



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

Il Budget di Salute: la possibilità di realizzare il progetto di vita dei soggetti fragili
- policy brief -



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

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

Direzione Generale Sviluppo Rurale
Direttore Generale: Simona Angelini

Responsabili scientifici: Francesca Giarè, Patrizia Borsotto

Il presente modulo in-formativo è stato sviluppato nell'ambito del
progetto pilota con la Regione Siciliana "Formazione in agricoltura"
Referente del progetto pilota: Gabriella Ricciardi

Autori: Michela Ascani, Carmela De Vivo, Rita Iacono

Data: gennaio 2022

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



1 Il budget di salute: le caratteristiche e il contesto

La gestione degli interventi per i soggetti fragili necessita di politiche sia sanitarie sia sociali che considerino in modo integrato alcuni aspetti centrali (istituzionali, culturali, normativi, ecc.). Il Budget di salute (BdS) rappresenta un modello organizzativo-gestionale di integrazione sociosanitaria per il reinserimento sociale e lavorativo delle persone affette da disturbi psichiatrici, dipendenze, disabilità fisiche e intellettive, rivelandosi uno strumento utile per rivedere l'impostazione del nostro sistema assistenziale rispetto ai soggetti con fragilità. Secondo Starace (2011), infatti, il BdS è finalizzato a creare un legame tra il sistema di cura e la comunità locale e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi. Il BdS prevede l'attivazione e il coinvolgimento non solo dei soggetti istituzionali, ma anche della comunità nel suo complesso, e, quindi, di quei micro e macrosistemi auto-organizzati: associazioni, comitati di quartiere, organizzazioni di promozione sociale e cooperative. Il BdS può rappresentare lo strumento per procedere speditamente verso una governance unitaria dell'assistenza sociale e sanitaria; tale obiettivo viene perseguito mettendo a sistema le risorse economiche, professionali e umane necessarie a innescare un processo volto a ridare ai soggetti con fragilità, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI), un inserimento sociale adeguato, alla cui realizzazione partecipano non solo l'utente e la sua famiglia, ma anche l'intera comunità.

Secondo Righetti l'obiettivo delle azioni terapeutico-riabilitative individuali è l'innalzamento delle capacità e del potere contrattuale del soggetto fragile e la fruibilità per lo stesso delle quattro aree che influenzano e promuovono in modo significativo il benessere della persona: apprendimento/espressività, casa-habitat, formazione-lavoro e socialità-affettività.

Da un punto di vista normativo, il BdS viene richiamato nella legge 77/2020 (ex decreto Rilancio) e nel Piano Colao (iniziative per il rilancio 2020-2022), come strumento su cui investire una parte importante dei sostegni per la popolazione con fragilità. La norma prevede la possibilità di una sperimentazione biennale (2020, 2021) che, a giugno 2021, non ha ancora visto l'avvio.

Oltre a far parte di numerosi atti regionali, ad oggi, il BdS è oggetto di una proposta di legge che introduce lo strumento come metodo di lavoro nel campo dei

servizi alla persona, legato a progetti terapeutico-riabilitativi costruiti sul territorio.

2 La proposta di legge

La proposta di legge n. 1752 del 2019 "Introduzione sperimentale del metodo budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" è composta da cinque articoli ed è diretta a contrastare la disuguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza sociosanitaria (LEA), garantendo una efficiente e razionale presa in carico delle persone con gravi malattie croniche e vulnerabilità da parte di tutti i soggetti coinvolti in tale ambito.

La proposta di legge intende valorizzare le persone fragili sia riducendo il ricorso alla istituzionalizzazione, sia promuovendone la partecipazione attiva per assicurare interventi pertinenti e personalizzati. Con l'introduzione del metodo del BdS per la realizzazione dei PTRI si intende quindi razionalizzare, riconvertire e rendere sostenibili le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (attività relative alle aree materno-infantile, anziani, patologie psichiatriche, ecc.), a rilevanza sociale (attività finalizzate alla promozione della salute) e a rilevanza sanitaria (attività del sistema sociale che supportano la persona in stato di bisogno), introducendo strumenti di co-programmazione, cogestione e co-realizzazione. Diversi sono gli attori che partecipano alla progettazione e realizzazione dei PTRI: ASL, servizi sociali degli enti locali, Enti del Terzo Settore (ETS), soggetti fragili, famiglie e persone civilmente obbligate.

L'Unità di valutazione Integrata

Compiti e caratteristiche

L'Unità definisce le risorse umane, professionali ed economiche per la realizzazione del PTRI e per la sua sostenibilità attraverso il BdS (A.C. 1752. Dossier n. 327/Seconda edizione – Schede di lettura, 31 marzo 2021).

È costituita nell'ambito del distretto dell'ASL competente ed è integrata da: servizi sociali dei Comuni, operatori sanitari, utenti, familiari, medici di base o pediatri, referente dell'ufficio sanitario ospedaliero, operatori del settore dell'istruzione, amministratori di sostegno, altri soggetti necessari.



La proposta di legge prevede che le Regioni e i Comuni debbano individuare, entro centottanta giorni dalla entrata in vigore del provvedimento, gli ambiti territoriali in cui attivare i PTRI in modo sperimentale e per la durata di tre anni.

Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati	
Definizione	Insieme di azioni indicate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sociosanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, anche dei bisogni sociali, delle preferenze della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e socialità.

Inoltre, l'ASL deve riconvertire, rispetto agli ambiti territoriali, almeno il 10% delle risorse destinate ai LEA ai PTRI.

Gli Enti del Terzo Settore sono cogestori dei PTRI insieme all'amministrazione pubblica. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale viene condotta applicando uno strumento di classificazione, l'International Classification of Functioning (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che descrive lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (famigliare, sociale e lavorativo), sia al momento della presa in carico del progetto, sia nelle successive fasi del monitoraggio.

Enti del Terzo Settore	
Definizione	Sono Enti del Terzo Settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore (D. lgs. 117/2017).

Per la realizzazione del PTRI è sottoscritta una convenzione che fa riferimento al patto di co-

programmazione e di cogestione che vede coinvolti il soggetto fragile, le famiglie, l'ASL, i servizi sociali del Comune, il medico di base o pediatra, gli Enti del Terzo Settore, l'ufficio sociosanitario ospedaliero, il referente del contesto formativo, il case manager o l'operatore responsabile del progetto, ed eventuali altri stakeholders.

La dotazione finanziaria del BdS comprende le risorse: statali destinate ai LEA, degli enti locali, del Fondo sociale europeo e dei progetti nazionali, regionali, ecc., e quelle private conferite dal soggetto fragile.

Infine, sempre entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge, il Ministero della Salute istituisce l'Osservatorio, che ha il compito di monitorare l'introduzione del metodo sperimentale del BdS per la realizzazione dei PTRI e dei risultati conseguiti sulla base delle rilevazioni semestrali.

3 L'applicazione del BdS: le esperienze regionali nell'Agricoltura sociale

Negli ultimi anni il BdS in alcuni contesti il budget di salute è stato applicato con successo nell'ambito dell'agricoltura sociale (AS), facendo emergere interessanti e innovativi nessi tra politica socio-sanitaria e di sviluppo rurale ed evidenziando le potenzialità offerte dalla utilizzazione del budget di salute per lo sviluppo di servizi alla persona e per le comunità. L'applicazione del BdS in AS è avvenuta e sta avvenendo soprattutto in alcuni contesti regionali con la finalità di garantire il miglioramento del benessere degli utenti tramite la partecipazione alle attività dell'azienda agricola. Nel territorio nazionale diverse sono le esperienze in questo ambito, e di particolare interesse quelle realizzate in Campania, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia.

Caso Studio – Regione Campania



In Campania la legge regionale n. 5 del 2012, relativa all'agricoltura sociale e alla disciplina delle fattorie e orti sociali, individua all'art. 3, tra i soggetti che possono svolgere attività di agricoltura sociale, anche i co-gestori dei PTRI, sostenuti dal budget di



salute. Alcune cooperative sociali hanno intrapreso questa strada, ospitando presso le loro strutture persone per le quali è stato elaborato un PTRI, avviando percorsi virtuosi di collaborazione e di coordinamento tra il pubblico e il privato sociale.

I PTRI, sviluppati in diverse sezioni (situazione del funzionamento sociale a carico familiare; bisogni socio-sanitari emersi in riferimento alle specifiche esigenze individuali e familiari; obiettivi del progetto; interventi programmati in cogestione e personale impiegato; soggetto valutatore e periodicità delle verifiche durante il progetto; intensità dell'intervento), sono elaborati dall'Unità di Valutazione Integrata distrettuale e adottati dalle cooperative sociali iscritte all'elenco dei cogestori dei BdS che svolgono AS. Le cooperative propongono all'utente l'intervento sociosanitario e, poi, l'ASL di riferimento, in sede di UVI distrettuale, con il supporto dell'utente stesso e della sua famiglia, valuta le proposte giunte dalle cooperative per fare una scelta. Una volta che l'utente viene affidato alla specifica cooperativa, viene sottoscritto un impegno tra ASL ed ente locale che definisce il PTRI e la quota economica del BdS. L'UVI monitora la realizzazione del PTRI attraverso incontri periodici di verifica.

L'esperienza campana, in particolare quella della provincia di Caserta e del consorzio "Nuova cooperazione organizzata" (NCO) mostra come il BdS sia uno strumento dinamico, che consente di modellare sulla persona l'intervento terapeutico riabilitativo più adeguato restituendogli diritti, dignità e opportunità. Il consorzio di cooperative ha permesso di creare una rete di economia sociale come un antidoto a quella criminale, riutilizzando i terreni confiscati alla camorra e attivando con le aziende agricole percorsi di agricoltura sociale e servizi innovativi alla persona.

Caso studio – Regione Emilia- Romagna



Le esperienze pionieristiche di Budget di Salute (BdS) che hanno visto nel territorio friulano le punte maggiormente innovative negli anni '90 e nei primi anni 2000, hanno suscitato grande interesse anche presso la Regione Emilia-Romagna, che ne ha previsto la sperimentazione a partire dal Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011. Dopo i positivi riscontri delle esperienze di Parma, Imola e Forlì,

anche il Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) di Bologna ha avviato una riflessione sul Budget di Salute che ha portato nel 2013 ad avviare una profonda riforma della progettazione individuale. Con la D.G.R. 1554/2015 sono state definite le linee di indirizzo per la realizzazione della metodologia con il BdS.

È stato avviato, quindi, un percorso normativo che mette al centro del processo il soggetto fragile e che evidenzia la necessità di condivisione degli obiettivi e delle azioni innovative, la verifica e il monitoraggio del progetto. I tecnici delle Aziende USL e degli enti locali, sulla base dei primi indirizzi della Consulta Salute Mentale, hanno appunto predisposto il documento che definiva gli elementi qualificanti del modello e le procedure generali di percorso (accesso, Unità di valutazione multidisciplinare - UVM, presa in carico, progetto, destinatari e risorse attivabili).

Per verificarne l'applicazione, la Regione ha, inoltre, previsto il Tavolo di Programma "Inclusione sociale e Budget di Salute" con il coordinamento tecnico-operativo del DAI SMDP (Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) dell'Azienda USL di Parma, a cui partecipano i referenti dei DSM-DP per il Budget di Salute, i rappresentanti della Consulta Salute Mentale, i rappresentanti degli Enti Locali e i tecnici della Regione Emilia-Romagna.

Lo strumento è attivabile da parte dei DSM-DP in collaborazione con i Servizi Sociali, per sostituire o alternare l'assistenza residenziale. Molteplici sono state nel contesto territoriale le modalità procedurali, come ad esempio il co-housing e l'inserimento lavorativo.

Con l'applicazione del BdS nell'ambito dell'AS viene data la possibilità alla persona di vivere a casa propria in modo indipendente. Un caso di interesse di applicazione del BdS in AS è quello del Consorzio Fantasia che offre la possibilità ai soggetti con fragilità di lavorare in un contesto protetto e all'aria aperta. Ogni persona inserita segue un PTRI. L'idea è di applicare dei modelli in cui è possibile inserire le persone nel mondo del lavoro, per questo il Consorzio ha preferito mantenere, nei pressi del frutteto e dei campi dove si coltivano ortaggi, il punto vendita, per far in modo che si riescano ad instaurare delle relazioni tra i soggetti fragili e la comunità.

Caso studio - Friuli-Venezia-Giulia



Il percorso si è sviluppato a partire dalla fine degli anni '90, soprattutto nell'area della salute mentale, ma anche della disabilità e dell'assistenza agli anziani, e in specifici territori, nei quali è stata attivata una domanda di assistenza alle persone all'interno della comunità di appartenenza.

A livello normativo, la Regione ha supportato il BdS con norme, regolamenti e con l'applicazione del Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) a progettazioni personalizzate, che rappresenta di fatto un BdS. L'AS ha rappresentato fin da subito uno strumento fondamentale, in particolare nell'area della salute mentale; infatti, una serie di agricoltori si sono attivati con il BdS, in un percorso ancora in atto che coinvolge destinatari delle aree della salute mentale, della disabilità, della neuropsichiatria infantile e dell'immigrazione.

Il Consorzio Mosaico opera all'interno di un percorso che ha la finalità di realizzare un modello di welfare comunitario, in prospettiva di un sistema di protezione e sviluppo sociale fortemente incentrato sulla capacità delle comunità locali di auto-organizzarsi per rispondere alle loro esigenze.

Anche le risorse del Programma di Sviluppo Rurale hanno permesso di lavorare nella direzione della costruzione di un sistema di cura nelle comunità, che ha mostrato una buona tenuta anche durante la crisi dovuta al Covid 19. I Progetti terapeutici riabilitativi personalizzati (PTRP) sono co-progettati con le persone fragili, le famiglie e le comunità locali, per dare risposte ai diversi bisogni, in una logica di costruzione di welfare di comunità.

Con la LR 17/2008 è sostenuta l'attività di sperimentazione per lo sviluppo delle fattorie sociali che hanno come obiettivo la creazione di opportunità socio lavorative. L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5, ad esempio, già dal 2009 presenta alla Regione progetti per lo sviluppo di azioni in fattorie sociali, secondo lo schema di piani territoriali con alcuni "hub" di maggior sviluppo e promozione di attività. Inoltre, si sono sviluppati "poli" di pratiche di AS presso aziende private, associazioni, cooperative, enti, a partire da realtà già dedite ad attività di inclusione sociale (in quanto esperienze "storiche" del Terzo settore), o da aziende agricole che hanno diversificato le proprie attività.

Le esperienze regionali presentate rappresentano pratiche innovative caratterizzate dalla collaborazione e dalle relazioni tra servizi socio-sanitari, operatori degli ETS, aziende agricole che svolgono attività di agricoltura sociale e comunità locali. Tali pratiche si inseriscono coerentemente nel quadro evolutivo della politica sanitaria e sociale a livello sia europeo sia nazionale. L'agricoltura sociale può essere uno dei luoghi che, per le caratteristiche ed i tempi propri del mondo agricolo e rurale, riesce ad offrire reali opportunità di inclusione sociale.

Bibliografia

Camera dei Deputati Servizio Studi XVIII Legislatura, (2021), Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati – A.C. 1752. Dossier n. 327/Seconda edizione – Schede di lettura, 31 marzo 2021

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

Borsotto P., Giarè F. (a cura di), 2020. L'agricoltura sociale: un'opportunità per le realtà italiane - Rapporto 2020, Rete Rurale Nazionale 2014-2020, Dicembre 2020. ISBN: 9788833851051

De Vivo C., Ascani M., Cacciola S., (2019), Il budget di salute come nuovo strumento di welfare, EyesReg, Vol. 9, N.1. Si tratta di una versione sintetica di quanto presentato ad AISRE nel 2018. <http://www.eyesreg.it/2019/il-budget-di-salute-come-nuovo-strumento-di-welfare/>

Fioritti A., (2019). L'esperienza bolognese della coprogettazione e della cogestione di progetti terapeutici riabilitativi personalizzati con Budget di Salute, in Linee di Indirizzo metropolitane per la progettazione individuale con la metodologia Budget di Salute in UVM, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna, 2019

Direzione dei servizi sociosanitari (2018), Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" Quaderni di approfondimento N. 2 – Agricoltura sociale. Nuovi scenari di inclusione. Giugno 2018

Regione Emilia-Romagna (2015), Delibera regionale DGR1554/2015 Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute

Righetti A., (2013) I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche, Laterza, 2013

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



Sitografia

https://www.ausl.pr.it/azienda/budget_salute/default.aspx?DataAntHome=10/07/2017

<https://www.consorzioilmosaico.org/valoi-mission-vision/>