tra le diverse politiche e/o istituzioni implicate nell’agricoltura sociale.

L’agricoltura sociale si è dunque sviluppata in Italia in assenza di una norma specifica, utilizzando come quadro di riferimento le numerose norme nazionali e regionali in ambito sociale, sanitario, educativo, agricolo. La legge 141/2015 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale” ha rappresentato, quindi, un importante traguardo per quanti ritenevano necessario avere una cornice comune agli interventi normativi regionali “allo scopo di facilitare l’accesso adeguato e uniforme alle prestazioni essenziali da garantire alle persone, alle famiglie e alle comunità locali in tutto il territorio nazionale e in particolare nelle zone rurali o svantaggiate” (art. 1).

La norma definisce l’agricoltura sociale come l’insieme delle “attività esercitate dagli imprenditori agricoli di cui all’articolo 2135 del Codice civile, in forma singola o associata, e dalle cooperative sociali di cui alla L. 381/1991, nei limiti fissati dal comma 4 del presente articolo, dirette a realizzare” quattro tipologie di attività (art. 2):

- a. inserimento socio-lavorativo di lavoratori con disabilità e di lavoratori svantaggiati³³;
- b. prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali mediante l’utilizzazione delle risorse materiali e immateriali dell’agricoltura;
- c. prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative;
- d. progetti finalizzati all’educazione ambientale e alimentare, alla salvaguardia della biodiversità nonché alla diffusione della conoscenza del territorio, indirizzati ai bambini in età prescolare e alle persone in difficoltà sociale, fisica e psichica.

Per questo motivo, Canfora (2017) ritiene che la legge, promuovendo l’agricoltura sociale quale aspetto della multifunzionalità delle imprese agricole, si inserisca nel processo di costruzione di «un nuovo welfare partecipativo». Allo stesso modo, affermando che l’agricoltura sociale si sviluppa nell’ambito della

³² Cfr. Polidori SISEC 2022 - <https://oa.inapp.org/handle/20.500.12916/3539>.

³³ Definiti ai sensi dell’articolo 2, numeri 3) e 4), del Reg. (UE) 651/2014, di persone svantaggiate di cui all’articolo 4 della L. 381/1991, e successive modificazioni, e di minori in età lavorativa inseriti in progetti di riabilitazione e sostegno sociale.



multifunzionalità (art. 2 della legge 141/2015), la legge contribuisce a ridefinire in qualche modo anche il ruolo dell'agricoltura, coniugando le attività produttive con quelle sociali "sostenendo al tempo stesso un modello di welfare partecipativo, la coesione sociale, superando la logica della divisione dei compiti" (Maccioni, 2015).

La legge nazionale è intervenuta quando alcune regioni avevano già normato sulla materia³⁴. L'attività legislativa delle Regioni³⁵ è proseguita, successivamente, sia con l'emanazione di norme volte a adeguare il quadro regionale alla legge 141/2015 e al successivo decreto attuativo 12550/2018, sia con nuove norme in quelle Regioni che erano ancora sprovviste di una norma sull'AS. Tuttavia, la mancanza delle Linee Guida³⁶ previste dalla legge stessa finalizzate alla definizione dei criteri omogenei per il riconoscimento degli operatori dell'AS e per il monitoraggio e la valutazione delle attività di agricoltura sociale, non consente alle regioni di procedere all'omogenizzazione delle norme e di offrire in ogni territorio le stesse opportunità.

Sul fronte delle politiche, come già accennato, nel periodo di programmazione 2007-2013 l'UE aveva previsto tra gli interventi per lo sviluppo rurale misure e risorse economiche indirizzate a supportare interventi sociali (Finuola e Pascale, 2008), anche se solo con i Programmi di sviluppo rurale (PSR) del periodo 2014-2020 sono state introdotte azioni specificamente indirizzate all'agricoltura sociale (Ascani e De Vivo, 2016). In particolare, la sotto-misura 6.4, che finanzia la creazione e lo sviluppo di attività extra-agricole, è stata utilizzata in un'ottica di multifunzionalità delle imprese agricole, che possono ampliare la gamma di servizi offerti al territorio coprendo anche la sfera sociale. La sottomisura 16.9 (cooperazione), invece, è stata utilizzata per finanziare interventi a sostegno della "diversificazione delle attività agricole in attività riguardanti l'assistenza sanitaria, l'integrazione sociale, l'agricoltura sostenuta dalla comunità e l'educazione ambientale e alimentare". L'intervento aveva l'obiettivo di promuovere reti tra attori pubblici nei territori rurali, privati e del terzo settore per implementare servizi sociali innovativi. Si tratta, probabilmente, dell'intervento più innovativo a supporto dell'AS e per tale motivo è stato oggetto di un approfondimento specifico nell'ultimo rapporto curato dal CREA, [L'Agricoltura sociale in Italia e il contributo della politica di sviluppo rurale. Rapporto 2023](#), che ha consentito di mettere in evidenza la grande ricchezza delle reti avviate e la rilevanza delle problematiche affrontate negli interventi finanziati.

Anche la sottomisura 7.4, che finanzia alle amministrazioni pubbliche investimenti finalizzati all'offerta di servizi sociali rivolti a fasce deboli della popolazione o di servizi di base alle popolazioni rurali, è stata utilizzata da alcune regioni per sostenere l'AS. Un quadro dettagliato di questi interventi è contenuto nel report [L'Agricoltura sociale nei Programmi di Sviluppo Rurale. Aggiornamento Dicembre 2022](#).

Infine, è utile ricordare che, nell'ambito del Leader, i GAL hanno gestito direttamente anche alcune delle misure a supporto dell'AS e sono stati protagonisti di numerose azioni per consolidare e/o avviare azioni di AS nei territori rurali.

Tra i fondi utilizzati per sostenere l'AS dalle regioni nel periodo 2014-2020 occorre ricordare anche il Fondo Sociale Europeo (FSE), che ha sostenuto le spese per le attività formative e di inclusione socio-lavorativa di soggetti svantaggiati (ad esempio, i tirocini extra-curricolari) e quelle per la creazione di reti territoriali di AS.

Il periodo di programmazione appena avviato vede confermato l'impegno della politica agricola comunitaria a sostegno dell'AS. Nell'ambito del Piano Strategico della PAC, infatti, le attività di AS sono finanziate dagli interventi per gli investimenti, in particolare quelli indirizzati alle aziende agricole per la diversificazione in

³⁴ Per una panoramica a livello regionale si veda il documento della Rete rurale nazionale "L'agricoltura sociale nella normativa regionale italiana" (2020) disponibile alla pagina <https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/20502>.

³⁵ Per un aggiornamento sulle norme regionali in materia di agricoltura sociale si veda il sito della Rete Rurale Nazionale <https://www.reterurale.it/agricolturasociale>.

³⁶ Le Linee Guida dovrebbero fornire indicazioni anche per la semplificazione delle procedure amministrative e per la definizione di strumenti di assistenza tecnica, di formazione e di sostegno per le imprese, oltre a definire percorsi formativi per gli operatori, indicazioni sui modelli efficaci di agricoltura sociale e su contratti tipo tra imprese e pubblica amministrazione, come definito al comma 2 dell'art. 7 della l. 141/2015.



attività non agricole - SRD03. Inoltre, le attività di AS possono essere finanziate anche con altre tipologie di interventi che riguardano la Cooperazione, l'AKIS e il LEADER, in linea con quanto accaduto nella programmazione precedente. Informazioni più dettagliate sulle opportunità offerte dalla nuova programmazione sono contenute nel report [L'Agricoltura sociale nella PAC 2023-2027](#) pubblicato sul sito della Rete Rurale Nazionale nel luglio 2023.

3.4 Normativa e provvedimenti territoriali³⁷

3.4.1 Campania

La Regione Campania nell'art. 46 della L.R. n. 1/ 201238, ha disciplinato e definito i (PTRI) supportati dallo strumento/metodologia del BdS, al fine di promuovere la centralità e la partecipazione dei cittadini, con forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati. Il BdS, attraverso il PTRI, viene definito nelle successive "Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario attraverso la metodologia dei PTRI sostenuti da BdS" (DGRC n. 483/2012), come "l'unità di misura 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. Dentro questa unità di misura del BdS i LEA, si configurano non come prestazioni a sé stanti, bensì - con il progetto individuale che coinvolge, trasforma e rigenera il soggetto stesso - quale parte attiva della comunità. Tutto si attiva (anzi, si dovrebbe attivare) con la presa in carico degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti territoriali sociali (ATS) attraverso le attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali locali), insieme alle famiglie e al Terzo settore.

Nelle linee guida in questione, "la metodologia del BdS mette in risalto il ruolo della co-progettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché la valutazione dei processi/progetti da allestire e realizzare tra enti pubblici e privati: evitando l'instaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro; ponendo attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture; promuovendo l'associazionismo e la cooperazione diffusa evitando l'eccessiva autoreferenzialità a garanzia del sistema di offerta".

Le linee guida, inoltre, individuano tre aree che fanno espressamente riferimento alle cosiddette "determinanti della salute", ovvero Casa e Habitat sociale, Formazione e Lavoro, Apprendimento, Socialità e Affettività.

Nell'ambito di tali aree, il cogestore dovrà intervenire in un lavoro di rete con gli altri soggetti che partecipano alla gestione e attuazione del piano terapeutico.

Sempre nel 2012, la L.R. n. 5, Norme in materia di agricoltura sociale, all'art. 3 specifica che i cogestori dei progetti terapeutici individuali sono sostenuti con il BdS, in attuazione della richiamata L.R. n.1/2012.

A seguire, la sperimentazione del BdS in agricoltura sociale è entrata a regime, proseguendo negli anni anche con interventi ad hoc utilizzando le terre confiscate alla criminalità organizzata, così come indicato nella legge regionale n.7 del 2012 - Nuovi interventi per la valorizzazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata.

³⁷ La scelta delle Regioni Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio e Sicilia, scaturisce da un lavoro di analisi ricognitivo – da noi sistematizzato – della Camera dei Deputati sul "Budget di salute: esperienze regionali e dottrina di interesse", https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html - sito visitato il 25.01.2024.

³⁸ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012 – 2014 della Regione Campania (legge finanziaria regionale 2012).



Il contesto normativo appena esaminato trova le sue radici nell'esperienza maturata fin dal 2002 nella ASL di Caserta (ex ASL CE2) che ha sperimentato l'utilizzo del BdS presso le aziende di agricoltura sociale e negli enti del Terzo settore (in particolare nelle cooperative sociali di tipo B, di cui alla L. n. 381 del 1991 e s.m.i.), mantenendo la piena operatività (Cerbasi et al, 2016) a sostegno dei PTRI di ragazzi o adulti con disabilità psichiatriche, intervenendo con azioni sia di natura economica sia di servizi territoriali/domiciliari e azioni innovative che valorizzano le capacità dei destinatari all'interno delle comunità, e con il coinvolgimento delle famiglie e del Terzo settore.

3.4.2 Lazio

La Regione Lazio ha inserito lo strumento del BdS all'art. 53 - Presa in carico integrata della persona e budget di salute della L.R. riguardante il Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio del 10.08.2016.

Il richiamato art. 53, prevede che al fine di dare attuazione alle indicazioni fornite dall'organizzazione mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute", si adotta una metodologia di intervento basata sull'integrazione sociosanitaria e, in particolare, sui progetti personalizzati – nella cui costruzione la persona ha un ruolo attivo - sostenuti dal budget di salute. Tale strumento è considerato come l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane indispensabili per sostenere la persona nel raggiungimento dell'autonomia e la sua effettiva inclusione sociale.

Il dettato della L.R. in generale e nello specifico del citato articolo 53, nasce dall'esperienza pregressa maturata nelle organizzazioni di volontariato e nelle altre realtà di Terzo settore, come ad esempio l'iniziativa dell'Opera Don Calabria di Roma, che ha proposto nel 2015 ad alcuni Distretti Sociosanitari del Lazio di avviare la sperimentazione del BdS, al fine di fornire alla Regione Lazio elementi concreti per l'emanazione delle apposite Linee Guida, in perfetto collegamento con la proposta della Legge Regionale sul Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio, di cui alla successiva legge approvata e sopra indicata.

A seguire nelle "Linee Guida sul Durante Dopo di Noi" del 2017³⁹ viene rimarcato che "l'applicazione del budget di salute/progetto è l'integrazione socio-sanitaria, entro un approccio bio-psico-sociale alla salute del cittadino, che promuove la trasformazione dei bisogni a prevalenza "sanitaria a rilevanza sociale" in bisogni a prevalenza "sociale a rilevanza sanitaria", con restituzione al corpo sociale delle persone con disabilità". Esso si basa sulla collaborazione tra PA e privato, dando vita ad un modello di cogestione e presa in carico della persona, sostenuto dalla corresponsabilità e compartecipazione, in termini di risorse monetarie e di impiego di risorse umane, da parte delle ASL, dei Comuni, della persona, delle organizzazioni del Terzo settore, della famiglia e della comunità". Le organizzazioni del Terzo settore vengono individuate con avvisi di evidenza pubblica o attraverso modalità di co-programmazione e co-progettazione, di cui alle linee guida del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore (artt. 55-57 D.lgs n. 117/2017)⁴⁰ e conformemente alle linee guida regionali sulla co-progettazione (DGR n. 326/2017)⁴¹.

³⁹ DGR n. 454/2017 - Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 28/11/2016 di attuazione e a seguire la DGR 554/2021 che integra e modifica le disposizioni della medesima DGR n. 54/2017. Queste ultime del 2017 sono state modificate e integrate con la DGR 554/2021.

⁴⁰ D.M. del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali D.M. 72 del 31.01.2021, che ha recepito l'intesa raggiunta il 25.03.2021 dalla Conferenza Unificata circa l'adozione delle Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli artt. 55-57 del D. lgs.

⁴¹ DGR 326/2017 - Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell'ambito dei servizi sociali.



Infine, con la L.R. 10/2022 - Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità, all'art. 3 sono indicate le modalità di attuazione del BdS che in primis avviene attraverso la promozione da parte della stessa Regione della "partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle organizzazioni sociali ai processi di co-programmazione e co-progettazione degli interventi ad essi dedicati (art. 2), nonché la concertazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative". Processi che vedono la "sinergia con le istituzioni pubbliche e gli enti privati, con gli enti del Terzo settore nonché, in particolare, con le associazioni di rappresentanza e tutela delle persone con disabilità, con la Consulta regionale per i problemi della disabilità e dell'handicap e le consulte territoriali, con il Garante dell'infanzia e dell'adolescenza, con il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative".

In linea con le indicazioni che emergono da queste e altre normative regionali, il BdS è diventato uno strumento non più sperimentale ma operativo, sul quale è necessario operare una formazione specifica affinché gli operatori, nell'attuazione dei progetti personalizzati e integrati, siano in grado di rispondere in modo sempre più efficace e adeguato alle necessità e ai bisogni di vita delle persone che presentano situazioni complesse.

Con specifico riguardo alle attività di formazione, è utile richiamare l'esperienza della Regione Lazio nell'organizzazione di un corso di formazione sul BdS. Il corso ha previsto classi miste e ha coinvolto responsabili e operatori degli uffici di piano dei distretti sociosanitari, operatori delle aziende sanitarie locali e terzo settore (soprattutto addetti, psicologi, dirigenti). Si è trattato di una formazione integrata utilizzata nella metodologia del budget di salute e sperimentata prima ancora della legge regionale in materia.

Il percorso formativo è stato realizzato col supporto di metodi e tecnologie per la FAD e si è svolto da gennaio a marzo 2021, permettendo di trarre tre lezioni fondamentali:

1. stabilire un linguaggio comune e una vision condivisa;
2. avviare un cambiamento culturale:
 - in chi si occupa degli aspetti amministrativi e di diritto negli Enti pubblici, per consentire sia la flessibilità dell'utilizzo delle risorse, a fronte della attuale rigidità delle norme di bilancio, sia la co-programmazione e la co-progettazione con il Terzo settore, ambedue necessari al budget di salute e all'integrazione dei servizi;
 - negli operatori sociali, sanitari e anche del terzo settore, per passare da un approccio semplicemente terapeutico e assistenziale ad uno di "capacitazione", volto a restituire alla persona il massimo livello di emancipazione possibile, alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità.
3. Sviluppare Reti Territoriali Sociali e Welfare di Comunità. I progetti personalizzati lavorano in rete e all'interno di una realtà locale, nella quale il tema del progetto personalizzato dovrà essere affrontato in modo integrale con la comunità locale innescando e inserendosi in un più ampio processo di sviluppo economico sociale locale.

Per ciò che concerne l'agricoltura sociale, la Regione Lazio da tempo sostiene questo tema che rappresenta un significativo esempio di intervento di inclusione sociale e ecologicamente sostenibile, coniugando l'utilizzo delle risorse agricole e il processo produttivo multifunzionale con lo svolgimento delle attività sociali finalizzate a generare benefici inclusivi, favorire percorsi riabilitativi e sostenere l'inserimento sociale e lavorativo delle fasce di popolazione svantaggiate e a rischio di marginalizzazione.



Pertanto, all'interno della cornice del POR Lazio FSE 2014-2020, la Regione Lazio a maggio del 2019 ha redatto l'Avviso pubblico "Reti per lo sviluppo dell'agricoltura sociale per l'inserimento socio-lavorativo di soggetti in condizioni di svantaggio"⁴², con l'obiettivo di promuovere l'agricoltura sociale come "soluzione innovativa per la coesione del territorio intervenendo sia sulla necessità di soddisfare nuovi bisogni sociali di protezione e di servizi alle persone in aree rurali e peri-urbane, sia sulla possibilità di favorire lo sviluppo di reti rurali per prevedere la promozione dell'imprenditorialità sociale e dell'integrazione professionale nelle imprese sociali e dell'economia sociale e solidale", al fine di contrastare il rischio di povertà e soprattutto di esclusione sociale.

Con l'avviso pubblico approvato con determinazione dirigenziale 21 settembre 2021 n. G11279⁴² la Regione Lazio ha dato l'opportunità di presentare proposte progettuali per la gestione dei Centri polivalenti per giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico ed altre disabilità con bisogni complessi sul territorio della Regione Lazio, a seguito del quale sono state finanziati i progetti presentati da 4 associazioni di scopo temporanee di enti del Terzo settore come gestori dei Centri su quattro macroaree territoriali⁴³.

3.4.3 Sicilia

Dall'analisi del quadro normativi della Regione siciliana, emerge che il BdS è inteso quale strumento integrato e flessibile, finalizzato al sostegno del progetto terapeutico individualizzato (PTI) di presa in carico comunitaria per persone con disturbi psichici gravi.

In particolare, si fa riferimento ai decreti del 27.04.2012 di "Approvazione del piano strategico per la salute mentale" e a seguire al decreto interassessoriale del 31/07/2017 "Approvazione del documento, recante: Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie".

Nel primo decreto, all'art. 6 "Obiettivi del Piano strategico e gli indicatori per la valutazione", si legge che "la partnership di qualità si fonda sulla co-progettazione del piano d'azione locale e può essere identificata con la costituzione di albi aziendali delle imprese sociali disponibili a co-gestire i PTI attraverso il BdS e con il mix gestionale, che può essere realizzato distrettualmente per le attività abitative, formative e lavorative previste". Anche in tale contesto, al fine di una efficace attuazione del PTI, viene affermata nuovamente l'importanza di una collaborazione fra tutti i componenti del sistema territoriale di rete così come previsto dalla legge 328/2000.

Il Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie, approvato con il decreto interassessoriale del 31.05.2017, individua il BdS come un modello innovativo di risposta ai bisogni delle persone. In particolare, è rivolto alle persone per le quali è stato definito un progetto personalizzato con l'obiettivo di "contrastare il ricorso al ricovero". Il Piano specifica anche che la metodologia di erogazione dei servizi attraverso il BdS/PTI "può promuovere forme innovative di servizi e stimolare le risposte creative con possibilità di start-up di nuove imprese sociali sempre più ancorate alla comunità locali con forte valenza innovativa".

Un passaggio importante avviene con la L.R. n.17 del 2019, Legge di stabilità regionale per l'anno 2019, che all'art. 24 prevede, in riferimento ai progetti terapeutici personalizzati, una dotazione finanziaria per il budget di salute.

Con successivo decreto assessoriale n. 662 dell'8 luglio 2021, in attuazione del suddetto art. 24 sono approvate le "Linee guida per l'elaborazione e la gestione dei Progetti Terapeutici individualizzati di presa in

⁴² Cfr. <https://www.regione.lazio.it/documenti/75141>.

⁴³ I capofila dei Centri polivalenti sono GNOSIS, ALICENOVA, NINFEE e GARIBALDI.



carico comunitaria sostenuti dal budget di salute”. In tale documento, il budget di salute è inteso come uno strumento volto a coinvolgere la persona con disabilità e la sua comunità nel processo di inclusione sociale, cercando di evitare l’isolamento individuale e l’esclusione sociale. Il PTI viene costruito attraverso l’utilizzo del budget di salute garantendo una presa in carico globale della persona che prevede il coinvolgimento della stessa, dei familiari, dei servizi pubblici e delle agenzie del privato sociale.

Con il Piano sociosanitario regionale del 2017, il Budget di Salute viene inserito all’interno dei percorsi terapeutici legati all’agricoltura sociale con l’obiettivo di permettere alle persone con disabilità di accrescere i propri livelli di autonomia e di migliorare il proprio benessere.

Nel 2021 la Regione, in esecuzione a quanto previsto dalla L.R. n. 17/2019 (art. 24 “Progetti terapeutici individualizzati”), approva le “Linee guida per l’elaborazione e la gestione dei Progetti Terapeutici individualizzati di presa in carico comunitaria sostenuti dal budget di salute” e obbliga i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Provinciali a “porre in essere gli opportuni adempimenti al fine di dare attuazione” a quanto previsto nelle linee guida. Sono previsti gli albi dei co-gestori dei progetti terapeutici individualizzati⁴⁴ in base ai principi generali enucleati dal D.lgs n. 117/2017, dalla delibera dell’ANAC n. 3/2016 - Linee guida per l’affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali⁴⁵ e dai due decreti della Regione Sicilia del 2012 e del 2016, sopra richiamati.

3.4.4 Friuli-Venezia Giulia

In Friuli-Venezia Giulia, nel 1998 vede la luce il primo progetto pilota di BdS, realizzato sulla scia del progetto individuale riabilitativo sperimentato nel 1996 con la chiusura dell’ospedale psichiatrico femminile di Sottoselva (Udine). L’esperienza fu rilevante anche per l’istituzione del “Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine” (art. 41 L.R. n. 6/2006), rivolto a finanziare prestazioni e interventi finalizzati a sostenere la domiciliarità delle persone non autosufficienti. A partire dal 2006 sono seguiti atti da parte della Regione per sostenere e sviluppare progetti di domiciliarità autosufficiente⁴⁶, fino ad arrivare alla L.R. n. 22/2019 per la “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria [...]”. In questa legge viene, con chiarezza, riconosciuto il ruolo del Terzo settore nella “cogestione del progetto personale entro il rapporto di partenariato”, strutturato nel perimetro:

- dell’“l’innovazione dell’assistenza sociosanitaria entro direttrici di solidarietà, partecipazione e sussidiarietà”. È valorizzato il protagonismo della comunità civile con sviluppo della collaborazione cooperativa nel rapporto fra enti pubblici ed enti del Terzo settore”;
- del partenariato nel quale “l’ente del Terzo settore co-programma, co-progetta e cogestisce con il soggetto pubblico il progetto personalizzato di assistenza, in particolare mediante apporto di occasioni di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività e socialità, formazione e lavoro, rimanendo in capo al servizio pubblico la responsabilità del percorso assistenziale

⁴⁴ Enti del Terzo settore iscritti al RUNTS, Consorzi e Associazioni Temporanee di Scopo (ATS). In questo ultimo caso, i requisiti complessivi devono essere garantiti dall’Ente capofila).

⁴⁵ Il 04/08/2022 sul sito dell’ANAC sono state rese pubbliche le nuove linee guida contenenti “Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali” (Delibera n. 382 del 27/07/2022) che ricadono sotto il Codice dei contratti pubblici (D.Lgs 50/2016 e s.m.i.), che sostituiscono le precedenti del 2016.

⁴⁶ DGR 671/2015 “Sperimentazione regionale abitare possibile e domiciliarità innovativa. Approvazione linee guida”; DGR 2089/2017 “Linee guida per l’abitare possibile e la domiciliarità innovativa”; DGR 1625/2019 “Abitare inclusivo”; DGR 122/2018 “Piano Regionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed età Adulta 2018-2020”; DGR 1625/2019 “Linee guida per la promozione e la realizzazione di forme sperimentali di abitare inclusivo, di cui all’art. 24 della L.R. 16 10 2014, n. 17: aggiornamento delle sperimentazioni di cui alla DGR 2089/2017 in materia di abitare possibile e domiciliarità innovativa”.



integrato”⁴⁷. Tutto ciò è in “piena armonia” con l’art. 55 del Codice del Terzo settore (D.lgs n.117/2017 e s.m.i.).

L’esperienza maturata in Friuli Venezia Giulia sul BdS/PTRI⁴⁸, che sin dall’inizio ha utilizzato gli strumenti della co-progettazione, co-gestione, co-produzione con le prime cooperative sociali e con il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, finalizzata e definita all’interno di strutture operative dei servizi socio-sanitari per l’inserimento lavorativo e abitativo delle persone da de-istituzionalizzare e per quelle a rischio di abbandono o di istituzionalizzazione, sarà il “metodo base del BdS/PTRI” adottato in tutto il Friuli Venezia Giulia .

Inoltre, il Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale dell’Azienda Sanitaria Universitaria “Friuli Centrale”, a seguito delle valutazioni operate sull’affidamento dei servizi relativi alla realizzazione di budget di salute nel quadriennio 2017– 2021, ha emanato l’avviso finalizzato alla “costruzione di un diverso sistema di opportunità a favore delle persone titolari di percorsi di cura con i Centri di Salute Mentale (CSM) del Dipartimento, prevedendo l’introduzione anche di un nuovo percorso, individuato nello strumento della co-progettazione, ai sensi del Codice del Terzo settore”⁴⁹.

Infine, con la L.R. n 16 del 2022 - Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia - la Regione attraverso un processo partecipativo ha coinvolto i portatori di interesse e la consulta regionale delle associazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie del FVG - Organizzazioni di volontariato (ODV)⁵⁰. La legge:

- riafferma l’applicazione a livello territoriale i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sulle disabilità⁵¹ individuando provvedimenti capaci di dare un significato operativo alle politiche pubbliche territoriali per quanto attiene ad ogni dimensione di vita di ogni persona. Le dimensioni spaziano dai bisogni sanitari e assistenziali, a quelli ricreativi e culturali, legati al trasporto, al lavoro o all’istruzione. Tutto ciò è finalizzato a generare provvedimenti/norme che siano in grado di apportare una oggettiva ed operativa modifica ai contesti/luoghi/spazi dove si dovrà rendere attiva la risposta (accessibile e accogliente) ai bisogni e alle necessità delle persone con disabilità;
- realizza, nella cornice del welfare comunitario, una razionalizzazione e sistematizzazione, ai vari livelli, del processo di governance, attraverso una concreta integrazione tra i vari attori nei processi di pianificazione e gestione;
- attribuisce e riconferma al Terzo settore un ruolo nelle politiche pubbliche territoriali rivolte alle persone con disabilità, per realizzare ed affermare concretamente la sussidiarietà (art. 20) circolare nei territori della Regione attraverso “meccanismi di regolazione dei rapporti che assicurino il coinvolgimento attivo anche degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento, in coerenza con il decreto legislativo 117/2017” (art. 21).

⁴⁷ Artt. 9 e 10, L.R. n. 22/2019.

⁴⁸ Messa in atto dal Dipartimento di salute mentale, dal coordinamento sociosanitario delle unità sanitarie locali, dal Comune e dalla Provincia di Pordenone e dall’area collaborativa dell’Oms del Centro Studi della Regione.

⁴⁹ Cfr. <https://asufc.sanita.fvg.it/export/sites/asufc/it/bandi-gara/allegati/FC22SER044-AVVISO-DI-COPROGETTAZIONE.PDF>.

⁵⁰ Cfr, Il documento finale della consulta: https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2023/03/Consulta_convegno-Udine-11feb23_legge-16-2022_FVG.pdf.

⁵¹ Cfr. <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>.



Questo approccio regolativo – inserito in un processo di governance sistemico di welfare comunitario - è considerato dal legislatore anche come la modalità più adeguata a estendere o rafforzare la costruzione di un sistema di opportunità di salute, abitative, lavorative e di socializzazione per l'inclusione delle persone con disabilità, prevede per il BdS, sulla scia della citata L.R. n. 22 del 2019, una dotazione finanziaria composta da risorse sia sanitarie che sociali - nonché integrabile con altre, di diversa natura - modulabile in base all'entità dell'investimento necessario alla realizzazione dei sostegni di cui la persona abbisogna. Tale dotazione finanziaria viene utilizzata, in via privilegiata, all'interno di un rapporto di cogestione tra i soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore e comunque nell'ambito di un sistema di presa in carico integrata (art. 24).

3.4.5 Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna rientra tra quelle che hanno adottato il budget di salute come strumento integrato di gestione degli interventi sociosanitari. Nel 2011 la Consulta regionale per la salute mentale ha istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende Usl e della Regione per approfondire la metodologia del Budget di Salute, inteso come “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). Questo lavoro si è sviluppato dalla necessità di rispondere ai bisogni sociosanitari di utenti che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi terapeutico-riabilitativi offerti dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)⁵².

Di seguito un excursus dei principali provvedimenti normativi ed attuativi messi in campo dalla regione Emilia-Romagna per attuare lo strumento del budget di salute:

- deliberazioni di Giunta Regionale n. 478/2013 e n. 805/2014 con le quali si è provveduto ad attuare una rimodulazione delle risorse per il “Piano attuativo salute mentale e superamento ex OO.PP.” destinandole ad attività di tipo sociosanitario per la popolazione afferente ai Centri di Salute Mentale (CSM), in relazione agli indirizzi contenuti nel citato Piano attuativo salute mentale (DGR 313/2009)⁵³;
- deliberazioni di Giunta Regionale 20 ottobre n. 1554/2015 “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti con la metodologia Budget di Salute”;
- deliberazioni di Giunta Regionale 13 luglio n. 901/2015 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2015”;
- deliberazioni di Giunta Regionale 21 dicembre n. 2307/2016 “Programma regionale dipendenze patologiche – obiettivi 2017/2019”;
- deliberazioni di Giunta Regionale 28 settembre n. 1232/2020 “Piano attuativo salute mentale e superamento ex OO.PP. Riparto e assegnazione del fondo alle Aziende Sanitarie per l'anno 2020”;

⁵² Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti con la metodologia budget di salute.

⁵³ La regione Emilia-Romagna, con le Deliberazioni n. 478/2013 e n. 805/2014, ha promosso con un apposito finanziamento dedicato il “Programma Budget di Salute



- intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti" - Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022⁵⁴.

Grazie ad un accordo di collaborazione sottoscritto il 31 marzo 2021 tra il Ministero della Salute e la Regione Emilia-Romagna, è stato realizzato il Progetto "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute", nell'ambito del quale è stato elaborato il documento "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti", approvato poi dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Conferenza Unificata il 6 luglio 2022.

La proposta progettuale rispondeva all'esigenza di mappare le diverse esperienze regionali/provinciali e di proporre linee di indirizzo o raccomandazioni nazionali che potessero supportare le Regioni e le Province Autonome nell'adozione di questo strumento.

Le Unità operative coinvolte sono state l'Istituto superiore di Sanità, servizio di coordinamento e supporto alla ricerca, e la AUSL di Parma. Al progetto hanno aderito tutte le Regioni e Province autonome.

Tab.3: Obiettivi del Progetto

Obiettivo generale	Favorire la conoscenza e la promozione della metodologia del Budget di Salute nelle Regioni e PA, enucleandone gli elementi qualificanti per i percorsi di salute mentale, con particolare riferimento alla finalità di mantenere la persona nel suo ambiente di vita e prevenire l'istituzionalizzazione.
Obiettivo specifico 1	Sostenere a livello multicentrico un'analisi sulla metodologia Budget di Salute mediante la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità.
Obiettivo specifico 2	Avviare un confronto nazionale per raccogliere le buone pratiche regionali attraverso una Consensus Conference che veda coinvolti tutti gli attori, persone, familiari e loro Associazioni, servizi Sociali e Sanitari, Terzo settore, Volontariato e portatori d'interesse della società civile.
Obiettivo specifico 3	Promuovere percorsi di Formazione e diffusione di materiale didattico, scambi di esperienze e competenze.

I risultati del progetto sono stati illustrati nel corso del convegno finale organizzato a Bologna dal Ministero della sanità e dalla regione Emilia-Romagna il 12 maggio 2023.

In Emilia-Romagna l'agricoltura sociale è disciplinata dalla Legge regionale n. 1 del 24 Gennaio 2022 "Norme in materia di agricoltura sociale". Fino ad allora non esisteva una specifica disciplina e la materia era regolamentata dalla legge regionale n. 4 del 31 marzo 2009, e relative norme attuative, su agriturismo e multifunzionalità delle aziende agricole, in riferimento alle attività dell'agriturismo per gli ospiti aziendali. A fianco del quadro normativo esistente, la presenza diffusa di realtà che praticano l'AS, le competenze degli operatori e l'attenzione della Regione e delle ASL, delineano un contesto favorevole per una efficace applicazione dello strumento del BdS.

⁵⁴ Il documento, è stato elaborato in modalità condivisa con tutte le Regioni e Province autonome italiane, nell'ambito del Progetto "Soggetto, persona, cittadino" [12 maggio Programma convegno Budget di salute.pdf \(aosp.bo.it\)](#) finanziato dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e AUSL di Parma. (da inserire a piè di pagina)



4. Il budget di salute in agricoltura sociale in Emilia-Romagna

Come è stato rilevato nella prima parte del presente lavoro, avere informazioni precise sull'utilizzo del BdS a livello nazionale – in assenza anche di una legge quadro con indicazioni uniformi per il territorio - non è possibile, poiché non abbiamo dei dati ufficiali. Gli unici dati disponibili – che possiamo considerare indicativi ad oggi e quindi non completi – provengono dagli esiti finali del progetto “Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute”⁵⁵, nato con l'obiettivo di implementare il modello del BdS quale strumento per favorire l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità. Il progetto, con una dotazione finanziaria di 140mila euro, è stato finanziato alla Regione Emilia-Romagna dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, con lo scopo di mappare e dare valore ai modelli di intervento efficaci in determinati contesti territoriali al fine di renderli trasferibili in altri territori. I dati di cui sopra riferiscono che 14 regioni su 19 - tra il 2019 e il 2020 - hanno attivato progetti/esperienze di BdS e che i beneficiari sono stati complessivamente 5.477 in Campania, Emilia- Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Lazio (Camera dei deputati 2022)⁵⁶.

Le esperienze territoriali riportate in questo capitolo riguardano alcune Regioni che hanno applicato il BdS/PTRI in agricoltura sociale e che si sono rese disponibili a fornire informazioni circa le esperienze realizzate. Non si tratta dunque di un quadro completo delle esperienze fatte o in corso di realizzazione, ma di una prima raccolta di informazioni che possono aiutare a comprendere questa specifica tipologia di pratiche di AS.

Per ciascuna esperienza vengono presentate le modalità organizzative e di gestione del BdS in agricoltura sociale, le modalità di coinvolgimento delle persone e delle famiglie nell'elaborazione e realizzazione del PTRI, il sistema di rete attivato e le modalità di valutazione.

4.1. Modalità di programmazione e gestione

In Emilia-Romagna è stato costituito un programma per la promozione delle linee regionali di indirizzo sul BdS, contenuto nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 1554/2015, che lo definisce come uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato 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. I BdS sono rivolti non solo a persone affette da disturbi mentali gravi, ma sono destinati

⁵⁵ Al progetto della Regione Emilia-Romagna, realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'AUSL di Parma, hanno aderito tutte le Regioni, le Province Autonome e gli Enti locali, nonché persone, familiari, associazioni di settore, servizi sociali e sanitari, terzo Settore, volontariato e portatori di interesse della Società civile. Dal progetto è scaturita anche la proposta – condivisa con tutte le Regioni e le PP.AA. – delle “Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”, per supportare le Regioni, le Province Autonome e gli Enti locali nell'adozione dello strumento del BdS (<https://osservatorionazionaleautismo.iss.it/documents/20126/151568/LineeIndirizzoBdS.pdf/041c19af-6fb4-fd39-e642-a4d28352e95b?t=1636123328689>). Dal 27 luglio al 10 settembre 2021 le stesse Linee programmatiche sono state oggetto di consultazione pubblica da parte del Ministero della Salute e il 06/07/2022 c'è stata l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali (<https://www.statoregioni.it/media/5014/p-11-cu-atto-rep-n-104-6lug2022.pdf>). I risultati del progetto sono stati presentati il 12.05.2022 – link di riferimento: https://www.youtube.com/watch?v=gru0bE_e7pc).

⁵⁶ Budget di salute: esperienze regionali e dottrina di interesse, in Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare/Studi Affari sociali, 01/06/2022.



anche a soggetti affetti da disabilità sociale conseguente a malattie psico-organiche o a marginalità sociale ed altre condizioni. Questo primo programma regionale è stato realizzato grazie al coordinamento dell'AUSL di Parma e dei rappresentanti di Aziende sanitarie, Comuni, Consulta salute. Sono stati, inoltre, predisposti gli indirizzi per la realizzazione delle valutazioni multiprofessionali nei progetti con BdS, e ricerche valutative sugli esiti di questi progetti. Infine, il Piano sociale e sanitario regionale⁵⁷ 2017-2019 ha individuato nel BdS uno degli obiettivi da monitorare con indicatori specifici regionali e distrettuali. In seguito, un accordo di collaborazione tra la Regione e il Ministero della Salute 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". Nell'ambito del progetto, che aveva una durata di 24 mesi, sono state predisposte nel 2022 le linee guida nazionali "Progettare il budget di salute con la persona"⁵⁸ messe a punto 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). Questo documento rappresenta, al momento, l'unico riferimento a livello nazionale che abbia una fonte governativa e che entra nel merito della definizione e organizzazione del BdS. Il progetto ha coinvolto, attraverso una consultazione pubblica, anche i portatori di interesse della società civile, le Associazioni del volontariato e i rappresentanti dell'Anci (Associazione nazionale comuni italiani). Inoltre, in Emilia-Romagna, già dal 2011, la Consulta regionale per la salute mentale ha istituito un gruppo di lavoro composto da familiari, professionisti delle Aziende Usl e della Regione per approfondire la metodologia del BdS in alternativa al rischio di abbandono o di istituzionalizzazione di soggetti affetti da disturbi psicopatologici; successivamente, la Regione ha promosso con un apposito finanziamento dedicato⁵⁹, il "Programma Budget di salute", per diffondere questa metodologia negli interventi socio-sanitari di tutti i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) regionali. Nel 2013 sono, infatti, stati realizzati oltre 200 progetti individualizzati nell'area regionale. Considerati i primi positivi risultati che avevano evidenti vantaggi rispetto alla qualità della vita, la Consulta ha incoraggiato la prosecuzione di questi percorsi, auspicando nuovi indirizzi regionali per formalizzare il modello. Dal 2016, è attivo un tavolo regionale che accompagna proprio il percorso di attivazione e implementazione delle Linee regionali di questo modello terapeutico adottato nei DSM-DP delle Aziende sanitarie.

Il BdS ha una durata massima di due anni, eventualmente rinnovabile fino a quattro con la metodologia Budget di Salute, e l'intensità del progetto terapeutico-riabilitativo è determinata dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale e multidisciplinare (UVM)⁶⁰, che valuta le proposte di progetto, verificandone l'appropriatezza in termini di coinvolgimento e condivisione di tutti i partner interessati.

⁵⁷ Il Piano sociale e sanitario regionale è lo strumento triennale di programmazione con cui la Regione "definisce politiche integrate tra i diversi settori della vita sociale ed in particolare in materia di politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro, culturali, urbanistiche ed abitative"

⁵⁸ È previsto che il documento possa essere inviato per l'approvazione alla Conferenza Stato-Regioni.

⁵⁹ Nel riparto alle Aziende sanitarie del Fondo per l'Autonomia possibile – Salute mentale, deliberato annualmente dalla Giunta regionale, in precedenza destinato ai soli pazienti provenienti dagli Ospedali psichiatrici e successivamente rimodulato per l'assistenza sociosanitaria dei pazienti del CSM sono previste risorse da destinare prioritariamente agli interventi con il modello del Budget di salute. DGR 478/2013; DGR 805/2014 (Regione Emilia-Romagna "LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI CON LA METODOLOGIA BUDGET DI SALUTE", 2016).

⁶⁰ L'UVM è costituita da una componente fissa - Direttore del DSM o suo delegato e Dirigente del Servizio Sociale o suo delegato - ed una componente variabile ed eventuale definita caso per caso: psichiatra ed assistente sociale di riferimento, infermiere di riferimento ed altri operatori, MMG/PLS, il paziente, i familiari, AdS.



Box 2: Regione Emilia-Romagna “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia Budget di Salute”, 2016

Progettare il budget di salute con la persona
Le linee programmatiche dell’ISS 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. Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Il Budget di Salute è a governo e coordinamento pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un operatore sanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. La componente sociale è a garanzia dei diritti/doveri di cittadinanza; quella sanitaria per il diritto alla salute e all’abilitazione. Ciascun servizio fa riferimento alla propria normativa per erogare gli interventi. L’Equipe sociosanitaria preposta alla realizzazione del budget di salute deve essere composta da almeno un operatore sanitario e sociale. La componente sanitaria è rappresentata dagli operatori sanitari che hanno in carico la persona anche considerando eventuali comorbidità. La componente Sociale è rappresentata dall’assistente sociale dell’Ente Locale eventualmente coadiuvata da altri operatori educativi o sociali. Qualora i componenti non abbiano potere decisionale in merito alle fonti di finanziamento, si rende necessaria la convalida secondo il modello dell’Unità di Valutazione Multiprofessionale. L’équipe sociosanitaria con potere decisionale o l’Unità di Valutazione Multiprofessionale, avvalendosi degli elenchi di soggetti qualificati, è il soggetto responsabile della ricerca e accompagnamento della persona nell’individuazione del servizio/percorso/intervento in grado di assicurare all’utente la risposta più idonea. Per la definizione del Budget di Salute occorre effettuare la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse con un approccio capacitante. La valutazione deve essere condotta nella relazione e nel dialogo con la persona. L’Equipe sociosanitaria deve prevedere il contributo della persona stessa, dell’eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all’autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, dove possa consapevolmente investire le proprie risorse anche economiche. La valutazione prevede l’utilizzo di strumenti validati e standardizzati atti a indagare le diverse ⁶¹aree: area clinica, del funzionamento psicosociale, della qualità di vita, della motivazione al cambiamento e del gradimento.

Un aspetto che caratterizza il progetto è la presenza di un’équipe con proprio responsabile che è costituita da uno psichiatra referente del caso, un assistente sociale, operatori sanitari e/o sociali, utente, familiari, operatori dell’ente gestore, eventuali volontari o altri partner in qualche modo collegati o interessati, che ha il compito di formalizzare e definire il progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI).

Dal punto di vista amministrativo annualmente l’AUSL definisce le risorse da mettere a disposizione del DSM-DP per l’attivazione di Progetti da realizzarsi con il Budget di salute individualizzato in relazione sia ai diversi ambiti sia al loro grado di intensità.

In tema di agricoltura sociale la collaborazione principale è con la cooperazione sociale, cooperative di tipo a e b con rapporti di convenzione. I principali strumenti utilizzati sono stati l’accordo quadro e le gare di appalto.

⁶¹ Regione Emilia-Romagna “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia Budget di Salute”, 2016.



4.2 Sistema di rete per l'elaborazione del PTRI

Il BdS mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona; infatti, in base alle valutazioni condotte considerando tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il PTRI che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. La fase attuativa del PTRI prevede la sottoscrizione di un accordo in cui sono definite le risorse e gli impegni assunti da ogni parte coinvolta. L'accordo deve essere sottoscritto da:

- persona;
- eventualmente da un suo familiare/caregiver se coinvolto, e con il consenso della persona assistita;
- tutore/amministratore di sostegno se presente;
- équipe sanitaria curante;
- équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'Ente Locale;
- referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'Elenco di soggetti qualificati.

Il Codice del Terzo settore rappresenta, in modo coerente con gli obiettivi dei PTRI, la fonte normativa per la regolazione dei progetti, delle modalità e degli interventi compresi nel Budget di Salute. I progetti, infatti, contemplano interventi, percorsi ed attività che, da un lato, devono provenire da un'ampia gamma di soggetti e, dall'altro, devono opportunamente essere condivisi tra enti pubblici, organizzazioni non profit e utenti/beneficiari e le loro famiglie. Per sostenere i percorsi individuati con BdS, le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali condividono una co-programmazione⁶², coinvolgendo gli Enti del Terzo settore, per identificare i bisogni da soddisfare, gli interventi necessari, le modalità di realizzazione degli stessi e le risorse disponibili. La formalizzazione di questa co-programmazione avviene attraverso l'accordo di programma, in analogia e raccordo con quanto previsto per la programmazione dei piani di zona (L 328/2000), per definire e condividere le risorse economico-finanziarie (budget di salute aziendale, budget dell'ente locale, dell'assistito e di comunità) necessarie alla realizzazione dei programmi e interventi sociosanitari con BdS.

Box 3: Caratteristiche degli elenchi qualificati secondo la Regione Emilia-Romagna

Gli Elenchi dei soggetti costituiti con le procedure indicate divengono il riferimento per la scelta dei soggetti partecipanti al singolo progetto con le seguenti fasi applicative:

- la persona è già in cura ai servizi sanitari e sociali e viene sviluppata una prima ipotesi progettuale di massima con una fase di progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto inclusa la persona;
- al termine della progettazione viene sottoscritto il BDS e identificato il Case Manager;
- il Budget di Salute diviene esecutivo con la sottoscrizione dell'accordo/contratto;
- il Case Manager coordina le azioni di verifica e monitoraggio ad opera dell'équipe.

La fase di co-progettazione coinvolge non solo gli enti del terzo settore, ma tutti i soggetti interessati alla costruzione del Budget di Salute (es. associazioni, cooperative, famiglie e privati). Le aziende sanitarie e gli enti locali hanno la possibilità di istituire, attraverso un avviso pubblico, Elenchi di soggetti qualificati, che saranno coinvolti in modo attivo nella definizione delle attività, dei percorsi e degli interventi socio sanitari

⁶² Articolo 55 D.lgs 117/2017 e s.m.i.



(ad es. socio assistenziali, socio educativi, socio occupazionali e socio riabilitativi), destinate alle persone in carico ai servizi sanitari e sociali con progetti finalizzati al recupero di autonomie ed al reinserimento sociale, secondo il modello del BdS.

Per quanto riguarda la fase di attuazione del BdS possono essere coinvolti i familiari e va incentivata la partecipazione attiva delle figure di utenti esperti per esperienza (ESP), o facilitatori, sulla base delle evidenze consolidate in diverse regioni nell'ambito di percorsi di formazione dedicati. Inoltre, è opportuno sottolineare che è necessaria, nell'attuazione del BdS, la centralità della persona, affinché tutte le risorse siano messe in gioco, e non solo quelle economiche.

4.3 Monitoraggio e valutazione

Il Budget di Salute nella fase attuativa deve essere costantemente monitorato e verificato dall'équipe sociosanitaria, almeno annualmente, con la partecipazione attiva della persona. L'azione di monitoraggio e di verifica è coordinata dal Case manager, che può essere di ambito sanitario o sociale, identificato già in fase progettuale. La verifica prenderà in considerazione anche indicatori di esito (ISS, 2022).

Per quanto riguarda il monitoraggio al momento la Regione raccoglie il numero di BdS attivati sfruttando anche la cartella condivisa. Il progetto BdS prevede, oltre che il passaggio in Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM), anche la raccolta della compilazione dell'avviso. Questo consentirà di fare la verifica di esito. Più localmente è stata fatta una ricerca con follow up specifico relativo all'applicazione del BdS per soggetti con esordi psicotici, usando delle scale di valutazione di tipo clinico, ma anche la Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) e altre semplicemente di gradimento e soddisfazione della persona. Le valutazioni effettuate hanno evidenziato come i soggetti che prevedevano l'applicazione del BdS hanno proseguito il percorso di cura, con un numero inferiore di abbandoni rispetto ai soggetti con altre tipologie di intervento.

4.4 Punti di forza e criticità

La revisione sistematica della letteratura internazionale, realizzata nell'ambito delle Linee programmatiche nazionali del 2022, considerando anche i diversi contesti, non sempre comparabili, ha evidenziato che i principali risultati per le persone con disturbi di salute mentale che utilizzano il Budget di Salute sono da individuare soprattutto nella possibilità di scelta e controllo del paziente sul suo percorso di recupero. L'uso del BdS ha mostrato diversi benefici nella responsabilizzazione del paziente, nell'impegno delle parti interessate, nel coinvolgimento delle cure ma anche del personale nella definizione del progetto. Inoltre, il Budget di Salute ha migliorato gli esiti clinici degli utenti, la qualità della vita, l'impegno nel lavoro retribuito nelle esperienze lavorative e di vita indipendente, e hanno avuto un riflesso positivo sull'intera famiglia e sul contesto di supporto. Le evidenze hanno anche rilevato che il Budget di Salute ha favorito cambiamenti significativi nel modo in cui le risorse sono state utilizzate e negli approcci di intervento personalizzati e ha determinato risparmi sui costi per le famiglie e per i Sistemi Sanitari Nazionali. Diversi studi, però, hanno anche evidenziato alcune preoccupazioni per l'applicazione del modello BdS, soprattutto da parte di familiari che hanno percepito come difficile e stressante la gestione e le procedure del Budget di Salute e le sue modalità di applicazione con i professionisti, tanto da farli sentire meno coinvolti nella cura dei loro cari. Nonostante questo, nel caso regionale il valore della comunità che contribuisce al progetto della persona rappresenta un punto di forza. Le criticità, invece, riguardano la questione amministrativa, in particolare le vie per perseguire un budget di salute che sia condiviso e che veda non soltanto la sanità presente ma anche tutti gli attori che partecipano.



5. Il budget di salute in agricoltura sociale in Friuli-Venezia Giulia

5.1 Modalità di programmazione e gestione

Per quanto riguarda la programmazione e successiva gestione dei percorsi in agricoltura sociale in Friuli-Venezia Giulia, un importante riferimento normativo è individuabile già nel Piano Sanitario Regionale, indicato nel prosieguo, (PSR) 2014-2020. Infatti, gli interventi a supporto dell'AS rientrano principalmente nelle misure 6 "Sviluppo delle aziende agricole e delle imprese", 7 "Servizi di base e rinnovamento dei villaggi nelle zone rurali", 16 "Cooperazione". Tali misure si richiamano ad azioni di diversificazione delle attività agricole, sviluppo di attività economiche extra-agricole in ambito sociale, integrazione tra il mondo agricolo e i servizi sociali e sociosanitari.

Di particolare interesse, è la misura 16.7.1 "Strategie di cooperazione per lo sviluppo territoriale" che incentiva la costituzione di partenariati pubblico-privato per la gestione e lo sviluppo di progetti di sviluppo territoriale che integrino obiettivi di sviluppo economico, valorizzazione ambientale, culturale e paesaggistica e inclusione sociale."

A valere su questo intervento sono stati presentati nel 2017 alcuni progetti a livello regionale.

In Friuli-Venezia Giulia la prima Legge Regionale in materia è la n° 18/2004, che prevede l'erogazione di contributi "a favore dei Comuni per sostenere le attività organizzate e svolte nelle fattorie sociali, inserite nell'elenco tenuto e reso pubblico dall'ERSA, a favore di persone che presentano forme di fragilità o di svantaggio psicofisico e sociale".

La L.R. n° 17/2008 introduce inoltre una sperimentazione specifica: "l'Amministrazione Regionale sostiene l'attività di studio e sperimentazione preordinata all'avvio e al consolidamento di azioni integrate finalizzate allo sviluppo di fattorie sociali orientate all'inclusione socio-lavorativa dei soggetti svantaggiati in una prospettiva di affermazione del welfare comunitario. La sperimentazione trova attuazione nelle Aziende Sanitarie e ha come obiettivo l'ampliamento delle opportunità socio-lavorative offerte dalle fattorie sociali stesse, nonché l'individuazione di interventi legislativi e normativi atti a favorire rapporti stabili fra cooperative sociali e aziende agricole e lo sviluppo di una rete di fattorie sociali sul territorio regionale."

Le modalità per il riconoscimento, i requisiti e gli obblighi delle fattorie didattiche e delle fattorie sociali sono disciplinati dal Regolamento di cui al D.P.R n° 47 del 6 marzo 2015.

In particolare, le fattorie didattiche sono aziende agricole o agrituristiche nelle quali viene svolta attività di accoglienza ed educazione e viene offerta l'opportunità di conoscere le attività delle aziende. Assumono la qualifica di fattoria sociale quando estendono i loro servizi a favore di persone o a fasce di popolazione che presentano forme di fragilità o di svantaggio psico-fisico o sociale, attraverso l'offerta di servizi educativi, culturali, di supporto alle famiglie ed alle istituzioni didattiche.

In base a tale Regolamento, possono presentare richiesta di riconoscimento all'Agenzia Regionale per lo Sviluppo Rurale, ERSA, le Fattorie didattiche, le aziende agricole il cui titolare o dipendenti abbiano frequentato specifico corso di formazione dell'ERSA (che detiene il Registro Regionale), che abbiano stipulato assicurazione per responsabilità civile, che dispongano di materiale di primo soccorso facilmente accessibile, che abbiano rimosso i potenziali rischi e materiale pericoloso, e siano dotate di spazi e servizi igienici adeguati, e infine che presentino un progetto didattico.



A seguito del raggiungimento dello status di fattoria didattica, la stessa può chiedere il riconoscimento di Fattoria sociale.

Oltre ai requisiti di cui sopra, le fattorie sociali devono essere dotate di strutture ed attrezzature finalizzate ad attività ludiche o terapeutiche attraverso l'impiego di animali o di produzioni agricole aziendali; essere dotate di attrezzature atte ad offrire servizi nei quali gli ospiti si sentano attivi e partecipi al fine di trarre benefici sul piano fisico, mentale, sociale e psicologico; elaborare e presentare dei progetti di carattere sociale.

A seguito del raggiungimento dello status di fattoria didattica, la stessa può chiedere il riconoscimento di Fattoria sociale.

Dal 2018 la Regione FVG, conformemente a quanto previsto dalla legge 18 agosto 2015, n. 141 (Disposizioni in materia di agricoltura sociale), con la Legge regionale n.2 del 06/02/2018 "Modifiche alla legge regionale 8 agosto 2000 n. 15 – disposizioni in materia di agricoltura sociale e relative al fondo di rotazione per interventi nel settore agricolo, conformemente a quanto previsto dalla legge 18 agosto 2015, n. 141 (Disposizioni in materia di agricoltura sociale), promuove l'agricoltura sociale quale aspetto della multifunzionalità delle imprese agricole e delle cooperative sociali al fine di: a) arricchire l'offerta del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), con gli interventi innovativi dell'agricoltura sociale; b) promuovere e sostenere lo sviluppo economico, sociale e comunitario del territorio, ampliando e consolidando, nel contempo, le opportunità di inclusione sociale e di occupazione nonché di reddito per le imprese agricole e le cooperative sociali; c) valorizzare l'utilizzo delle risorse materiali ed immateriali dell'agricoltura in integrazione con le attività sociali per generare benefici inclusivi, sostenere l'inserimento sociale e lavorativo delle fasce di popolazione svantaggiate o a rischio di marginalizzazione, favorire percorsi abilitativi e riabilitativi, nonché promuovere lo sviluppo e la coesione in ambito locale secondo criteri di responsabilità etica e nel rispetto dell'ambiente; d) favorire le sinergie tra i servizi pubblici, il terzo settore, l'imprenditoria agricola, i consumatori e gli operatori dell'economia solidale così come definiti dalla legge regionale 23 marzo 2017, n. 4 (Norme per la valorizzazione e la promozione dell'economia solidale).

5.2 Coinvolgimento della persona e della famiglia nella elaborazione del PTRI

La normativa in materia di integrazione sociosanitaria orienta l'organizzazione degli interventi secondo un approccio guidato dal bisogno, che ricolloca al centro del sistema la persona con i problemi legati al suo stato di salute, e al contempo la valorizza come portatrice di risorse in termini di saperi, competenze, legami che un progetto di intervento deve saper cogliere e promuovere. L'approccio guidato dalla domanda favorisce l'autoattivazione delle persone e dei contesti, promuove la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità, considera e incide sui determinanti socio-economici, la cui importanza è dimostrata in particolare nelle aree dell'integrazione sociosanitaria. Con l'adozione della Legge regionale 22/2019 il progetto personalizzato viene definito nell'ambito del riordino del sistema sanitario e sociosanitario, prevedendone l'impiego nelle diverse aree di integrazione sociosanitaria (salute mentale, minori, disabilità, anziani, dipendenze), garantendone la realizzazione attraverso il dispositivo del budget di progetto e per quota parte enucleata, del budget di salute. Rappresenta l'esito di un'attività di valutazione multidimensionale a cui partecipa la persona, la famiglia (artt 7, 8, 9,10).



Nell'ambito degli obiettivi previsti dal Piano Regionale Salute Mentale 2018-2020, a partire dalle attività realizzate dal Tavolo Tecnico regionale, nel 2019, si è realizzata un'attività formativa dal titolo: "L'impiego dei Budget di Salute nei Dipartimenti di Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia", ed è stato adottato un Capitolato unico a livello regionale relativo alla cogestione dei progetti personalizzati supportati da Budget di salute con il Terzo Settore. Si è conclusa inoltre, nel 2021, una prima attività di ricognizione dei profili delle persone titolari di budget individuali di salute in carico ai Dipartimenti di salute mentale regionali con valutazione degli esiti, attraverso follow up a uno e due anni rivolto al 65% dei beneficiari dello strumento. Si è verificata infine l'efficacia dello stesso attraverso attività di valutazione con gruppo di controllo.

Collocato entro queste premesse, il BdS è, in sintesi, uno strumento che – stante un ammontare di risorse definito e commisurato ai bisogni della persona considerati in ottica multidimensionale – impiega tali risorse in modo flessibile su ambiti diversi – la relazione, l'abitazione, il lavoro – sulla base di un progetto condiviso con la persona chiamando quindi in causa una pluralità di soggetti sociali diversi e responsabilizzando ciascuno, a partire dal destinatario. Si configura quindi come uno strumento per la personalizzazione degli interventi, una tecnologia di governance, ovvero di regolazione dei rapporti tra soggetto pubblico e soggetti del terzo settore, un dispositivo di integrazione sociosanitaria e, se orientato verso processi di contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, un vettore capace di innovare la rete stessa dei servizi sociosanitari. A questo proposito, va evidenziato come da un punto di vista normativo e di regolamentazione, il quadro di riferimento appaia tuttora poco organico, soprattutto rispetto alla concreta possibilità di organizzare e gestire un efficace modello di governance a supporto del riorientamento del sistema. D'altra parte, incidono direttamente sulle possibilità di declinazione ed utilizzo dello strumento, da un lato, il quadro composito della normativa nazionale e regionale (Livelli Essenziali di Assistenza ed integrazione sociosanitaria, gli atti di pianificazione e programmazione regionali in tema di salute e servizi sociosanitari, il Codice degli Appalti ed il Codice del Terzo settore, corredati dalle linee guida ANAC, dalle sentenze dei tribunali amministrativi, ecc.) e dall'altro i concreti assetti organizzativi dei servizi. Risulta pertanto ancora difficoltoso adottare strumenti progettuali e tecnico-amministrativi utili a promuovere le alleanze trasversali tra enti, le "geometrie variabili" dei partenariati pubblico-privati, nonché il diretto coinvolgimento dei cittadini, singoli e associati, entro un sistema coordinato e integrato.

5.3 Sistema di rete per l'elaborazione del PTRI

Le nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, in ambito sociosanitario, sono finalizzate alla valorizzazione della partecipazione di "soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati" - Legge Quadro, 328/2000 (Italia, 2000). La profonda trasformazione dei sistemi di welfare necessita di un continuo lavoro di riorientamento delle risorse economiche umane e professionali e di una permanente valutazione sulle metodologie impiegate. Al fine di garantire una maggior efficacia degli interventi in campo e la sostenibilità stessa dei nuovi sistemi integrati si rende necessario investire nella valorizzazione dei legami di comunità e sul rafforzamento delle reti naturali di sostegno, nella creazione di forme di partenariato e di partecipazione attiva di tutti gli attori attraverso la costruzione di processi di autodeterminazione e coesione. Il raggiungimento di questo duplice obiettivo implica una visione intersettoriale "di comunità", capace di connettere le diverse istanze presenti nella società civile e nelle sue microespressioni, coniugando istanze sociali e sanitarie con quelle economiche culturali e ambientali di un dato territorio. I partenariati tra settore pubblico e gli Enti del Terzo Settore, in ambito sociosanitario, sono oggi soggetti a spinte normative spesso contrapposte che da un lato ne valorizzano il ruolo e la funzione e dall'altro impongono formule contrattuali ancora insufficienti a realizzare pienamente la potenzialità insita in tali partenariati in termini di valore



emergente, incremento del capitale sociale, coproduzione di opportunità per l'inclusione e non da ultimo sostenibilità ed efficacia degli interventi stessi.

Il sistema di rete viene attivato attraverso accordi integrati tra servizi sanitari e socio sanitari, con il supporto di partner esterni, come scuole, aziende agricole, cooperative, fattorie sociali e Enti del Terzo settore, con i quali viene definito il Piano terapeutico individualizzato in accordo con l'utente ed eventualmente la famiglia.

5.4 Monitoraggio e valutazione

Non risulta attualmente avviata alcuna attività di monitoraggio e valutazione dei progetti in agricoltura sociale finanziati col Budget di salute.

5.5 Punti di forza e criticità

Uno dei maggiori punti di forza è costituito dal recupero delle persone che necessitano di un Programma abilitativo individualizzato per il raggiungimento della possibilità e capacità di fruizione del pieno diritto di cittadinanza, in aree quali la salute, l'abitare, l'istruzione, la formazione, le relazioni sociali.

Una delle criticità maggiormente riscontrate dagli operatori è la mancanza del regolamento previsto dalla Legge Regionale n.2/2018 che avrebbe dovuto essere adottata a seguito dell'emanazione del decreto sui "Requisiti minimi e delle modalità relative alle attività di agricoltura sociale" (D.M. n. 12550 21 dicembre 2018) che avrebbero dovuto definire, oltre alle modalità e i criteri di riconoscimento degli operatori dell'agricoltura sociali, anche l'elenco esemplificativo delle principali pratiche di agricoltura sociale realizzate in regione e le modalità di controlli da parte di ERSA, anche in collaborazione con le strutture regionali competenti per i servizi e le prestazioni erogate.

La norma regionale inoltre dedica l'art.10 (Collaborazione con i servizi sociosanitari) al rapporto dell'agricoltura sociale con i servizi sociosanitari indicando che le attività debbano essere coordinate con il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali L.6/2006 e inserite nei PDZ e realizzate in collaborazione con i soggetti del sistema integrato dei servizi senza però nessun riferimento alle modalità di collaborazione. Questo implica che, nonostante l'interesse e le disponibilità finanziarie per i Budget di Salute la loro attivazione in Agricoltura Sociale, in particolare nelle Aziende Agricole quindi non Enti del Terzo Settore, è incerta la legittimità di procedere in co-progettazione. Questo comporta che gli inserimenti nelle Aziende Agricole avvengono attraverso l'utilizzo di diversi strumenti (FAP, progetti specifici, affidamenti, tirocini inclusivi) oltre al Budget di Salute creando incertezza e confusività per le Aziende.

In assenza del regolamento regionale e delle linee guida per l'attività delle istituzioni pubbliche in materia di Agricoltura Sociale come previsto dalla lettera 9 del comma 1 dell'art. 7 della L. 141/2017 rimangono incerte alcune questioni relative alle figure professionali preposte all'erogazione dei servizi e la loro formazione, e l'individuazione dell'autorità competente in materia sociosanitaria a cui notificare l'avvio dell'attività.



6. Le esperienze del territorio

6.1 Emilia-Romagna

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 e lo applica con successo anche all'agricoltura sociale. Quest'ultima rappresenta un ambito applicativo di interesse in quanto facilita un'attiva collaborazione tra tutti gli attori, pubblici e privati, che partecipano al processo di progettazione e gestione del Bds.

6.1.1 L'esperienza di Emc2

Emc2 Onlus⁶³ è una cooperativa sociale di tipo B sub A avviata nel 2003, divenuta Consorzio con 5 sedi operative nel 2013 grazie alla fusione di quattro cooperative attive nel territorio di Parma e Provincia (Averla, La Giunchiglia, Garabombo, Eumeo) con l'obiettivo di valorizzare il lavoro quale occasione per l'inserimento nella società per persone escluse dai circuiti produttivi e in situazioni di svantaggio. Nel suo ambito è la maggiore cooperativa sociale della Provincia di Parma per fatturato, numero di addetti e di risorse. La sua *mission* è garantire occupazione e buone condizioni economiche, sociali e professionali ai soci e ai lavoratori; il valore aggiunto è la capacità di assolvere ad una funzione sociale combinandola con la competitività nei mercati di riferimento, garantendo ai clienti servizi di qualità, innovazione, efficienza, anche in collaborazione con altre imprese, profit e no-profit. Una caratteristica della Cooperativa è la presenza dell'attività agricola come ambito in cui è possibile realizzare l'inserimento lavorativo; ciò permette di coniugare l'obiettivo dell'inclusione sociale con quello della sostenibilità ambientale. Presso la Fattoria di Vigheffio, dove avviene la produzione agricola, vengono infatti prodotti ortaggi con metodo biologico, che vengono successivamente venduti presso il punto vendita della Cooperativa. Vengono inoltre promossi progetti e laboratori di agricoltura, giardinaggio e apicoltura sociale, con l'intento di creare uno spazio inclusivo e partecipato. La Fattoria diventa così un laboratorio di sperimentazione per nuovi modelli di intervento socio-sanitario in un contesto agricolo particolarmente attento alle tematiche ambientali.



⁶³ <https://www.emc2onlus.it/chi-siamo/>.



Modalità di programmazione e gestione del BdS in AS

L'applicazione del BdS in AS presso il Consorzio si basa su un Accordo quadro provinciale sulla salute mentale⁶⁴ che intende 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 Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) e di altri Servizi. Il protocollo consente di offrire prestazioni sanitarie e sociosanitarie ad elevata intensità, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e che attengono all'area delle patologie psichiatriche, neuropsichiatriche, delle dipendenze patologiche e della disabilità psicofisica grave. I progetti individualizzati hanno come finalità la crescita delle autonomie personali, relazionali e sociali ed il supporto alla persona, alla famiglia e al contesto di appartenenza, allo scopo di ridurre le condizioni di isolamento spesso determinate dalla malattia stessa, affinché le persone possano, se possibile, acquisire o riacquisire pienamente il loro ruolo sociale.

La definizione del BdS dipende dal numero di utenti presi in carico dal DAI-SMDP e dalle ore mensili a disposizione per i percorsi riabilitativi; la personalizzazione, invece, è tarata sull'utente che ha uno specifico monte ore mensile e che impegna i soggetti coinvolti (educatori e agricoltori) per un determinato tempo nella settimana a seconda della gravità di ogni utente.

Lo strumento del BdS sostiene il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) che, a partire da un'anamnesi da parte dei curanti dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), definisce le indicazioni cliniche (condizioni psicopatologiche stabilizzate; compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi; problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale; sufficiente aderenza al programma terapeutico-riabilitativo proposto), le aree di intervento (la tipologia di offerta da parte della struttura, caratterizzata dall'attuazione di programmi con prevalenza di attività educativa, di assistenza o risocializzazione) e la durata, che in media corrisponde a sei mesi circa. 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 educativo, in cui tutti i soggetti coinvolti si assumono la responsabilità delle attività.

La rete dei soggetti coinvolti

Gli operatori coinvolti nella realizzazione del PTRI, all'interno della Cooperativa, che rappresenta l'ente gestore, sono sia educatori professionali sia tutor agricoli; questi ultimi hanno il compito di supportare i destinatari nelle attività produttive. Inoltre, il coordinatore socio-pedagogico, insieme all'educatore professionale sanitario, fa da raccordo su tutte le attività relative ad ogni progetto, partecipando anche alle equipe multidisciplinari. Infatti, la progettazione del percorso di cura è condivisa tra le professionalità messe a disposizione dalla Cooperativa e l'equipe sanitaria, mentre l'esecuzione fa capo al coordinatore socio-pedagogico. Si tratta di una co-progettazione anche amministrativa.

La partecipazione e il coinvolgimento della famiglia al progetto è fondamentale, in quanto facilita l'adesione al progetto e rappresenta un elemento che deve necessariamente caratterizzare tutte le fasi del PTRI: la gestione delle aspettative, la condivisione degli obiettivi, il riconoscimento economico rappresentano aspetti che determinano la buona riuscita del progetto.

⁶⁴ Accordo Quadro per l'affidamento di Servizi Socio-Sanitari in favore di utenti in carico al Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche e ad altri Servizi dell'Azienda USL di Parma del 6 novembre 2014.



Valutazione e monitoraggio dello strumento

La valutazione del PTRI viene realizzata utilizzando la scala Health of the Nation Outcome Scales⁶⁵ - HoNOS, secondo il modello bio-psico-sociale, che focalizza l'attenzione sulla crescita e l'emancipazione del paziente. Ad effettuare le attività di monitoraggio, tendenzialmente ogni 15 gg e mai oltre i tre mesi, è l'educatore. La valutazione finale del progetto è finalizzata ad orientare gli step successivi dell'intervento sulla e con la persona, in modo da supportare e stimolare il progetto successivo. Si tratta di un'attività congiunta che vede coinvolti la famiglia, l'utente, l'ente gestore e l'ASL, che rappresenta una sorta di certificazione delle competenze.

Criticità e Punti di forza del BdS

Tra gli aspetti emersi dalla intervista con Emc2, è rilevante l'interazione tra ASL ed ente gestore; l'interazione con le istituzioni riguarda gli aspetti amministrativi (es. accordi quadro) che definiscono tutti i servizi attraverso lo strumento della co-progettazione. La Cooperativa, invece, non ha alcun tipo di rapporto con il Comune nella gestione dei PTRI.

Per quanto riguarda le criticità, è stato rilevato come sia ancora necessario mettere a sistema più fonti di finanziamento per potenziare il BdS e utilizzare tutte le flessibilità che possiede; inoltre, risulta ancora in una fase embrionale la compartecipazione economica delle famiglie e dell'utente alle risorse che concorrono a costituire il BdS.

Tra i punti di forza, è stato riportato come sicuramente lo strumento abbia dato rilevanza al tema della partnership tra gli enti del Terzo settore e le istituzioni pubbliche, creando nuove relazioni simmetriche tra tutti i soggetti che partecipano e concorrono al BdS (pari dignità nella fase di co-progettazione).

6.1.2 L'esperienza del Consorzio Fantasia

Il Consorzio Fantasia onlus⁶⁶ nasce il 16 febbraio 2011 con l'obiettivo di rendere le piccole cooperative sociali più competitive, al pari di quelle di dimensioni maggiori, anche mediante l'acquisizione di nuove conoscenze, incrementando e valorizzando le produzioni e i servizi resi. L'obiettivo primario del Consorzio, quindi, è quello di fornire sostegno e consulenza alle cooperative, in modo da migliorare l'attività di inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Da circa 15 anni le cooperative del Consorzio offrono un contesto familiare e inclusivo per fare in modo che i soggetti ospitati abbiano la possibilità di instaurare e intrattenere relazioni sociali. Il Consorzio è fortemente radicato su un territorio costituito da 16 comuni montani, che ricadono in zona svantaggiata; grazie alle proprie attività cerca di creare soluzioni a questo svantaggio geografico soprattutto contrastando l'abbandono del territorio e offrendo opportunità di lavoro alle persone appartenenti all'area territoriale.

All'interno del Consorzio c'è la Cooperativa Camelot che si occupa di agricoltura e offre servizi di inserimento lavorativo e formativo ai soggetti svantaggiati con disabilità.

⁶⁵ La scala *Honos* (J.K. Wing, R.H. Curtis, A.S. Beevor, 2008) nasce nel 1993 nell'ambito del progetto "*Health of the Nation*" del *Department of Health* inglese che si poneva come obiettivo il "miglioramento significativo della salute e del funzionamento sociale dei soggetti con patologia mentale". Fu sviluppata dalla *Research Unit del Royal College* come strumento di valutazione dei risultati del trattamento dei disturbi mentali in soggetti adulti che sono in contatto con i servizi psichiatrici. È composta da 12 item che coprono 4 aree: 1. problemi comportamentali che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come la violenza auto e/o eterodiretta; 2. deficit delle funzioni di base come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche con i loro effetti diretti sul funzionamento dell'individuo; 3. esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto, come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e le preoccupazioni; 4. problemi ambientali (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale) che possono limitare l'autonomia funzionale.

⁶⁶ <http://www.consorziofantasia.it/>.



Negli ultimi anni il Consorzio ha programmato e gestito alcuni progetti in cui l'agricoltura ha rappresentato un contesto fondamentale per la riabilitazione di soggetti svantaggiati, ad esempio laboratori di formazione presso le serre e in campo, con affiancamento da parte di operatori agricoli esperti e formazione su tecniche di coltivazione, utilizzo di materiali e attrezzature. Spesso, infatti, gli utenti non hanno la formazione e le competenze necessarie per l'inserimento in un contesto lavorativo e, dunque, vi è la necessità di iniziare questo percorso all'interno di un contesto protetto. Le attività in serra sono state realizzate grazie alla partecipazione da parte del Consorzio nel 2022 ad un bando della Fondazione Cariparma. Le tre serre acquistate sono dotate di un sistema di irrigazione in grado di assicurare la coltivazione annuale. Per questa attività è prevista la presenza di un agronomo.



Modalità di programmazione e gestione del BdS in agricoltura sociale

La sede del Consorzio si trova a 30 Km da Parma, ha un frutteto e da 15 anni circa ha aperto appartamenti destinati a persone anche con disturbi psichiatrici provenienti sia dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) che dall'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP). Nel gruppo appartamento, che ospita massimo 6 persone h24, sono accolti anche soggetti che fanno attività diurne.

Prima che inizi un percorso con BdS è necessaria la stipula di una convenzione, un atto amministrativo di affidamento della persona al Consorzio, tra i servizi sociali e il Consorzio. Essa definisce l'importo di partecipazione economica della famiglia e riassume le modalità di erogazione e l'ente finanziatore. In un secondo momento viene pianificato, insieme al servizio sanitario, il PTRI.

L'attività agricola, come opportunità lavorativa, si inserisce all'interno di un progetto di vita della persona. Il Consorzio è chiamato dai servizi (ASL o ASP) per progettare in modo congiunto un percorso riabilitativo per ciascun soggetto svantaggiato, facendo attenzione a diversi aspetti. Nel BdS è centrale la figura del soggetto svantaggiato, ed è fondamentale la collaborazione tra i servizi sanitari, la famiglia o l'amministratore di sostegno⁶⁷; il progetto deve essere coerente con la parte di riabilitazione sociale e individuale della persona (componente lavorativa). Il BdS è utilizzato all'interno del Consorzio con le persone ospitate nel gruppo appartamento.

La rete dei soggetti coinvolti

⁶⁷ L'amministratore di sostegno è quello che gestisce e amministra il patrimonio economico della persona, una volta riconosciuta la sua incapacità.



Diversi sono gli esperti coinvolti nella progettazione e attuazione del progetto: educatori che affiancano i soggetti svantaggiati nel processo di apprendimento, un agronomo per la parte inerente all'attività agricola e, nello specifico, alla gestione delle serre, un responsabile del settore agricolo e un operatore che assicura la prosecuzione delle attività. Nel BdS attuato dal Consorzio l'educatore rappresenta la persona di riferimento che definisce le attività e che tiene i contatti sia con la famiglia sia con i servizi. Il coordinatore delle attività ha, invece, rapporti direttamente con il Dipartimento di Salute mentale e, in collaborazione con l'educatore, ha la responsabilità di tutti gli esperti direttamente coinvolti nell'attuazione del BdS.

Sia il coordinatore che l'educatore hanno rapporti con le famiglie: il coordinatore valida e supporta quanto stabilito dall'educatore che è a stretto contatto con il soggetto. L'approccio è quello della co-progettazione: a livello micro, svolge un ruolo fondamentale l'educatore, mentre a livello più generale i servizi sanitari si interfacciano con il Consorzio per capire la disponibilità e i servizi offerti. In seguito, viene analizzata la situazione del soggetto svantaggiato in modo da presentare un primo progetto coerente e adeguato alle necessità dell'utente. La prima verifica dell'andamento delle attività del progetto viene eseguita dopo circa tre mesi dall'inserimento all'interno della struttura, al soggetto è assegnato a rotazione un educatore, che si confronta con il servizio sanitario. Un aspetto fondamentale è il confronto tra l'assistente sociosanitario, l'educatore e il coordinatore (struttura servizi sanitari).

Valutazione e monitoraggio dello strumento

Ogni PTRI ha una durata differente, che dipende dalla persona coinvolta e dal percorso individuato. La cadenza del monitoraggio è frequente, con una prima verifica a circa tre mesi dal primo inserimento: questo permette ai servizi sociali di mantenere un adeguato aggiornamento sulla situazione del soggetto in questione, sia con incontri formali che informali.

Per quanto riguarda la valutazione finale, viene preso in considerazione lo stato di benessere del soggetto, che è fortemente integrato nell'attività di monitoraggio. La parte finale è di competenza del servizio sanitario perché, una volta raggiunti gli obiettivi, il soggetto viene dimesso dal Consorzio; in casi di esito non positivo, si può decidere, eventualmente, di cambiare il percorso, considerata la particolarità delle condizioni. Il PTRI è, infatti, progettato sulla base della necessità di chi viene ospitato ed è fortemente influenzato dalle condizioni della persona e, in particolare, dalla valutazione realizzata dopo i primi tre mesi. I soggetti psichiatrici, ad esempio, hanno problematiche molto variabili e, nonostante il progetto sia costruito sulla persona, non è detto che il PTRI sia il modello migliore da utilizzare.

Criticità e Punti di forza del BdS

Il BdS è un modello operativo integrato che presuppone un lavoro di rete tra tutti gli operatori interessati, anche se talvolta ciò non avviene. È uno strumento utile che aiuta a migliorare la qualità della vita del soggetto ma, al tempo stesso, è anche complesso da gestire poiché prevede l'interazione di più soggetti e di conseguenza coinvolge tante aree e dimensioni differenti e tutte fondamentali per la vita dell'utente. Il BdS esplode in ognuna delle dimensioni della riabilitazione (apprendimento-espressività, casa-habitat, formazione-lavoro, socialità-affettività), rendendo il progetto di vita della persona ancora più completo e attribuendo ad ogni figura coinvolta nell'attuazione un ruolo definito.



6.2 Friuli-Venezia Giulia

6.2.1 Il Piccolo Principe



Il Piccolo Principe⁶⁸ è una cooperativa sociale di tipo A e B di servizi alla persona e di integrazione lavorativa, nata dal naturale processo di sviluppo dell'associazione di volontariato "Il Noce". Inserita nel territorio, è formata da persone che, condividendo dei valori, mettono a disposizione le proprie risorse, capacità e competenze per il raggiungimento di obiettivi comuni.

La cooperativa è impegnata nel generare integrazione sociale e lavorativa di persone svantaggiate, nell'accogliere e dare opportunità a minori e giovani, nel promuovere la centralità della famiglia e la cultura dell'accoglienza e della solidarietà, nel sostenere un pensiero critico, nel promuovere il commercio equo, solidale ed etico, nel valorizzare la cooperazione locale e globale.

La fattoria sociale La Volpe sotto i gelsi nasce nel 2009 e si caratterizza fin dalla sua partenza come un progetto di rete che vede un partenariato forte tra il Comune di S. Vito al Tagliamento, l'Azienda sanitaria locale di Pordenone e una rete di cooperative sociali per promuovere inclusione sociale e lavorativa per persone svantaggiate, giovani con disabilità, con problemi di dipendenze o di salute mentale.

Viene rilanciata un'attività di orto floricoltura e percorsi educativi e riabilitativi di propedeutica lavorativa.

A sostegno della progettualità si affiancano fin da subito piccole aziende agricole locali: una piccola rete informale - la R.A.S.A. (Rete Agricoltori Solidali Attivi) con cui condividere il progetto per incrementare opportunità lavorative e/o occupazionali anche attraverso la sperimentazione di prese in carico di rete (l'inserimento lavorativo «diffuso») e azioni di reciprocità nella comunità.

Nel 2013, la cooperativa sociale Il Piccolo Principe e il Centro di Salute Mentale di Azzano Decimo condividono l'obiettivo di organizzare uno spazio funzionale a sviluppare attività educative e riabilitative nell'ambito della preparazione pasti, puntando in particolare a strutturare un contesto a grande contenuto relazionale dove il momento di condivisione del pasto diventa il pretesto per condividere vissuti e pensieri. Già nell'anno successivo, la Cucina cambia veste: l'Azienda Sanitaria, considerati i positivi risultati dell'attività avviata, assegna al Piccolo Principe - con procedura pubblica riservata alla cooperazione sociale di tipo B - il servizio di mensa e veicolazione pasti a favore di cinque centri semiresidenziali per disabili. Vengono quindi ampliati gli spazi assegnati alla cucina e Il Piccolo Principe fa un primo importante investimento in attrezzature per avviare di fatto un servizio di ristorazione collettiva. Nasce una nuova attività imprenditoriale che coinvolge 4 soci lavoratori, dei quali 2 svantaggiati e una media di 6 persone seguite dal Dipartimento di Salute Mentale. In questa fase vengono realizzati anche i primi coffee-break e catering, oltre che alcuni eventi più importanti (pranzi di matrimonio/battesimo, cene con delitto, compresa la partecipazione alla Mostra del Cinema di Venezia sulla barca Edipo Re). Negli anni successivi il servizio cresce arrivando alla preparazione di 300 pasti

⁶⁸ Si ringrazia per la collaborazione Giuliana Colussi.



giornalieri che consentono l'ampliamento delle opportunità lavorative e occupazionali: in poco meno di 10 anni di attività la Cucina delle Fratte ha infatti accolto oltre 50 persone svantaggiate in percorsi riabilitativi-educativi e/o di propedeutica lavorativa, che per 18 di esse hanno esitato in assunzione diretta in cooperativa.

La Volpe sotto i gelsi negli anni diventa per la cooperativa, per le aziende agricole in rete e per i servizi sociali e specialistici, uno spazio di condivisione dei saperi, dei desideri, delle preoccupazioni, delle aspettative e dei bisogni di ciascuno e questo è il momento della svolta: da un lato le aziende agricole evidenziano un bisogno di supporto nella gestione di picchi di lavoro, dall'altro la fattoria non è in grado di offrire opportunità lavorative reali sostenibili oltre quelle già attive. Nascono così le squadre di terzisti solidali, composte da 4-5 operai agricoli per svolgere attività in aziende agricole terze principalmente nella gestione dei picchi di lavoro nel settore vitivinicolo, nelle operazioni di potatura e asportazione (stralciatura) degli stralci.

Un'idea progetto partita con 4 persone e un fatturato di 7.500 euro, e in 5 anni è arrivata a coinvolgere una media annuale di 20 giovani (metà dei quali svantaggiati), 50 aziende clienti, oltre 1.000 ettari lavorati e un fatturato che ha superato i 200.000 euro.

Un risultato importante anche sul piano della promozione dell'inclusione: le aziende agricole hanno infatti così superato alcune paure/preoccupazioni ("un disabile non può lavorare in agricoltura", "un matto in azienda si fa male o peggio fa male ad altri") e 8 persone svantaggiate sono state assunte direttamente (al di fuori della cooperativa) e 1 persona è stata assunta con la L. 68.

Si segnala inoltre che negli ultimi tre anni La Volpe sotto i gelsi ha sviluppato per l'ambito socio-assistenziale Sile-Meduna di Azzano Decimo il progetto "Percorsi di propedeutica lavorativa in contesto rurale": uno spazio dedicato all'osservazione e valutazione, alla formazione on the job, all'orientamento professionale, all'attivazione di contesti lavorativi per persone con fragilità di tipo sociale e non solo.

I diversi servizi della cooperativa mettono al centro delle proprie attività la persona, con la propria dignità, i propri bisogni e le proprie capacità, per cercare di promuovere il benessere e la crescita di ciascuno, favorendo un'effettiva integrazione in cooperativa e nella società, sia sul piano delle competenze lavorative sia su quello delle autonomie e della relazione. I percorsi di integrazione sociale hanno l'obiettivo di avviare percorsi di autonomia e di socializzazione, sostenendo gli utenti anche a impegnare il proprio tempo in attività che stimolino le abilità e le inclinazioni personali. Laddove non è possibile immaginare un futuro lavorativo, è doveroso sostenere la dignità della persona nell'acquisire o stimolare quelle capacità che permettono di poter esprimere la propria persona, prendersi cura di sé stessi e raggiungere una certa autonomia.

I percorsi di integrazione sociale e lavorativa si realizzano grazie a progettualità condivise con i Servizi Pubblici (Azienda Sanitaria, Ambito Sociale, Enti Formativi, Aziende private...), attraverso convenzioni o bandi di progetto in cui si concordano gli obiettivi da raggiungere, i ruoli dei soggetti coinvolti e gli strumenti di verifica e rendicontazione. In particolare il [progetto di agricoltura sociale a Torrate](#) e la [Cucina delle Fratte](#), sono esempi concreti di come la cooperativa abbia intercettato e dato risposte a bisogni presenti nel territorio, favorendo l'avvio e lo sviluppo di settori di lavoro per l'inserimento di persone svantaggiate. Gli altri servizi del Piccolo Principe direttamente coinvolti in percorsi di integrazione lavorativa sono il [settore Produzione e Servizi per le aziende](#) (i due laboratori che accolgono il maggior numero di lavoratori svantaggiati della cooperativa) e il servizio di vending "[Equosolda FVG](#)".

Modalità di programmazione e gestione del BdS in AS

Il Piccolo Principe ha utilizzato il BdS che ha consentito l'avvio di progettualità importanti e offerto opportunità per realizzare percorsi di inclusione sociale e di propedeutica lavorativa. Tra queste la più



significativa è sicuramente la Cucina delle Fratte, partita nel 2013 grazie ad un importante investimento iniziale in attrezzature realizzato attraverso il coinvolgimento dell'Associazione Artsam e sostenuto dalle risorse del Fondo Autonomia Possibile (sostegno alla vita indipendente e all'emancipazione e inserimento sociale) che in fase di avvio ha anche dato la possibilità di attivare un educatore a supporto del gruppo di persone con problemi di salute mentale. A distanza di 10 anni dall'avvio la Cucina è ancora attiva: il 50% dei lavoratori impegnati è svantaggiato, in media 8-10 persone con fragilità vengono accolte in tirocini lavorativi; è in fase di sviluppo per raddoppiare la produttività generale.

La seconda progettualità è quella degli Orti solidali: attivata nel 2014 dal Fondo Autonomia Possibile che ha coperto fino al 2018 i costi di un educatore e un tutor per realizzare percorsi di propedeutica lavorativa e di inclusione sociale a favore di persone con problemi di salute mentale, nel tempo ha sperimentato strade diverse attivando anche percorsi di formazione professionale a favore delle persone a svantaggio inserite, fino ad arrivare nel 2017 all'avvio della prima squadra di servizi all'agricoltura.

I destinatari

Si evidenziano i destinatari suddivisi per ciascuna attività sviluppata nell'ambito dell'agricoltura sociale (il riferimento è l'anno 2022):

- Nella Fattoria La Volpe sotto i Gelsi a Torrate sono stati coinvolti 21 persone provenienti dai servizi sociali, dipendenze e salute mentale, coinvolti in tirocini o in lavori socialmente utili;
- nelle Squadre terzisti solidali sono stati coinvolti 10 lavoratori svantaggiati;
- Nei percorsi di propedeutica lavorativa in contesto rurale attraverso la co-progettazione promossa dai Servizi sociali "Sile" "Sile Meduna" sono stati in totale 17 persone accolte sia nella formazione che attraverso i tirocini;
- Alla Cucina delle Fratte sono stati coinvolte 12 persone provenienti dai servizi sociali, dai servizi dipendenze e salute mentale;

Infine, nella formazione sono state coinvolte 24 persone di cui 7 con disabilità e 24 persone

Le professionalità coinvolte

Il responsabile dei percorsi di inclusione lavorativa è un educatore professionale che segue anche i percorsi osservativi e valutativi con il supporto di un altro educatore professionale.

All'interno di ciascuna unità produttiva sono presenti alcuni tutor di mestiere che hanno competenze professionali specifiche riferite all'attività (cuoco, perito agrario/agronomo, perito meccanico, ecc.)

Per l'attività di orientamento e formazione il riferimento è un educatore professionale che da anni si occupa dello sportello di Orienta-lavoro.

La rete dei soggetti coinvolti

Il Piccolo Principe trova forza nel suo stare all'interno di un sistema di relazioni con altri soggetti, in particolare con l'[Associazione di Volontariato "Il Noce"](#) dalla quale è nata e con la quale condivide diverse progettualità.

Diversi sono i partenariati progettuali funzionali ad attivare percorsi e progetti di qualità, creare sinergie e promuovere la crescita sociale e culturale del territorio. In particolare, si segnala una recente iniziativa volta a sviluppare in area montana forme di turismo accessibile dove sono coinvolte tre cooperative sociali, l'amministrazione comunale, la parrocchia e singoli cittadini



Valutazione e monitoraggio dello strumento

Il monitoraggio e la valutazione hanno consentito di verificare l'efficacia dello strumento, difatti tutt'oggi gli investimenti realizzati hanno consentito di offrire occupazione e riconoscimento di una realtà vedi la Cucina ancora attiva.

6.2.2 Cooperativa Sociale La Cisile



La Cisile⁶⁹ (“rondine” in friulano) nasce il 21 luglio 1988 e opera nel territorio isontino e della bassa friulana nei servizi socioassistenziali e educativi.

Nel 1994 assieme alle cooperative “Insieme” di Monfalcone e “La Bassa Friulana” di Palmanova fonda il Consorzio “Il Mosaico”, oggi formato da sei cooperative che svolgono sia servizi alla persona che attività produttive.

Nel 1996 la cooperativa La Cisile è stata incaricata dell'importante compito di chiudere definitivamente il “residuo manicomiale” di Sottoselva di Palma, coinvolgendo nuove risorse ed energie e realizzando, nel 1997, la struttura di San Vito al Torre, e nel 1999 la trattoria “La Posta” con la sovrastante struttura ad Aiello del Friuli.

Nel 2001 viene rilevata l'azienda agricola e ittica Molin Novacco con la successiva concessione da parte del Comune per la costruzione di una sede operativa al fine di creare un luogo finalizzato all'inclusione lavorativa di persone con disabilità psichica.

“Molin Novacco” si colloca nel comune di Aiello del Friuli in località Novacco, un'area rurale ad alta vocazione agricola. La fattoria è diventata fattoria didattica nel 2011 e successivamente sociale.

Attraverso specifica convenzione con l'Azienda Sanitaria Universitario Friuli Centrale, La Cisile garantisce presso la Fattoria Sociale “Molin Novacco” progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute finalizzati all'inserimento lavorativo di persone seguite dal Dipartimento di Salute Mentale.

Nel 2021 l'Agenzia Regionale di Coordinamento per la Salute riconosce la Fattoria Sociale La Cisile quale Operatore dell'Agricoltura sociale idoneo e qualificato per l'attività di co-progettazione di percorsi personalizzati in contesti di agricoltura sociale a supporto di persone con bisogni complessi in carico ai servizi in delega e ai servizi sociosanitari dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.

⁶⁹ Si ringrazia per la collaborazione Francesco Comar.



La fattoria è stata specificamente creata per la realizzazione di progetti di inclusione sociale e tutte le dotazioni in essa contenute sono da intendersi a disposizione di tali attività.

Le attività produttive svolte al suo interno sono: produzione di piante da orto e frutti da agricoltura biologica (in serra e pieno campo), apicoltura con laboratorio accreditato · coltivazione di olivi per produzione di olio, cerealicoltura bio per la filiera di farine e pasta con annesso mulino usato anche per conto terzi, allevamento razze autoctone di avicunicoli, anatidi con annesso piccolo incubatoio didattico, allevamento asini e suini · bachicoltura a scopo didattico, noleggio area festeggiamenti con annesso laghetto e osservatorio faunistico, produzione di conserve e prodotti sottolio, punto vendita prodotti da agricoltura sociale.

Le attività produttive permettono di garantire le seguenti opportunità di inclusione:

- *Percorsi di inserimento lavorativo*: finalizzati a sviluppare competenze spendibili sul mercato del lavoro, formalizzate secondo modalità stabilite con i singoli servizi invianti in fase di co-progettazione. Attualmente le persone in carico sono titolari di I.S.L. del servizio SIL, contratto di lavoro ai sensi della L. 381/91, Tirocini Inclusivi e Budget di Salute del Centro di Salute Mentale e Tirocini Inclusivi del Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.
- *Opportunità formative*: momenti formativi organizzati ciclicamente dall'equipe di lavoro, la maggior parte dei quali prevedono attività pratica sul campo e la presenza di esperti esterni provenienti dalla rete di contatti descritta al punto 4.
- *Servizio civile universale*: la fattoria è Sede Attuativa di Progetto Civile (SAP) accreditata dal 2006.
- L'opportunità di svolgere il Servizio Civile è in parte riservata a giovani con minori opportunità.
- *Opportunità di socializzazione e inclusione*: Molin Novacco è sede di numerose iniziative a carattere ludico/ricreativo finalizzate alla riabilitazione e l'inclusione sociale meglio descritte al punto 5.
- *Soggiorno esperienziale*: la fattoria sociale non dispone di alloggi, si rende però disponibile a sviluppare tale opportunità coinvolgendo in qualità di partner il "B&B 500" di Simeno Giacomo di Nogaredo al Torre, con il quale sono già stati presi accordi informali.

Modalità di programmazione e gestione del Budget di Salute

La definizione dei progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute avviene a seguito della valutazione multidimensionale del bisogno della persona sotto il profilo clinico, funzionale e sociale da parte dell'equipe multi professionale dei servizi sociosanitari o sociali, con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura della persona con bisogni complessi.

In relazione agli obiettivi del progetto personalizzato, in accordo con la persona e la sua famiglia, vengono definite le attività da sviluppare attraverso i beni materiali e immateriali dell'agricoltura sociale e, in relazione a queste, viene concordato il progetto specifico, fermo restando la responsabilità del progetto integrato a capo dell'equipe di riferimento.

Nel progetto vengono definiti gli obiettivi, le attività e gli esiti previsti. In particolare, per gli inserimenti con tirocinio inclusivo, come previsto dal Regolamento regionale, vengono definite le competenze da acquisire competenze da acquisire in riferimento agli obiettivi di inclusione sociale, autonomia e riabilitazione e quelle lavorative di base, trasversali e tecnico-professionali.

Vengono individuati sia il tutor dell'azienda ospitante sia il tutor o l'operatore del servizio inviante che monitorerà il progetto con cadenza definita. Al termine del progetto vengono valutati gli esiti.



I destinatari

Attualmente “Molin Novacco” accoglie 18 persone, delle quali: 2 provenienti dal S.I.L del Camp, 2 dal Dipartimento delle Dipendenze e 14 utenti dai CSM di Palmanova e Latisana. Negli anni, inoltre, la fattoria ha accolto anche persone provenienti da altre realtà, fra cui Tribunale dei Minori, LPU, Neuro Psichiatria Infantile e progetti promossi dalla Caritas destinati a persone in gravi situazioni di marginalità.

Le professionalità coinvolte

Coordinatore: il coordinamento è affidato a un socio della Cooperativa che ha seguito lo sviluppo di questa realtà sin dalla sua fondazione nel 2001. Il coordinatore è dotato di elevate competenze in ambito agro e zootecnico e una notevole esperienza nell’ambito dell’inserimento lavorativo. Il Coordinatore dirige l’attività produttiva. È presente quotidianamente in fattoria, con il compito di indirizzare e monitorare l’attività delle varie squadre di lavoro.

Referente percorsi inserimento lavorativo: l’incarico è affidato a una psicologa e psicoterapeuta, che si occupa dal 1998 di progetti riabilitativi individualizzati nell’ambito della salute mentale e delle tossicodipendenze. Si occupa delle pratiche di accoglienza e supervisione delle persone che intraprendono percorsi di inserimento lavorativo. Si interfaccia con il Coordinatore della fattoria, al fine di identificare le attività di inserimento sulla base delle effettive risorse e capacità delle persone. Monitora l’andamento dell’inserimento lavorativo ed interviene in caso di criticità.

Equipe educativa: composta da 4 operatori che supportano le persone nei percorsi di inclusione sociale e lavorativa, compreso un artista professionista laureato all’Accademia delle Belle Arti di Venezia, le cui competenze vengono spese in opere di allestimento degli spazi e laboratori artistico-espressivi.

Operai agricoli: sono presenti in fattoria, a supporto delle attività produttive, 5 operai agricoli, di cui 4 assunti in Legge 381 dopo un lungo e accurato percorso di inserimento.

La rete dei soggetti coinvolti

Molin Novacco è un luogo aperto al pubblico, alle collaborazioni e alla possibilità di sperimentare e sviluppare attività innovative. Negli anni sono state avviate collaborazioni finalizzate allo sviluppo di prodotti e servizi di agricoltura sociale, alla creazione di opportunità formative, lavorative e di inclusione per persone fragili, alla creazione di eventi ricreativi, culturali e didattici, alla conservazione di prodotti e tradizioni legate all’identità rurale del territorio, alla realizzazione di progetti di ricerca.

Di seguito si citano le principali realtà con cui la fattoria collabora in varie forme:

- Enti pubblici · csm 24h di Palmanova e Latisana - Comune di Aiello del Fr, Comune di Bagnaria Arsa, Comune di Muzzana del Turignano, Protezione Civile Sez. Aiello del Fr, Corpo Forestale Regionale, Università degli Studi di Udine facoltà di “Allevamento e Salute Animale”, Istituto Comprensivo Destra Torre, Istituto Tecnico Agrario “Giovanni Brignoli”.
- Fattorie che offrono opportunità di inclusione sociale. Fattoria didattica sociale Primo Campo, Az. Agricola Ca' di Rico · Az. Agricola Volpares.
- 5 Az. agricole del territorio.
- 5 Società private rappresentanti l’imprenditoria locale.
- Collaborazioni con 16 realtà attive nella vendita di prodotti ortofrutticolo e nella filiera produttiva dei panificati.



Altre, Circolo Agrario Friulano, ASPROM - Produttori orzo e malto, Cons. produttori “Rosa dell’Isonzo”, Cons. Agrario del Friuli-Venezia Giulia (Aiello del Fr.), Circolo Noi Pub & Bar, Benkadì Commercio Equo e Solidale, GAS Tartaruga, GAS Bisiac, Comunità terapeutico riabilitativa “Casa Nojar”, Comunità terapeutico riabilitativa “Casa Teresa”, Thiel Soc. Coop., Soc., Casa di Riposo “Casa Mafalda.

Inoltre, la struttura è sede di numerose attività di integrazione con la comunità locale alle quali le persone in carico presso la realtà partecipano attivamente alla loro realizzazione: visite didattiche, laboratori, animazione con la comunità locale.

Valutazione e monitoraggio dello strumento

Come previsto dalla normativa regionale i progetti personalizzati prevedono un monitoraggio costante e una successiva valutazione dell’esito degli interventi che avviene in collaborazione tra la persona inserita, il servizio inviante e il referente dei percorsi di inserimento della Fattoria.

6.3 Campania

6.3.1 Al di là dei sogni



La cooperativa Al di là dei sogni opera in provincia di Caserta⁷⁰, lavora su terreni confiscati alla camorra e fa parte del consorzio NCO – Nuova Cooperazione Organizzata, che punta su un lavoro di rete e collaborazione tra associazioni, cooperative e imprese del territorio per contrastare la camorra e ogni altra forma di illegalità.

Nelle realtà esaminate nella provincia di Caserta, e in generale nel territorio campano, la sperimentazione del budget di cura, in seguito divenuto Budget di Salute, inizia già nel 2002, quando ai vertici dell’azienda sanitaria arrivano alcuni dirigenti particolarmente interessati a porre al centro dell’intervento la persona con le sue esigenze attraverso la collaborazione con i diversi soggetti del territorio. In particolare, la sperimentazione si basava su un sistema di cogestione partecipata, in cui il Privato (associazionismo) non è semplicemente mero esecutore di quanto disposto dal Pubblico ma si collabora insieme per identificare le esigenze delle persone e i possibili spazi di intervento, nonché per definire il Piano Terapeutico e Riabilitativo Individuale (PTRI), con il coinvolgimento delle famiglie e delle stesse persone destinatarie degli interventi.

⁷⁰ Questa esperienza della cooperativa Al di là dei Sogni è stata trattata in alcuni contributi del Report INAPP 2023 su “agricoltura sociale: attori, processi, innovazione verso la transizione eco-sociale” (a cura di D. Pavoncello, S. Polidori). Cfr. https://pubblicazioni.inapp.org/xmlui/bitstream/handle/20.500.12916/4003/INAPP-Pavoncello-Polidori_Agricoltura-sociale-attori-processi-innovazione_IR-39_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y



La finalità di tale impostazione era anche quella di scardinare meccanismi e situazioni complesse fino ad allora prevalenti: uscire dalla logica delle strutture di ricovero e favorire l'assistenza domiciliare, rinforzando dunque un sistema a sostegno dell'autonomia e indipendenza a discapito dell'istituzionalizzazione. Il nucleo della sperimentazione, dunque, era passare da una gestione centralizzata delle risorse, in cui potevano intrecciarsi diversi interessi ad una riprogrammazione delle risorse e gestione diretta delle stesse. Nel 2012, il budget di salute abbandona l'ambito sperimentale per entrare ufficialmente a regime con la L.R. n. 5, in un contesto in cui tale strumento viene indicato come un "investimento sulla persona attraverso un progetto personalizzato". Negli stessi anni, inizia il sodalizio con l'agricoltura sociale, in virtù del fatto che lavorare la terra ha effetti positivi dal punto di vista psichico e sociale e può rappresentare anche un elemento utile per l'inclusione lavorativa. A sostenere tale orientamento, contribuiva il fatto che le attività agricole non si limitano alla sola coltivazione ma possono offrire l'opportunità di svolgere altre attività, come prima lavorazione, trasformazione, confezionamento, vendita diretta, ecc.; ciò rende l'agricoltura un settore capace di accogliere ed inserire nel mondo del lavoro le persone tenendo conto delle proprie capacità e dei propri interessi.

Nelle esperienze di inclusione analizzate, il percorso, come è noto, inizia sempre dal PTRI che, essendo costruito sulla persona e sulle sue esigenze, prevede figure professionali differenti a seconda del caso, anche se spesso le stesse figure possono cambiare se il Piano subisce modifiche nel corso del tempo. Ciò può avvenire, ed è avvenuto, dato che modifiche del PTRI si rendono necessarie in corso, "poiché spesso c'è un primo periodo di osservazione della persona e, comunque, si tiene sempre in considerazione ciò che la persona desidera fare". Sostanzialmente è presente una collaborazione tra le associazioni e i servizi sociali, che generalmente mettono a disposizione figure professionali legate all'ambito psichiatrico e psicologico, sociologico e sociosanitario. Interessante è il concetto di operatore-operaio evidenziato nel corso dell'intervista dall'azienda agricola. Un fiore per la vita, con cui si affida a tale figura il compito di "costruire un modello economico che metta al centro le persone, che le rispetti nei loro tempi e nelle loro modalità". Nell'ambito di tale modello, sono diverse le figure che intervengono nel processo di autonomia e indipendenza: da un lato quelle tradizionali, quali assistenti sociali, educatori professionali, psicologo, mediatore familiare, operatore sociosanitario, esperto di economia sociale; dall'altro agricoltori, manutentori e tutti coloro che ricoprono più ruoli, "perché è molto importante anche la contaminazione che avviene nel lavoro stesso".

Le esperienze di budget di salute esaminate sono state finanziate con fondi istituzionali ordinari, poiché il BdS si configura come servizio sociosanitario, e nello specifico risorse provenienti dai fondi LEA. Il sistema prevede la ripartizione delle quote al 50% tra la parte sanitaria e quella sociale, contemplando la compartecipazione della famiglia laddove il reddito superi l'ISEE.

Anche in tale ambito emerge l'importanza della rete, evidente soprattutto nella collaborazione di più soggetti a vario titolo coinvolti – a livello professionale, familiare o amicale- perché in tal modo è possibile realizzare interventi e sostegni che "non sono valutati economicamente ma valgono moltissimo" e che, se quantificati, risulterebbero pari ad un costo superiore di quello consentito. Il budget di salute, infatti, si basa sulla collaborazione e sulla gestione del PTRI, attivando risorse locali e generando reti di comunità (Mosca 2020).

Valutazione e monitoraggio dello strumento

I principali risultati che le esperienze hanno evidenziato fanno certamente riferimento all'inserimento in un sistema sociale accogliente e rassicurante che spesso ha portato anche all'inserimento nel mondo del lavoro, anche se non necessariamente in una azienda agricola. Sono state messe in evidenza però anche diverse criticità che hanno reso talvolta complesso e articolato il percorso delle persone. Primo fra tutti è il fattore economico, sotto diversi punti di vista. Innanzitutto, i tempi di pagamento e rimborso da parte del sistema



pubblico non hanno aiutato le attività delle cooperative, le quali avevano comunque gli operatori e le figure professionali da retribuire. Inoltre, è stato fatto notare che, limitatamente ai territori in cui operano le due cooperative intervistate, “il sistema del Budget di salute, per tutte le persone in carico, prevede dei tetti annui di fatturazione per ogni cooperativa pari a € 200.000,00 per l'asl di Caserta e pari a € 193.000,00 per la Asl NA 2 Nord. Questi limiti di spesa, stabiliti diversi anni fa dall' ASL Caserta 2 (poi diventata ASL di Caserta) e seguita poi dall'ASL Na 2 Nord, limitano le possibilità di investimento delle cooperative per creare le condizioni affinché l'utente possa emanciparsi, come ad esempio ampliare le attività imprenditoriali della cooperativa per accrescere la possibilità dell'inserimento lavorativo.”

Infine, anche la durata di 3 anni per ogni progetto personalizzato PTRI indifferentemente per tutti gli utenti può risultare limitata perché in alcuni casi specifici questa tempistica non è sufficiente.

Ma a fronte di ciò, rimane indubbio il grande valore che tali esperienze rivestono nell'acquisizione di autonomia delle persone con disabilità, ben evidenziato dall'operatore di una delle associazioni intervistate che sottolinea quanto la persona si senta parte di una comunità che lo accompagna e lo sostiene anche al di fuori del percorso svolto all'interno della cooperativa sociale. Se da un lato si aiuta la persona ad aumentare il grado di occupabilità e di socializzazione, dando alla persona la possibilità di riguadagnare la propria dignità, dall'altro viene fornito accompagnamento anche oltre il lavoro, sostenendo la persona a partire dal suo contesto di provenienza al fine di scardinare meccanismi che ostacolano la crescita personale.

6.3.2 Consorzio Sale della Terra



Il Consorzio “Sale della Terra”⁷¹ è promotore, tramite le sue attività, di percorsi di inclusione sociale e cura alla crescita di persone fragili, di azioni di difesa della terra, di recupero di territori e di coesione sociale. Attraverso la sua visione di mercato agroalimentare, la scelta di puntare sulla genuinità del km0 e il duro e attento lavoro alla materia prima, sta affermando giorno dopo giorno il suo valore etico e commerciale, attraverso esempi concreti in agricoltura, artigianato e turismo sociale mediante la creazione di fattorie sociali e la realizzazione di laboratori che vedano protagonisti giovani artigiani, persone con disabilità, migranti e detenuti.

Le aree d'intervento sono soprattutto le aree interne. In diverse zone in particolar modo nelle province di Benevento, Avellino, Lecce, Cosenza sono attive numerose strutture di accoglienza e welfare. Le aree interne risentono del fenomeno dello spopolamento.

Il Consorzio Sale della terra opera all'interno di un ambito territoriale che soffre la difficoltà di non riuscire a contenere la richiesta di assistenza. Il Distretto socio-sanitario di Benevento ricopre il nodo centrale di tutto il territorio provinciale e ciò lo rende il fulcro in cui vengono convogliati utenti anche di altri distretti ma che non conoscono i servizi offerti dai propri ambiti di appartenenza. Questo genera due tipi di risposta, da un lato la delega agli ambiti di appartenenza che provoca sfiducia negli utenti e dall'altro una risposta con prevalenza

⁷¹ Si ringrazia per la collaborazione Carmela De Bellis.



di interventi di tipo standardizzato ed assistenzialistico, per il gran numero di utenti, che non riesce a tener conto dei bisogni individuali.

Il modello di cura prevalente è ancora di tipo assistenzialistico e non di tipo integrato nel rispetto delle singole individualità e potenzialità. Ciò ha contribuito a rallentare il processo di ribaltamento della visione della persona vulnerabile da soggetto passivo a soggetto attivo con risorse, impedendo l'attuazione di strategie che tengano conto delle singole capacità personali e della rete informale di sostegno in un'ottica di corresponsabilità tra enti pubblici e privati e la comunità di appartenenza. Tale aspetto è implementato dal contesto culturale che tende a mantenere il disabile all'interno del nucleo familiare allontanandolo dalla vita sociale e limitandone l'autonomia.

L'attuazione dei PTRI/BdS rappresenta un'ottima opportunità di implementazione delle strategie di intervento finora messe in atto permettendo di sviluppare i livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria, per costruire anche un ambiente di convivenza, di vita e di lavoro volto ad una totale e completa determinazione dell'autonomia personale dei soggetti in carico, mediante il rafforzamento, potenziamento e messa a frutto delle attitudini e delle competenze di inserimento lavorativo in ambienti "protetti" favorevoli e alle specificità individuali in un'ottica di sviluppo della persona dal punto di vista personale, sociale ed economico.

Il Consorzio "Sale della Terra" è una realtà nata a Benevento ma che nel corso degli anni, realizzando una notevole crescita, è divenuta un riferimento a livello nazionale; basta pensare alla Rete dei Piccoli Comuni del Welcome dove 57 comuni hanno aderito al Manifesto e le partnership con diversi Enti del Terzo Settore in diversi progetti sociali.

Modalità di programmazione e gestione del BdS in AS

I Progetti Terapeutico- Riabilitativi Individuali si inseriscono in una ampia rete di interventi sociali e sociosanitari finalizzati alla promozione di relazioni comunitarie e di quella Politica sociale quale "Welfare Comunitario".

Il budget di salute che consente di applicare lo strumento del PTRI si configura quindi come uno strumento innovativo in grado di potenziare ed implementare le modalità organizzative e pratiche dell'integrazione socio-sanitaria, ponendo al centro i bisogni della persona. Si tratta di un vero e proprio cambio di prospettiva che consente di ribaltare il paradigma secondo cui chi soffre di malattie croniche o cronico-degenerativo non possa cambiare il suo status; non potrà essere curato, ma potrà guarire.

La centralità della persona orienta il progetto individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale esplicitati ex ante, valutabili come aree di carenza su cui investire (apprendimento/espressività, casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità).

L'esperienza dei P.T.R.I. con budget di Salute attivati con le cooperative in rete, afferenti al consorzio Sale della Terra, è iniziata nel 2014 per la cooperativa sociale "La Solidarietà", nel 2015 per la cooperativa sociale "Delfini di Terra" e nel 2016 per la cooperativa sociale "Leonardo".

I destinatari

I destinatari di questi interventi sono persone con sofferenza psichica, disabilità fisica, intellettiva e sensoriale, anziani fragili in condizione di precarietà sociale e sanitaria e persone con dipendenze patologiche.



Le professionalità coinvolte

Il Co-gestore deve prevedere un Coordinatore del PTRI/BdS, un animatore/educatore, un operatore OSA e un operatore OSS.

La rete dei soggetti coinvolti

I Progetti Terapeutico- Riabilitativi Individuali hanno come presupposto la ridefinizione del ruolo del privato. Il privato non sarà più solo attuatore di un rigido set di prestazioni o gestore di un insieme di strutture protette, ma sarà cogestore e, in quanto tale, sarà protagonista nel fornire occasioni opportunamente modulate, ponendo al centro la persona nel suo essere unica e irripetibile, nel suo portare valori, convinzioni e scelte individuali.

Il Co-gestore sarà individuato con apposito bando delle AASSLL di concerto con gli Ambiti territoriali.

I partner che contribuiscono all'attuazione di un PTRI/BdS sono pertanto l'utente stesso e/o i suoi familiari, la ASL attraverso il medico di medicina generale, il Comune di residenza della persona destinata al PTRI attraverso i servizi sociali, i cogestori privati quali ad esempio, cooperative, Onlus ecc..

Valutazione e monitoraggio dello strumento

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto terapeutico-riabilitativo individuale.

All'U.V.I. partecipano i Servizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta (MMG/PLS) ed eventuali altri soggetti ritenuti necessari ad un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni.

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una valutazione del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa (il “sintomo” /condizione patologica di presentazione) dall'utente e dalla sua famiglia, dal MMG/PLS e/o dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, se necessario, nell'ambito dei soggetti cogestori (di concerto con l'utente o il civilmente obbligato), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati nelle aree apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività;
- modulare sul singolo caso la presa in carico a seconda dell'evoluzione del bisogno.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è effettuata secondo criteri qualitativi e quantitativi, partendo dalla conoscenza della storia individuale e di contesto e dalle aspettative della persona. La valutazione è effettuata con le schede di valutazione multidimensionali in uso in Regione Campania sia all'avvio del progetto individuale che ai follow-up periodici.

Sulla base di tali valutazioni, le Unità di Valutazione Integrata modulano a cadenze regolari le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale.



Il monitoraggio in itinere del bisogno e del percorso riabilitativo viene effettuato a cura dell'U.V.I., costituita dal referente del progetto individuale del Servizio sanitario competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza della persona-utente, coinvolgendo l'utente, i familiari, i medici di medicina generale o il pediatra di libera scelta (MMG/PLS), il referente del cogestore ed eventuali altri operatori coinvolti.

Ogni sei mesi viene svolta una verifica degli esiti del processo riabilitativo da parte dell'UVI territorialmente competente che comprenderà, indicatori di processo, rilevazione di eventi sentinella, valutazione della qualità di vita e di soddisfazione dell'utente e dei familiari ed indicatori di sviluppo economico sociale locale.

6.4 Lazio

6.4.1 Cooperativa Garibaldi



L'obiettivo della Cooperativa Sociale Agricola Integrata "Giuseppe Garibaldi"⁷² è favorire in modo concreto ed efficace un miglioramento delle autonomie e apprendimento di giovani adulti con disturbo dello spettro autistico in particolare con autismo severo soci della stessa, rendendoli fulcro vitale di un nuovo modello di realtà agricola, in cui gradualmente cessano di essere degli assistiti, per trasformarsi, attraverso percorsi dedicati e personalizzati, in protagonisti attivi al servizio della comunità, seguendo la convinzione che tutti, a prescindere dal proprio livello di disagio, possano lavorare con profitto.

La sede operativa della Cooperativa, in Via Ardeatina, a Roma, è un casale denominato "Casa delle Autonomie", con tre ettari di terreno a disposizione.

Nata nel 2010, la Casa delle Autonomie è oggi una realtà consolidata e unica nel panorama delle offerte rivolte che le persone con disabilità attraverso il budget di salute e il progetto individuale, dando concretezza ai percorsi di inclusione lavorativa e sociale.

Tutti i ragazzi sono coinvolti in un percorso formativo dinamico e permanente, che tiene conto delle attitudini e delle potenzialità di ognuno; i programmi educativi sono elaborati "su misura" con lo scopo di sviluppare le loro capacità individuali nella vita della Cooperativa.

La cooperativa di tipo B ed è una vera azienda agrituristica nel cuore della città. Una piccola comunità contadina perfettamente integrata con il quartiere, con le scuole limitrofe e con i giovani di tutto il mondo, grazie all'ERASMUS+ e al Servizio Civile Nazionale. Oggi è sede del Centro polivalente per l'autismo della Regione Lazio "Proxima".

Modalità di programmazione e gestione del BdS in AS

⁷² Si ringrazia per la collaborazione Maurizio Ferraro



La gestione del Budget di Salute avviene in sede di UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale struttura tecnica dei distretti delle ASL Roma 1-2-3), responsabile del progetto individuale personalizzato del Dopo di Noi di ogni singolo socio che ne aderisce (15 partecipanti).

I destinatari

Destinatari del budget di salute sono i giovani adulti con autismo severo soci della Cooperativa e gli utenti del Dipartimento di Salute Mentale Distretto DSM 8 Asl Roma 2.

Le professionalità coinvolte

Assistenti individuali di ogni singolo destinatario, psicologi, amministrativi, addetti alle pulizie, addetti alle colture e cuoco.

La rete dei soggetti coinvolti

Municipi (Direzioni socioeducative) e Asl Roma 1 e Asl Roma 2 (Direzione distretto 7-8) di riferimento dei ragazzi, Regione Lazio Direzione per l'inclusione sociale, Università "Sapienza" di Roma Facoltà di Psicologia Dip. di Psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione, Istituto Superiore di Sanità, associazionismo vario (esempio ass. di genitori), Associazioni e cooperative del Terzo settore impegnate e in agricoltura sociale famiglie, Scuole.

Valutazione e monitoraggio dello strumento

La valutazione e il monitoraggio del Budget di Salute del progetto individuale è affidato alla Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale legge 112/2016 e l'integrazione sociosanitaria è espressamente richiamata dal capo VII della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" e dal successivo Piano Sociale.

6.5 Sicilia

6.5.1 Natura Amica





NaturAmica⁷³ Società Cooperativa Sociale s.r.l. con sede in Longi (ME) si trova nell'area dell'attuale Masseria di ForteMilè sui ruderi del Castello di Milè e svolge prevalentemente attività agricola, di inclusione socio-lavorativa di soggetti svantaggiati e attività finalizzate all'inserimento lavorativo di persone con disabilità psichica e disagio sociale.

La cooperativa gestisce servizi socio-sanitari ed educativi e svolge attività agricole, industriali, commerciali o di servizi finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. NaturAmica si è sempre impegnata nella promozione sociale e lavorativa di categorie fortemente marginalizzate, inserendo nel proprio contesto sociale e lavorativo soggetti con varie disabilità e disturbi psichiatrici. La cooperativa, sin dal settembre 2015, ospita, in accordo con Fondazione MeSSinA, una persona proveniente dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona P. G. (ME), al fine di promuovere l'inserimento socio-lavorativo di persone ex internate.

La cooperativa NaturAmica, fin dai suoi esordi, si è concentrata sulla valorizzazione del territorio, attraverso l'opera di riqualificazione di un bene storico, un antico casale, al fine di ristrutturarlo e rifunzionalizzarlo come agriturismo, mettendo a coltura i terreni della proprietà agricola. All'interno di tale contesto i lavoratori operano all'insegna dei principi di mutualità e di solidarietà che consentono continuità e stabilità nel mantenimento del rapporto di lavoro. La sostenibilità economica è garantita dalla vendita dei prodotti agro-alimentari sul mercato oltre che dall'attività agrituristica.

Gli inserimenti socio-lavorativi oggetto dei PTI vengono sviluppati nell'ambito di attività agricole e agrituristiche. Le attività agricole che si integrano con il budget di salute sono la coltivazione dell'orto, di piccoli frutti, di essenze aromatiche e la raccolta di erbe spontanee. La cooperativa si occupa anche di trasformazione dei prodotti agricoli e vendita diretta. All'interno della cucina/laboratorio vengono svolte attività di invasettamento e confezionamento di burnie, il confezionamento in busta di erbe aromatiche per tisane e la produzione di olioliti per la cura del corpo come olio di iperico e olio di camomilla. Questi prodotti vengono venduti in azienda oppure presso fiere mercato in giornate predestinate per favorire le attività all'esterno dell'utente. Parte dell'attività agriturbistica riguarda l'organizzazione di una serie di eventi turistici, culturali e sociali: dalle giornate legate al turismo esperienziale, ai convegni, alle mostre, a concerti e infine alle cerimonie. La struttura, pertanto, necessita di coadiuvanti della cura degli spazi interni ed esterni e del giardino, nonché della cucina.

Modalità di programmazione e gestione del BdS in AS

Tutti i lavoratori soci e non soci e tutti i volontari della Cooperativa vengono coinvolti attraverso incontri specifici finalizzati all'ascolto e alla partecipazione prima di ogni Assemblea formale della cooperativa. L'obiettivo è quello di raccogliere indirizzi e di favorire la piena "cittadinanza" nell'impresa sociale di tutte le persone coinvolte.

Le pratiche partecipative sono finalizzate a raggiungere l'obiettivo di coinvolgere pienamente i beneficiari dei progetti personalizzati quali soci ordinari della cooperativa.

Tutti i lavoratori di NaturAmica operano per le azioni legate alla socializzazione.

I destinatari

Il progetto, in fase di attuazione, coinvolge tre utenti provenienti dall'elenco del CSM di Sant'Agata. Per i primi 12 mesi viene effettuato un tirocinio formativo retribuito che sarà poi trasformato in contratto di lavoro dipendente per gli anni successivi. Per l'utente già in carico a questa Cooperativa verrà applicato un contratto di lavoro part-time come previsto dal CCNL del settore.

⁷³ Si ringrazia per la collaborazione Fabio Caloggero.



Le professionalità coinvolte

Un'équipe integrata socio-educativa, che affianca i professionisti del DSM, garantisce i necessari servizi di tutoraggio e accompagnamento per supportare un abitare autonomo in contesti di socializzazione.

L'équipe integrata è costituita da tutti i collaboratori della Cooperativa NaturAmica e 2 educatori professionali del Consorzio Sol.E.

È coinvolta tutta la rete del Distretto Sociale Evoluto. Più in particolare il sistema socio-economico di Messina.

La rete dei soggetti coinvolti

Nell'attività è coinvolta tutta la rete del Distretto Sociale Evoluto e il sistema socio-economico di Messina. Più in particolare il sistema socio-economico dell'Alta Valle del Fitalia.



Conclusioni

Le modalità con cui prendono forma i progetti di AS sono molto variegata e sovente anche originali, come si è visto dalle esperienze riportate nel volume.

L'incontro tra il Terzo settore, il mondo agricolo e la sfera dei servizi sociali pubblici, espresso dall'AS anche nell'ambito del BdS, rappresenta un valido esempio di innovazione sociale che apre nuove piste di lavoro sia con riferimento alle prospettive di responsabilità da parte delle imprese agricole private, sia per realizzare, attraverso le filiere di produzione del cibo, azioni pienamente inclusive di persone con disabilità.

La condivisione dell'esperienza professionalizzante tra persone con disabilità e no, in un'ottica di reciproca crescita sia individuale che collettiva, umana e professionale, aumenta il livello di partecipazione e di solidarietà tra le persone fornendo quegli strumenti di innovazione sociale, in cui sono prevalenti valori di condivisione, accoglienza, solidarietà, che consentono a tutta la comunità territoriale di sentirsi parte integrante della società in un'ottica di cittadinanza attiva. Questo approccio mette le persone in condizione di rappresentare il vero volano di risorsa e sviluppo economico per il sistema produttivo, e permette la creazione di reti territoriali trasversali fra più attori e settori garantendo la sostenibilità del singolo progetto oltre la sperimentazione.

È ormai noto, che per gli agricoltori l'AS rappresenta un modo più sostenibile per stare nel mercato agricolo e uno strumento per migliorare la propria reputazione all'interno delle comunità locali. Agli operatori socio-sanitari, consente di promuovere risposte innovative alla pressante domanda di servizi personalizzati e di qualità. Per le istituzioni pubbliche e gli amministratori, significa avere la possibilità di riorganizzare risposte complesse a sostegno della vitalità e resilienza dei territori in cui operano.

La portata innovativa dell'AS non è tanto, o non è solo, nelle caratteristiche dei singoli processi e dei singoli esiti, quanto risiede nelle sollecitazioni che il tema genera nel ripensare il modo in cui le competenze, i ruoli, le politiche, le risorse possono essere rimesse in gioco per disegnare comunità che collaborano, co-producono e organizzano l'insieme di fattori strutturali e funzionali necessari per promuovere la salute degli individui sui territori e una adeguata qualità del vivere sociale (Cirulli et al. 2011). Per tale motivo, l'AS può essere un'opportunità per aumentare il valore del BdS, proprio perché consente di sperimentare e riformare il sistema di welfare, passando da forme mercantili, assistenziali, contenitive e istituzionalizzanti, estremamente costose e inefficaci, a modelli di welfare comunitari strutturalmente intrecciati con sistemi di economia civile produttiva che, al contrario, si alimentano e amplificano capitale sociale, libertà e capacità e, insieme risorse economiche (Soresi 2016).

Tale processo comporta un cambio di paradigma culturale capace di riconsiderare il rapporto esistente, fonte di discriminazione, tra i modelli di assistenza e quelli dello sviluppo economico, e immaginare le modalità di ri-orientamento dei "costi del socio-sanitario e del sociale" in investimento economico e relazionale, nella valorizzazione dei legami per la riabilitazione integrale del territorio. Inoltre, l'incorporazione delle variabili economiche in servizi/processi sociali e sociosanitari, portatrici di senso condiviso, può produrre nuove forme di sviluppo e di inclusione sociale, mediante una più equa redistribuzione della ricchezza, e allargare l'area dei diritti di cittadinanza e dunque delle libertà, dell'eguaglianza, della dignità (principi cardini della Costituzione Italiana).

Infine, la presenza dell'AS nei percorsi con Budget di Salute può consentire di superare la convinzione che impegnarsi nel sociale e nel socio sanitario è "altra cosa" rispetto all'impegno per lo sviluppo, per l'economia, per la crescita collettiva.



Promuovere, sviluppare e incentivare politiche di AS significa contribuire a costruire un sistema di welfare in un contesto locale, di comunità di pratiche, attivando tutte le risorse della comunità stessa, significa lavorare per il benessere collettivo e lo sviluppo dell'intera comunità dove ogni persona si sente responsabile del bene comune e partecipa del processo di cambiamento di una comunità più accogliente e solidale.

A oggi il passaggio a nuovi modelli di welfare partecipativo (welfare di comunità/prossimità/municipale) è ancora incompiuto e lo testimonia da una parte l'involuzione dei Piani di Zona (Legge quadro 328/2000 sui servizi sociali), che hanno progressivamente ridimensionato la componente partecipativa del Terzo settore e della società civile, e dall'altra la mancata attuazione, in quasi tutte le regioni italiane, dell'integrazione socio-sanitaria auspicata a partire dal DPCM del 14 febbraio 2001. In effetti, l'integrazione socio-sanitaria pur prevista da almeno un decennio in tutte le pianificazioni di tipo sanitario e sociale, rimane di fatto incompiuta.

Essa non può semplicemente risolversi all'interno delle istituzioni, attraverso modalità di raccordo che spesso sono affidate alle capacità dei singoli professionisti, ma ha bisogno di attuarsi nel territorio, luogo in cui può realizzarsi pienamente e da cui prende effettivamente senso e significato. Pertanto, diventa sempre più importante attuare forme di integrazione socio sanitaria comunitaria, come il BdS e i percorsi di AS, come condizione a partire dalla quale può generarsi un nuovo welfare di comunità.

Se rileggiamo il percorso dell'AS, così come si è sviluppato nelle diverse regioni italiane, si può riconoscere questa evoluzione in modo chiaro. Infatti, inizialmente si trovano esempi di welfare spontaneo, del tutto inconsapevole, che si sviluppano nelle aziende agricole o nelle cooperative sociali che propongono i primi percorsi di inclusione socio lavorativa in contesto agricolo. Solo in seguito l'agricoltura sociale, attraverso un percorso di emersione, confronto, riflessione e studio, ha trovato la sua rappresentazione condivisa come azione condotta da operatori con diverse professionalità che collaborano nella co-progettazione e realizzazione congiunta di percorsi di inclusione e cura delle persone fragili.

Questo lavoro evidenzia in modo chiaro come uno spostamento di paradigma che interessa tanto il settore agricolo quanto quello socio-sanitario, costruito sulla centralità del territorio e della comunità che lo abita, si stia attuando nel nostro paese, anche se lentamente.

Si va affermando dunque un nesso inscindibile tra territori, agricoltura e comunità. Fuori da una logica di sistema socio-sanitario ancora improntato sulla differenziazione dell'utenza e poco propenso a indagare le potenzialità e opportunità del territorio e delle persone che lo abitano, sta emergendo un nuovo sistema integrato che potremmo definire socio-sanitario-comunitario, molto più attento alla qualità della vita e del territorio.

La dimensione etica riflette in queste esperienze un modello economico basato sulla reciprocità e sull'attenzione particolare al bene comune. Questo lavoro, seppur con i limiti dovuti alla rilevazione delle informazioni effettuata soltanto in alcune regioni e al numero contenuto di esperienze esaminate, permette di cogliere nell'applicazione del BdS in agricoltura sociale un valido esempio di pratica locale di co-progettazione e realizzazione di interventi finalizzati sia al miglioramento della qualità della vita dei singoli sia allo sviluppo di comunità coese e solidali.

Ulteriori studi su questo ambito potrebbero essere finalizzati a individuare i fattori che favoriscono o inibiscono lo sviluppo di tali processi, le modalità con cui allargare e qualificare gli attori coinvolti, le forme che possono garantire l'effettiva partecipazione al processo dei diretti interessati, cioè le persone fragili.



Bibliografia

- Amati F., Italo Santangelo I., (2022), Agricoltura sociale e ruolo dell'impresa sociale nell'erogazione di servizi alla persona, *Rivista digitale Impresa Sociale*, n. 2/2022
- Ascani M., Iacono R., De Vivo C. (2023), L'applicazione del Budget di salute in agricoltura sociale. Rispondere a una domanda che cambia, in *Prospettive sociali e sanitarie* n. 3, 2023
- Beresford, P. (2014). *Personalisation*. Bristol: Policy Press
- Cantiere Terzo settore, Co-programmazione e co-progettazione, marzo 2019
- Castegnaro C., Cicoletti D., "Budget di salute: un dispositivo a sostegno del diritto a una vita autonoma", *Welforum.it*, 13 settembre 2017, www.welforum.it/?p=44885
- Castegnaro C., Pasquinelli S., Pozzoli F., Budget di Salute: dalle promesse alla realtà, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1, 2021, pp. 1-2
- CREA, L'agricoltura sociale nella normativa regionale italiana, Aggiornamento Ottobre 2019
- 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, Genova A, Collacchi B, Cirulli F(Ed.). *Agricoltura sociale: processi, pratiche e riflessioni per l'innovazione sociosanitaria*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/9)
- Christensen, K., & Pilling, D. (2014). Policies of personalisation in Norway and England: On the impact of political context. *Journal of Social Policy*, 43(3), 479–496
- D'Angelo I., et al. (2022). Planning and Quality of Life in the management of people with intellectual disabilities: social farming as a new space and generative time. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, X, 2, 140-151. <https://doi.org/10.7346/sipes-02-2022-13>
- De Vivo C., Ascani M., Cacciola S., "Il budget di salute come nuovo strumento di welfare", XXXIX Conferenza italiana di scienze regionali, Atti della Conferenza: 1-15, 2018
- Dell'Olio, M.; Hassink, J.; Vaandrager, L. (2017). The development of social farming in Italy: A qualitative inquiry across four regions. *J. Rural Stud.* 2017, 56, 65–75
- Di Iacovo, F. Social Farming Evolutionary Web: From Public Intervention to Value Co-Production. *Sustainability* 2020, 12, 5269
- Di Iacovo, F.; Moruzzo, R.; Rossignoli, C. (2017). Collaboration, knowledge and innovation toward a welfare society: The case of the Board of Social Farming in Valdera (Tuscany). *J. Agric. Educ. Ext.* 2017, 23, 289–311
- European Network for Rural Development (2021), *Rural social economy*, EU rural review No 31
- Ferguson, I. (2012), «Personalisation, social justice and social work, A reply to Simon Duffy», *Journal of Social Work Practice*, 26(1), pp. 55-73
- Fondazione Zancan, "Verso un welfare generativo, da costo a investimento", *Studi Zancan*, 2, 2013
- Galera, G. et al. (2022). Report on trends and challenges for work integration social enterprises (WISEs) in Europe. Current situation of skills gaps, especially in the digital area. B-WISE project



- García-Llorente, M.; Rossignoli, C.M.; Di Iacovo, F.; Moruzzo, R. (2016). Social Farming in the Promotion of Social-Ecological Sustainability in Rural and Periurban Areas. *Sustainability* 2016, 8, 1238
- Genova, A. (2018). L'innovazione nel welfare regionale: la governance dell'agricoltura sociale nel caso studio delle Marche. *Argomenti*, 11, 77-98
- Giarè F., "Il welfare rigenerativo nelle aree rurali: il contributo dell'agricoltura sociale e delle cooperative di comunità", *Rete Rurale Magazine*, 11:13-15, 2020
- ISS, Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona", pubblicato come allegato della [DGR 348 del 28/3/2022 della Regione Marche](#)
- Mion, G., Baratta, R., Bonfanti, A., & Baroni, S. (2022). Drivers of social innovation in disability services for inclusion: A focus on social farming in nonprofit organizations. *The TQM Journal*
- Moretti C. (2020). Agricoltura sociale: progettualità possibili nel welfare locale. *Sociologia urbana e rurale*, 123, 75-89
- Mosca M. (2018), *Sviluppo umano e budget di salute*, Franco Angeli, 2018
- Mosca M. (2020), Alla (ri)scoperta del budget di salute, <https://www.rivistaimpresasociale.it/forum/articolo/alla-ri-scoperta-del-budget-di-salute>
- Needham, C., & Dickinson, H. (2017). "Any one of us could be among that number": Comparing the policy narratives for individualized disability funding in Australia and England. *Social Policy & Administration*. doi: 10.1111/spol.12320
- Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, Schema di linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 (Vita indipendente ed inclusione nella società) della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, giugno 2016
- Pasqualotto L., (2014), *Disabilità e inclusione secondo la capability approach*, *Rivista digitale Erikson*, Vol. 13, n. 3, settembre 2014, pp. 278-284
- Papa Francesco (2015), *Lettera Enciclica Laudato Sì del Santo Padre Francesco sulla cura della casa comune*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana
- Pavoncello D., Polidori S., (a cura di) (2023), *Agricoltura sociale: attori, processi, innovazione verso la transizione eco-sociale*, Report INAPP 2023
- Piano nazionale di ripresa e resilienza: parere della Commissione XII Affari sociali, in *Studi-Affari sociali*, 24.03.2021
- Polidori S. (2024), *Economia civile e policy territoriali: l'agricoltura sociale nell'ecosistema del budget di salute*, Working Paper 117, Roma, Inapp (in corso di pubblicazione).
- Polidori S. (2022), *Piano d'azione per l'economia sociale (UE) ed ecologia integrale*, Intervento a VII Festival della Sociologia, Conversazione sociologica su Ecologia, Economia, Ri-generatività condivisa, Narni, 7 ottobre
- Polidori S., Pavoncello D. (2022), *Il budget di salute quale strumento di economia civile nelle policy di (benessere) di prossimità nei territori/comunità*, XV Conferenza ESPAnet Italia, Bari, 1.3 settembre 2022
- Prandini, R. and Orlandini, M. (2018), «The morphogenesis of disability policies and the personalisation of social services. A case study from Italy», *International Review of Sociology*, 28(1), pp. 86-109



Regione Emilia-Romagna (2016), Linee di Indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute

Righetti A. (2013), I Budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche, Roma-Bari, Laterza

Santuari A. (2022), Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili, Milano, Franco Angeli

Scott-Samuel, A. (2015), «Personal health budgets in England, Mood music or death knell for the National Health Service?», *International Journal of Health Services*, 45(1), pp. 73-86

Starace F. (2011), Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute, Roma, Carocci Faber

Starace F., Il Budget di Salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1, 2021, pp. 3–5

Terraneo M., Tognetti Bordogna M., Russo C. (2021), Personal budgets for people with disabilities: A systematic review of the literature, in *Sociologia italiana*, n. 17, 2021

Testi S. (2017), I patti territoriali per la salute mentale, in *Il seme e l'albero. Rivista di scienze sociali, psicologia applicata e politiche di comunità*, 2017, Anno III, N. 3, pp. 129-135

Viganò, F.; Musolino, D. Agricoltura sociale come politica di sviluppo per le aree svantaggiate. Il caso del Mezzogiorno e della Calabria. In *Perspektiven der Sozialen Landwirtschaft unter Besonderer Berücksichtigung der Entwicklungen in Italien* Hrsg; Elsen, S., Angeli, S., Bernhard, A., Nicli, S., Eds.; Bozen-Bolzano University Press: Bolzano, Italy, 2020; pp. 177–190



Normativa comunitaria

COM(2021) 778 final del 9.12.2021, COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS del 09.12.2021, Building an economy that works for people: an action plan for the social economy

GU.UE / C 44/ 44 Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema agricoltura sociale: terapie verdi e politiche sociali e sanitarie» (parere 'iniziativa). 2013/C 44/07

Normativa nazionale

[Legge 22 dicembre 2021, n. 227](#): Delega al Governo in materia di disabilità

Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117 del 2017 – D.M. del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali n. 72 del 31/03/2021

Sentenza Corte costituzionale n. 131 del 2020

Decreto Legislativo 19/5/2020, n. 34: "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19", convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77

Decreto legislativo 3 agosto 2018, n. 105. Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante: «Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.» (GU Serie Generale n.210, 10 settembre 2018)

Decreto legislativo 20 luglio 2018, n. 95. Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 112, recante revisione della disciplina in materia di impresa sociale, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge 6 giugno 2016, n. 106 (GU Serie Generale n.185, 10 agosto 2018)

Decreto legislativo 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 (GU Serie Generale n.179, 02 agosto 2017)

Sitografia

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/notizie/regione/2022/maggio/disagio-psichico-l2019innovativo-modello-del-2018budget-di-salute2019-sperimentato-con-successo-in-emilia-romagna>

https://enrd.ec.europa.eu/news-events/news/eu-rural-review-31-rural-social-economy_en

https://www.ausl.pr.it/azienda/budget_salute/default.aspx

https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html

<https://welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>

<https://osservatorionazionaleautismo.iss.it/documents/20126/151568/LineeIndirizzoBdS.pdf/>

Camera dei Deputati Atto Camera: 1752: Proposta di legge: D'Arrando e altri: "[Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati](#)".

[Castegnaro C., Pasquinelli S., Pozzoli F., "Il Budget di Salute: dalle promesse a quale realtà?", Welforum.it, 3/5/2021.](#)



Allegati

Allegato 1- Scheda di rilevazione

Allegato 2- Questionario qualitativo



Allegato 1

“II BUDGET DI SALUTE IN AGRICOLTURA SOCIALE”

SCHEDA INFORMATIVA DI RICOGNIZIONE DEI PROGETTI

SUL BUDGET DI SALUTE IN AGRICOLTURA SOCIALE

- FINALIZZATA AL QUADRO ESPLORATIVO DELLE ESPERIENZE TERRITORIALI -

La scheda informativa che si presenta, caratterizzata da informazioni/fonti di tipo amministrativo, costituisce uno strumento di lettura finalizzato alla raccolta delle informazioni dei progetti realizzati nell'ambito dell'agricoltura sociale attraverso il budget di salute.

Per agricoltura sociale (Legge 141/2015) si intendono le attività esercitate dagli imprenditori agricoli in forma singola o associata e dalle cooperative sociali dirette a realizzare: a) inserimento socio lavorativo di soggetti svantaggiati; b) prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali; c) prestazioni e servizi che affiancano e supportano terapie mediche, psicologiche e riabilitative; d) progetti finalizzati all'educazione ambientale e alimentare.

La presente attività rientra nell'ambito delle progettualità di collaborazione tra l'Inapp – Istituto Nazionale Analisi Politiche Pubbliche (struttura inclusione sociale) e il CREA, finalizzate a realizzare una ricognizione conoscitiva sull'applicazione - a livello territoriale - del budget di salute (BdS) in agricoltura sociale, ivi incluso il coinvolgimenti del terzo settore e/o delle aziende agricole, nelle seguenti Regioni: Emilia Romagna, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania.

Nome e cognome del compilatore: _____

Data della compilazione: _____

La scheda deve essere compilata una per ogni progetto finanziato



INFORMAZIONE GENERALI

REGIONE/PROVINCIA/COMUNE

ENTE finanziatore:

FINANZIATO CON RISORSE:

☐ regionali; ☐ nazionali; ☐ comunitarie; ☐ altro (specificare) _____

TITOLO DEL PROGETTO: _____

ENTE FINANZIATO:

☐ azienda agricola; ☐ ente del terzo settore; ☐ altro (specificare) _____

Anno di riferimento del finanziamento: _____

Bando/Avviso di riferimento con l'indicazione del link di pubblicazione dello stesso:

PROGETTO REALIZZATO IN PARTENARIATO

☐ Sì; ☐ No

Se Sì, specificare con chi:

☐ azienda agricola; ☐ ente del terzo settore; ☐ altro (specificare) _____

ANAGRAFICA DELL'ENTE FINANZIATO

Denominazione

Sede legale

Tipologia giuridica se trattasi di ente del Terzo settore

Altre informazioni utili rilevate dal compilatore



AMBITO DI INTERVENTO DEL PROGETTO

☐ sanitario; ☐ sociale; ☐ socio-sanitario; ☐ educativo

Risorse umane che hanno concorso alla definizione del bds in agricoltura sociale

n. ____ complessivo, di cui:

n. ____ educatori

n. ____ tutor

n. ____ psicologi

n. ____ formatori

n. ____ volontari

n. altro (specificare) _____

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' REALIZZATA TRAMITE IL BdS

DESTINATARI A CUI SONO RIVOLTE LE ATTIVITA' DEL PROGETTO (in ordine alfabetico)

Anziani

Detenuti

Disoccupati con disagio socio economico

Donne vittima di violenza

Ex detenuti

Giovani in difficoltà

Immigrati

Minori

Minori in affidamento

Minori non accompagnati

Persone affette da dipendenze

Persone con disabilità

Persone con malattie croniche e degenerative



Persone non autosufficienti

Rifugiati richiedenti asilo

Soggetti in terapia media riabilitativa

Studenti con DSA o BES

Studenti in alternanza scuola lavoro

Altro (specificare) _____

PERCORSO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO

☐ presente; ☐ assente; ☐ non definito; ☐ altro (specificare)

Se presente, specificare la tipologia dello strumento

- PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO
- ALTRO (specificare)

MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DELLA PERSONA/DESTINATARI NELLA DEFINIZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO PERSONALIZZATO

PRESA IN CARICO INTEGRATA E RETE DI SUPPORTO

(La rete e le relazioni tra servizi socio-sanitari - Asl, Unità di Valutazione Integrata....- , operatori del Terzo settore ecc...)



Allegato 2

QUESTIONARIO

Il presente questionario, indirizzato a testimoni privilegiati, è finalizzato ad acquisire informazioni per l'analisi dell'efficacia del Budget di Salute adottato, anche in agricoltura sociale, nell'ambito di alcuni contesti regionali e delle diverse modalità attuative, evidenziando punti di forza e di debolezza dello strumento, nonché proposte migliorative.

Il Budget di Salute (BdS) rappresenta 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 e multidisciplinarietà, a vantaggio della libertà di scelta delle persone fragili (utenti), dei familiari e della comunità. Tutto ciò è finalizzato ad una concreta e fattiva integrazione socio-sanitaria, con servizi personalizzati di qualità che comportano un efficiente/efficace utilizzo delle risorse pubbliche.

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 può offrire risposte a bisogni personali e sociali di persone fragili, che condizionano la salute, intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia (WHO, 1948), se non più recentemente come la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive (Huber et al. 2011, Godlee 2011).

Il questionario, pertanto, costituisce lo strumento per evidenziare anche alcuni aspetti fondamentali relativi all'applicazione del BdS: efficacia, innovazione (anche sociale) di sistema, efficienza e equità.

Obiettivi del questionario

- valutare l'applicazione del budget di salute e del piano terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI);
- far emergere quali dinamiche hanno caratterizzato l'attuazione del BdS (rapporti con Regione, Enti del Terzo settore, utenti, altri soggetti coinvolti);
- raccogliere il parere dell'interlocutore rispetto all'efficacia del budget di salute.

IL QUESTIONARIO, DEBITAMENTE COMPILATO, DOVRA' essere inviato, entro il 10/10/2022, a: d.pavoncello@inapp.org; s.polidori@inapp.org.



SEZIONE 1 ANAGRAFICA

Compilatore _____

Regione di appartenenza _____

Struttura di appartenenza _____

Ruolo del compilatore nella struttura _____

SEZIONE 2a CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

- Riferimenti amministrativi del BdS (es. delibere, circolari, ecc. – indicare eventuali link)
- Importo annuo del budget e modalità di erogazione (cadenza mensile, trimestrale, annuale)
- Parametri e modalità di definizione dell'importo
- Ente finanziatore
- Provenienza delle risorse (pubbliche-dipartimenti di competenza, Pnrr, partecipazione privata, ecc.) che costituiscono il BdS
- Destinatari/beneficiari

SEZIONE 2b BUDGET DI SALUTE IN AGRICOLTURA SOCIALE

- Il BdS/PTRI interessa anche l'agricoltura sociale?
- Riferimenti amministrativi (es. delibere, circolari, ecc. - indicare eventuali link)
- Importo annuo del budget e modalità di erogazione (cadenza mensile, trimestrale, annuale)
- Parametri e modalità di definizione dell'importo
- Ente finanziatore
- Provenienza delle risorse (pubbliche-dipartimenti di competenza, Pnrr, partecipazione privata, ecc.) che costituiscono il BdS
- Destinatari/beneficiari

SEZIONE 3 MODALITA' ORGANIZZATIVA

- Quali sono i soggetti coinvolti e che ruoli hanno (es. utenti, famiglie, servizi sociosanitari, terzo settore, operatori a vario titolo, *care planning*) nella definizione dei fabbisogni del soggetto fragile?
- Quale è stato il grado di collaborazione della famiglia nella definizione e realizzazione del PTRI?
- Quale è il processo per l'individuazione e la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) e quali sono gli aspetti valutati per la sua definizione?



- Qual è l'arco temporale di realizzazione di un PTRI? È stabilito sulla base delle esigenze del soggetto fragile oppure ha una durata standard?
- Quali sono le modalità di individuazione della struttura ospitante il soggetto fragile?
- Quali sono le modalità e i tempi di monitoraggio dell'attuazione del PTRI? Da chi viene realizzato?
- Quali sono le modalità di raccordo tra la domanda e l'offerta di servizi?
- Con quale tipologia di atti è definito il contratto che collega il soggetto fragile, i servizi sociosanitari, la figura del cogestore, ecc.?
- Come la Regione ha definito le modalità operative e gli strumenti (es. valutazione, presa in carico, erogazione dei servizi, integrazione dei servizi sanitari con il sociale, ecc.)?
- In che modo si è creata una rete con i soggetti del territorio (es. organizzazioni, servizi territoriali sanitari, associazioni) per garantire continuità assistenziale e politiche di *empowerment* al fine di superare la frammentarietà degli interventi e investire sulla persona attraverso la realizzazione dei progetti di vita?
- Con quali modalità le Istituzioni (regioni) e gli Enti del Terzo Settore interagiscono con le aziende in cui si realizza il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato?
- Sono previsti strumenti di co-programmazione e co-progettazione (art. 55 del D.lgs 117/2017 e s.m.i.) nel BdS e nella definizione del PTRI?
- È prevista la valutazione finale del PTRI? Da chi viene realizzata?
- Il Budget di salute è inserito nel piano regionale dei servizi sociali e/o sanitario? E/o in progettualità del Pnrr? E/o in altro? (specificare)



SEZIONE 4 VALUTAZIONE DEL PTRI RISPETTO AL SOGGETTO FRAGILE (EFFICACIA/INNOVAZIONE DI SISTEMA/EFFICIENZA/EQUITA')

- A suo avviso, lo strumento del BdS ha aumentato la qualità delle relazioni sociali esterne del soggetto fragile assicurandogli una migliore gestione della propria vita rispetto alle quattro aree che influenzano e promuovono in modo significativo il suo benessere?

apprendimento/espressività,

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:

casa-habitat

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:

formazione-lavoro

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:

socialità-affettività

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:



- L'applicazione dello strumento del BdS ha permesso di sperimentare innovazioni (anche sociali) di sistema e, quindi, nuove modalità di processi e pratiche organizzative dei servizi, che consentano alle persone fragili di gestire la propria condizione psico-fisica?

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:

- L'attuazione del PTRI consente l'inclusione sociale delle persone fragili?

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:

- L'applicazione del BdS garantisce tempi ed equità delle prestazioni adeguati e appropriati, e l'ottimizzazione delle risorse sia umane che finanziarie?

MOLTO D'ACCORDO	D'ACCORDO	INDECISO	DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO

MOTIVAZIONE DELLA RISPOSTA ed eventuali suggerimenti:



SEZIONE 5 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DELL'APPLICAZIONE DEL BdS

- Quali sono i punti di forza del BdS?

- Quali sono state eventualmente gli esempi di esperienze positive buone prassi dell'applicazione del BdS?

- Quali sono i punti di debolezza del BdS?

- Quali sono state le eventuali criticità nelle relazioni con tutti i soggetti coinvolti comprese le Istituzioni?

- Quali sono state le eventuali criticità nelle relazioni con il Terzo settore?



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

f    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

