



Università di Bari - 1- 3 settembre 2022

*La sfida del PNRR. La ricostruzione
del welfare e le dinamiche della complessità*

Sessione 7¹

Le politiche sociali alla prova del PNRR. Un'occasione per ripensare il welfare di prossimità?

Paper

Il budget di salute quale strumento di economia civile
nelle policy di (benessere) di prossimità nei territori/comunità²

Sabina Polidori - INAPP³

Daniela Pavoncello - INAPP⁴

¹ Chair: Domenico Trezza, Lucia Fortini e Giuseppe Luca de Luca Picione (Università degli Studi di Napoli Federico II).

² Concluso in data 25/08/2022.

³ Struttura Economia civile e processi migratori.

⁴ Struttura Inclusione sociale.

Sommario: §1 Introduzione e contesto di riferimento - §2 BdS, livelli essenziali, welfare rigenerativo di comunità/prossimità e PNRR nelle dimensioni dell'ecologia integrale e dello sviluppo sostenibile - §3 BdS in Italia (§3.1 Esperienze territoriali del BdS - §3.2 Esperienze regionali di BdS e impatto a livello nazionale) – §4 BdS in agricoltura sociale: risultati in progress del percorso di ricerca - §5 Conclusioni - Bibliografia

§1 Introduzione e contesto di riferimento

Le parole chiave dell'economia civile (comunità, fraternità, gratuità, dono, felicità, sussidiarietà circolare, reciprocità, capacitazione, ecc.), inserite nella cornice più ampia dell'ecologia integrale (Papa Francesco, 2015), sono peculiarità sistemiche che riguardano, anche, lo strumento del budget di salute (BdS) – che si muove dentro e al servizio della sussidiarietà circolare e, quindi, “della ricostruzione continua dei diritti diseguali per persone e comunità diseguali e sul diritto di tutti e di ciascuno di occuparsi degli altri rimuovendo gli ostacoli di natura sociale culturale biologica istituzionale ed economica che impediscono alle persone di partecipare alla vita politica della Comunità” (Righetti, 2020).

E' all'esame della Commissione XII della Camera la proposta di legge A.C. 1752 "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati", che oltre a definire gli strumenti del BdS/PTRI, sottolinea il ruolo effettivo del Terzo settore – certificato dall'expertise pregressa in tema di Bds e welfare di prossimità/comunitario – con specifici richiami agli strumenti dell'Amministrazione condivisa (co-programmazione/co-progettazione (art. 55 CTS), a cui si aggiunge anche lo strumento della co-gestione. Proposta di legge che alla luce del successivo PNRR necessita di essere rivista in alcune parti al fine di raffigurare la funzionalità del BdS/PTRI all'interno del welfare di prossimità e di comunità non solo nella Missione 6 Salute o nella Missione 5 Inclusione e coesione, ma come caratterizzazione trasversale alle altre Missioni, nella logica sistemica delle dimensioni dell'ecologia integrale.

L'Inapp con il CREA hanno attivato una ricerca sul BdS in agricoltura sociale e nel presente paper si riporteranno alcune risultanze/considerazioni – in fieri – del lavoro di ricerca da noi curato nell'ambito del preposto gruppo di lavoro dell'Inapp sull'agricoltura sociale⁵, le cui caratteristiche, quali l'interdisciplinarietà/multidimensionalità dell'approccio (ad esempio nel BdS/PTRI) e la cooperazione con la creazione di reti tra soggetti coinvolti (strumenti co-programmazione/co-progettazione/co-gestione) in ambiti diversi, la pongono a pieno titolo tra le forme di welfare innovativo-sociale (di comunità, generativo e di prossimità).

§2 BdS, livelli essenziali, welfare rigenerativo di comunità/prossimità e PNRR nelle dimensioni dell'ecologia integrale e dello sviluppo sostenibile

In oltre vent'anni di sperimentazione regionale, il BdS ha dimostrato di favorire lo sviluppo di attività e progetti, capaci di creare opportunità di inserimento lavorativo per le persone fragili attraverso la definizione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati-PTRI costruiti sui bisogni sanitari, sociali, individuali della persona 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 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) dall'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.

⁵ Gruppo di ricerca composto da: Daniela Pavoncello, Sabina Polidori, Francesca Tarricone, Alessia Rosiello, Giovanni Bartoli.

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 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;
- 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 dal punto di vista strutturale:

- si passa dal finanziamento dei contenitori al finanziamento dei progetti personalizzati;
- un diverso governo delle attività sanitarie e socio-sanitarie per tutelare la salute/benessere delle persone e per promuovere il loro diritto di cittadinanza;
- l'ente pubblico si riappropria del diritto/dovere della programmazione, dell'indirizzo e della valutazione e 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.⁶

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:

- 1) apprendimento/espressività;
- 2) istruzione/formazione/lavoro;
- 3) casa/ habitat sociale;
- 4) affettività/socialità/relazioni.

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, 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 – multilivello, multidisciplinare, multidimensionale e multisettoriale - del BdS si sviluppa in Italia con la realizzazione di esperienze sperimentate in diversi contesti regionali⁷, legate ai servizi dedicati alla salute mentale e alle disabilità⁸ e successivamente alle persone vulnerabili ed escluse socialmente.

Si arriverà ad una sua definizione nel secondo "*Programma di Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*"⁹ in cui alla "*Linea di intervento 2-Politiche, servizi*

⁶ 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.

⁷ Riferimento: § 3 del paper.

⁸ Intellettive, sensoriali, motorie, ecc

⁹ 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

e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società", viene promossa l'"elaborazione e 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 essenziali¹⁰ delle prestazioni sia in ambito sanitario che sociale, portando, seppur lentamente e ancora poco compiuta, alla tanto auspicata integrazione socio-sanitaria, prevista nella legge 328/2000¹¹ e ampliata e rafforzata con la riforma del Titolo V della Costituzione¹².

Di recente, nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, viene ribadita la necessità di avere una tassonomia dei LEPS e in attesa di ciò lo stesso Piano rimanda ai "riferimenti normativi già esistenti definiti in norma primaria"¹³. Successivamente la Corte Costituzionale con la sentenza n. 220 del 26/11/2021, ribadisce il ritardo 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*". Infine, nella legge di bilancio 2022¹⁴ 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 ATS 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 Unificata¹⁵.

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) ri-generativo e di prossimità/comunitario dovrebbe ristrutturarsi e riorganizzarsi nel perimetro delle 5P dell'Agenda 2030 e nelle dimensioni dell'ecologia integrale (rappr. 1). Questa riorganizzazione del welfare - in termini culturali-territoriali/comunitari - potrebbe partire anche dalle prassi territoriali consolidate del BdS.

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>.

¹⁰ Nella Sentenza n. 355/1993 la Corte Costituzionale aveva rifiutato l'eventualità di interpretare in senso economicistico di presupposizione-subordinazione il rapporto tra risorse economico-finanziarie e livelli di assistenza da garantire a tutti gli utenti. A seguire la legge n. 328/2000 a seguire ha introdotto un sistema imperniato sulla "contestualizzazione" tra determinazione dei livelli essenziali e delle risorse, da collocare all'interno di una chiara cornice programmatica. I BdS - in questo contesto - rappresentano 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.

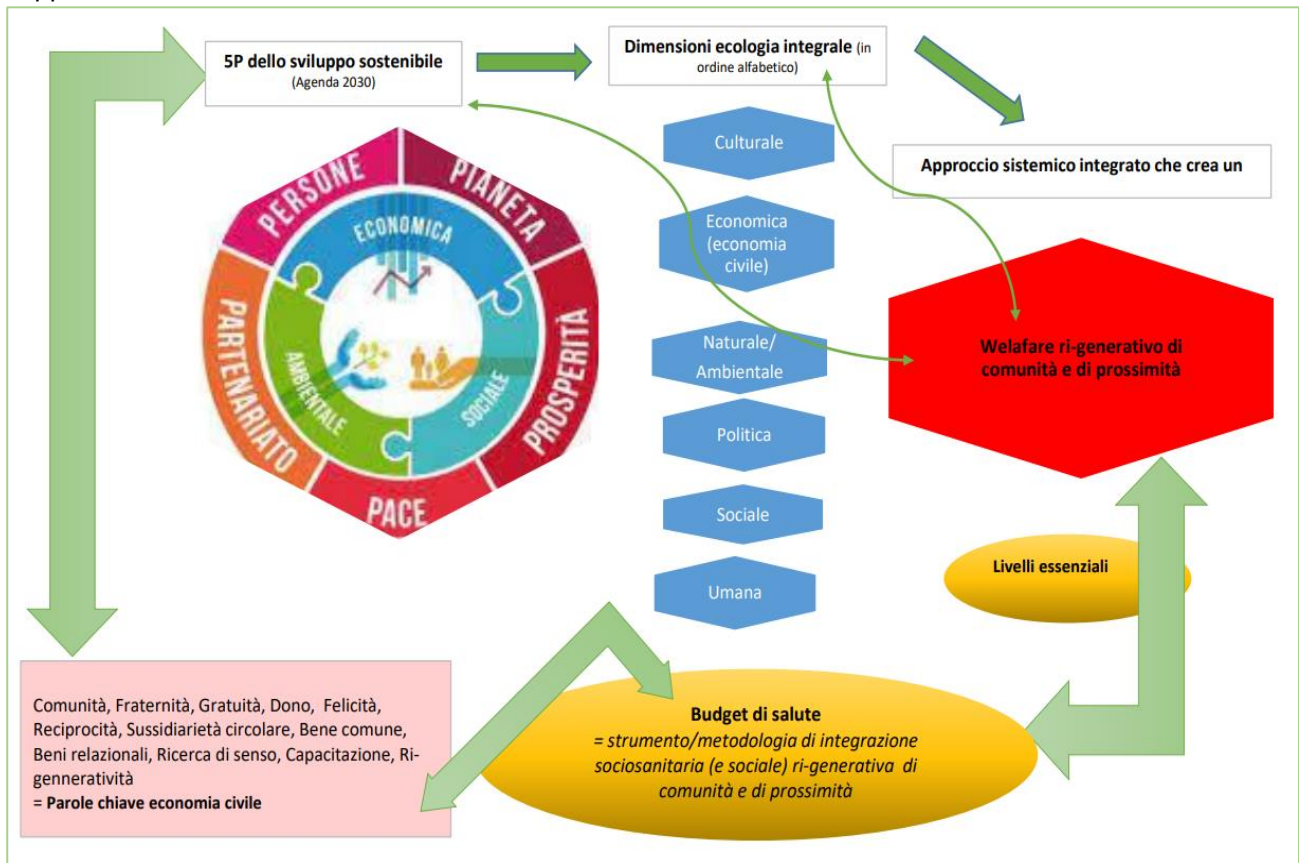
¹¹ Nell'art. 22 della L. n. 328/2000 si ritrova la legittimazione giuridica dei LEP, seppur attraverso una elencazione generale delle misure e degli interventi, rimettendo, quindi, alla pianificazione nazionale e regionale il compito di indicarne le peculiarità e i requisiti delle prestazioni essenziali.

¹² Legge Costituzionale n. 3/2001, art. 117, comma 2, lett. M.

¹³ Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (agosto 2021), Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, pp. 8-11.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.



Fonte: rappresentazione dell'autrice SP (agosto, 2022)

Dimensioni dell'ecologia-integrale che dovrebbero essere il presupposto, il punto di partenza e di analisi dei bisogni correlati alle missioni del PNRR, nello specifico - per quanto attiene a questo lavoro - alle Missioni 5 Salute e 6 Inclusione sociale.

In merito al PNRR e al BdS, la Commissione XII/Affari sociali della Camera dei Deputati nella seduta del 23.03.2021, per quanto riguarda la Missione n. 6 Salute, pone alcune osservazioni collegate alla "Casa della Comunità e presa in carico delle persone", che riguardano la necessità di:

- assicurare la presenza di determinati servizi (per la promozione/prevenzione, il sistema delle cure primarie, il servizio sociale, alcune attività diagnostiche/ambulatoriali, presidi sanitari), tenendo in considerazione anche *il modello del BdS, poiché valorizza le reti sociali come componente sistemica dei servizi alla salute, per generare un welfare di comunità;*
- 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”.

§3 BdS in Italia¹⁶

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*”¹⁷, 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.

I dati di cui sopra riferiscono che 14 regioni su 19 - tra il 2019 e il 2020 - hanno attivato progetti/esperienze di BdS e i beneficiari sono stati complessivamente 5.477 in Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lazio (Camera dei Deputati, 2022)¹⁸

Le esperienze territoriali di seguito esposte, riguardano le Regioni che hanno applicato il BdS/PTRI seguirà una riflessione sulle, eventuali, conseguenze che dette esperienze hanno generato nelle scelte nazionali.

Esperienze territoriali che sono oggetto di studio anche per quanto riguarda il “BdS/PTRI in agricoltura sociale”.



¹⁶ I sistemi assistenziali a livello internazionale ed europeo si basano, principalmente, sul personal budget (PB) che considera “funzionale” il danaro alle esigenze specifiche della Persona/beneficiaria: Il PB consiste in un importo di finanziamento che viene assegnato ad una persona con disabilità/fragile da un ente pubblico in modo che la stessa possa stabilire quali siano i propri bisogni da soddisfare (EASPD, 2021). Per quanto riguarda alcune esperienze internazionali/europee, si rimanda alla ricerca dell’European Association of Service providers for Persons with Disabilities-EASPD, “Models of Good Practice Report on Personal Budgets” (June 2021).

¹⁷ 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.

¹⁸ Budget di salute: esperienze regionali e dottrina di interesse, in Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare/Studi Affari sociali, 01/06/2022.

§3.1 Esperienze territoriali di BdS



In Friuli Venezia Giulia, nel 1998¹⁹ c'è il primo progetto pilota di BdS realizzato in Italia nell'ambito della salute mentale. Esperienza 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 autosufficiente²⁰, 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" per "l'innovazione dell'assistenza sociosanitaria entro direttrici di solidarietà, partecipazione e sussidiarietà. E' valorizzato il protagonismo della comunità civile con sviluppo della collaborazione cooperativa nel rapporto fra enti pubblici ed enti del Terzo settore". Partenariato nel quale "l'ente del Terzo settore coprogramma, coprogetta 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 integrato"²¹. 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/PTRI²² (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 volontariato²³), 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 e in altri territori/Regioni (Treviso, Brescia, Milano, Biella, Torino, Parma, Bologna, Modena, Perugia, Caserta, Napoli, Benevento, Salerno, Lecce, Foggia, Lamezia Terme, Reggio Calabria, Messina, Catania, Cagliari, ecc.).

Infine, 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"²⁴.

¹⁹ Sulla scia del progetto individuale riabilitativo sperimentato nel 1996 con la chiusura dell'ospedale psichiatrico femminile di Sottoselva (Udine).

²⁰ 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".

²¹ Artt. 9 e 10, L.R. n. 22/2019.

²² 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

²³ Nel 1991 furono emanate la legge sulle cooperative sociali (n. 381/1991) e sul volontariato (n. 266/1991).

²⁴ Cfr. <https://asufc.sanita.fvg.it/export/sites/asufc/it/bandi-gara/allegati/FC22SER044-AVVISO-DI-COPROGETTAZIONE.PDF>.



La Regione Campania nell'art. 46 della L.R. n. 1/ 2012²⁵, 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 (BdS) il LEA sociosanitario, si configura non come prestazione a se stante, bensì come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità", con la presa in carico degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali 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 regionali, la metodologia del BdS mette in risalto il ruolo della co-progettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché la valutazione dei processi/progetti da mettere in campo e da realizzarsi tra enti pubblici e privato, con l'obiettivo:

- a) di evitare l'istaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro;
- b) ponendo attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture;
- c) di promuovendo l'associazionismo e la cooperazione diffusa evitando l'eccessiva autoreferenzialità a garanzia del sistema di offerta.

Questa attività legislativa ed operativa della Regione Campania è stata resa possibile anche dal lavoro effettuato dalla ASL di Caserta (in primis dalla ex ASL/CE2), che a partire dal 2002 in ambito psichiatrico ha sperimentato i PTRI/BdS, per dieci anni, mantenendone ad oggi continuità operativa²⁶, attraverso interventi sia di natura economica sia di servizi territoriali/domiciliari e sviluppo di progetti individualizzati innovativi che valorizzano le capacità dei destinatari all'interno delle comunità, con il coinvolgimento delle famiglie e del Terzo settore.



In Emilia Romagna, con la DGR n. 1206/2007²⁷ "Fondo regionale non autosufficienza [...]”, abbiamo la genesi territoriale per l'utilizzo dello strumento/metodologia del BdS. A seguire la Regione nel "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011²⁸", ha previsto la sperimentazione nei territori di "percorsi" di BdS, avvalendosi di quanto già sperimentato a Parma, Imola, Forlì e nel DSM-DP di Bologna²⁹.

²⁵ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012 – 2014 della Regione Campania (legge finanziaria regionale 2012).

²⁶ Per un maggiore approfondimento si veda: Cerbasì A., De Mattia G., Zarella I., P.T.R.I./B.d.S. e la co-costruzione del benessere: uno studio esplorativo, paper IX Conferenza ESPAnet Italia (2016) " Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico".

²⁷ Che ha modificato la precedente deliberazione n. 1378/1999 - Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari, di cui all'art. 20 della legge regionale n. 5/9.

²⁸ Nella delibera si ribadisce la centralità dei progetti individualizzati di vita e di cure affidati ai servizi territoriali, in collaborazione con le persone beneficiarie degli interventi e dei loro familiari, al fine di mantenere le persone non auto sufficienti presso il proprio domicilio, mentre l'obiettivo principale del Piano attuativo di Salute Mentale, seppur non menzionando lo strumento del BdS, era di favorire la più ampia protezione degli individui, intesa come "benessere psichico e sociale dei cittadini e dei residenti nel proprio territorio, la tutela del diritto alla salute, dei diritti di cittadinanza delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita" (pag. 6). Sia per la delibera della Giunta Regionale che per il Piano attuativo di Salute Mentale si veda F. Starace (a cura di), Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute, Roma, Carocci, 2011.

²⁹ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Il Comune di Bologna nel 2013 ha avviato la riforma della progettazione individuale con un bando finalizzato all'individuazione di un operatore unico con cui stipulare un Accordo Quadro per l'attivazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, rivolti a utenti con disagio e disturbo psichico in cura presso il DSM-DP". Nel 2014–2015 è stata attivata la formazione rivolta agli operatori (amministrativi e del privato sociale) dei CSM, per identificare le migliori esperienze realizzate con il BdS all'interno delle articolazioni operative dei CSM, al fine di armonizzare al meglio uno stile di lavoro innovativo con le prassi consolidate su tutta la città metropolitana di Bologna. Seguono le Linee di indirizzo della Regione per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute (DGR n. 1554/2015-BUR n. 45/2016) e il piano regionale sociale e regionale 2017-2019, nel quale il BdS è inserito quale strumento rilevante nella domiciliarità e prossimità territoriale, collegato – come "opportunità" - anche alle Case della Salute, "per una presa in carico precoce e preventiva delle fragilità attraverso modalità proattive e capacitanti per lo sviluppo e potenziamento della collaborazione e del coordinamento tra i diversi servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, quindi lavoro collettivo, anche al fine di migliorare l'innovazione dei servizi esistenti e ottimizzare gli strumenti in uso"³⁰. In Emilia Romagna dal 2016 è attivo un tavolo regionale che accompagna il percorso di attivazione e implementazione delle citate Linee di indirizzo. Nell'ambito del tavolo è stato inoltre realizzato – sulla scia del citato percorso formativo di Bologna - il primo programma formativo regionale a cui sono seguiti indirizzi per la valutazione dei progetti/BdS, modello utilizzato anche nei DSM-DP delle Aziende sanitarie. A ciò si aggiunge il citato progetto "Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute" e la successiva attività a livello nazionale portata avanti in merito alle "Linee programmatiche: progettare il BdS con la Persona-Proposta degli elementi qualificanti" (riferimento §3, con acclusa la nota di riferimento)³¹.



La Regione Lazio, ha inserito il riferimento al BdS all'art. art. 53 - Presa in carico integrata della persona e budget di salute - della L.R. n. 11/2016 riguardante il "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", nel quale non vi è uno specifico riferimento, come nella L.R. n. 22/2019 del Friuli Venezia Giulia, al Terzo settore, alla co-programmazione, co-progettazione e co-gestione, che sono parti essenziali per il "buon esito attuativo" del BdS nelle persone/beneficiari dello strumento stesso. A seguire nelle "Linee Guida sul Durante Dopo di Noi"³² 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 promuovere la

³⁰ Si prosegue nel piano con la specifica sulle "figure professionali dell'assistente sociale, del medico di medicina generale, dell'infermiere, dell'educatore di strada, del mediatore linguistico culturale, svolgono un ruolo decisivo nel costruire pratiche collaborative e integrate nei contesti di cura il più possibile vicini ai luoghi in cui si forma il bisogno. I Servizi Sociali Territoriali, le Case della Salute e gli Ospedali di comunità in quanto strutture innovative per garantire l'integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure, sono tutti caratterizzati dall'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi e la presa in carico delle problematiche delle persone, attraverso un approccio il più possibile integrato tra servizi sanitari e sociali, in un contesto prossimo ai luoghi abituali di vita delle persone stesse. In particolare, le Case della Salute rappresentano una opportunità per facilitare la collaborazione e il coordinamento tra servizi sanitari e sociali, grazie alle relazioni informali e alla facilità nello scambio di informazioni derivante dalla presenza in un medesimo luogo di servizi e professionisti. L'implementazione di uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, che operano sulla base di una progettazione socio-sanitaria, di programmi e percorsi assistenziali, rappresenta il principale strumento per rendere concreta l'opportunità offerta dalle Case della Salute. A questo obiettivo può concorrere inoltre il potenziamento e/o la riqualificazione degli strumenti in uso (l'unità di valutazione multidimensionale, il lavoro in équipe) e il consolidamento di nuovi strumenti di integrazione socio-sanitaria per progetti di cura e di autonomia possibile, come il budget di salute. Questo strumento integrato socio-sanitario nasce a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Attivabile dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi sociali, è composto 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 l'attivazione di percorsi evolutivi, in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale. Potenzialmente questo strumento può essere utilizzato anche nei confronti di altri target" - <https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:delibera:2017;120>.

Le Aziende Sanitarie della Regione hanno prodotto anche del materiale ad hoc sui PTRI/BdS.

³¹ Nota 17, pag. 6.

³² 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.

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”. Ente del Terzo settore che viene individuato 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)³³ e conformemente alle linee guida regionali sulla co-progettazione (DGR n. 326/2017)³⁴.

La richiamata L.R. n. 22/2019 in generale e nello specifico l’arti. 53, nasce dall’esperienza pregressa maturata nelle organizzazioni di volontariato e in altre realtà di Terzo settore³⁵.



In Sicilia nel decreto del 27/04/2012 di “Approvazione del piano strategico per la salute mentale” e a seguire nel 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” troviamo il riferimento al BdS, inteso, anche in questa realtà, quale strumento integrato e flessibile, finalizzato al sostegno del progetto terapeutico individualizzato/PTI di presa in carico comunitaria per persone con disturbi psichici gravi.

Interessante è rilevare che in entrambi i piani della Regione vi sia un riferimento ad alcune realtà giuridiche del terzo settore (volontariato, associazioni familiari, in questo caso senza la specifica giuridica di riferimento), ma con particolare enfasi alle imprese sociali, indicando nel decreto del:

- 2012 che “la partnership di qualità” è fondata “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 [..];
- 2017 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”.

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 individualizzati³⁶ 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 sociali³⁷ e dai due decreti della Regione Sicilia, sopra richiamati, del 2012 e del 2016.

³³ D.M. del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali n. 72/2021.

³⁴ “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”.

³⁵ L’iniziativa dell’Opera Don Calabria di Roma, 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.

³⁶ Enti del privato sociale e imprenditoriale; Enti del Terzo settore iscritti al RUNTS, Consorzi e Associazioni Temporanea di Scopo (ATS - in tal caso i requisiti complessivi devono essere garantiti dall’Ente capofila).

³⁷ 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.). Queste linee guida sostituiscono le precedenti del 2016.

§3.2 Esperienze regionali di BdS e impatto a livello nazionale

La produzione normativa e regolamentare regionale si è resa possibile grazie alla presenza di norme nazionali, come ad esempio la legge n. 104/1992, le leggi che riguardano la cooperazione sociale e il volontariato (L. 381/1991 e L. 266/1991, L. n. 328/2000, ecc.), che hanno tracciato il percorso di riferimento da seguire per il BdS³⁸.

Le esperienze riportate nel precedente paragrafo evidenziano la visione innovativa (sociale) del BdS – seppur non nella logica/approccio dell'ecologica 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 coordinato e sinergico.

Nonostante non sia realizzato in maniera omogenea sul territorio nazionale, i diversi provvedimenti regionali adottati confermano che lo strumento/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 le esperienze legislative/provvedimenti regionali sul BdS hanno, anche su impulso del Terzo settore, dato vita alla proposta di legge AC - 1752 *“Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”*, presentata il 9.04.2019 e ad oggi è in corso di esame nella Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati (figura 1).

Figura 1 - Commissione XII Affari sociali – Attività conoscitiva iter proposta di legge AC 1752

Sede referente - Commissione Comm. XII Affari sociali	
Data	Fase procedimento e dibattito
4 agosto 2020	Esame e rinvio pag. 105 Nascondi interventi <ul style="list-style-type: none">• CARNEVALI Elena pag. 109• D'ARRANDO Celeste pag. 109• DE MARTINI Guido pag. 110• SPORTIELLO Gilda, Relatore pag. 106• ZAMPA Sandra, Sottosegretario di Stato per la Salute pag. 110
17 giugno 2021	Seguito dell'esame e rinvio pag. 59 Nascondi interventi <ul style="list-style-type: none">• BOLDI Rossana pag. 60
29 giugno 2022	Seguito dell'esame e rinvio pag. 385 - ALLEGATO 4 (Proposte emendative) pag. 392 Nascondi interventi <ul style="list-style-type: none">• BOLOGNA Fabiola pag. 386• D'ARRANDO Celeste pag. 385• NOJA Lisa pag. 385• ROSTAN Michela pag. 385

Fonte: Camera dei Deputati-Attività legislativa-Proposte di legge (ultima consultazione del sito www.camera.it il 20/08/2022)

Nella proposta di legge 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

³⁸ Per il dettaglio della normativa nazionale di riferimento si rimanda a Santuari A., Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili, 2022, Milano, Franco Angeli, pp. 32-53.

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), con lo scopo di individuare i bisogni da soddisfare attraverso i PTRI, nonché gli interventi e le modalità di realizzazione degli stessi. Inoltre, nell'ambito di queste ultime si dovrà 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, nonché gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti dai progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

Il PTRI è affidato, dall'amministrazione pubblica procedente (ufficio socio-sanitario distrettuale) a un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore individuato, ai sensi del citato art. 55, comma 4, del d.lgs n. 117/2017, previa definizione, da parte della stessa amministrazione, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso, dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner. In tal senso, i compiti di definizione dei progetti terapeutici restano una prerogativa della sanità pubblica, mentre il Terzo settore, nel ruolo di cogestore, è chiamato ad attivare la risposta territoriale e personale, necessaria per l'attivazione del progetto. L'affidamento tiene conto della capacità certificata (senza specificarne una definizione ad hoc) di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, ivi inclusi i mezzi necessari per le esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché di ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio-sanitari della persona.

La legge inoltre prevede l'istituzione presso il Ministero della Salute dell'Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del BdS per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati che ha un ruolo rilevante, in quanto dovrà: - monitorare l'introduzione sperimentale del metodo del BdS per la realizzazione dei PTRI e verificarne i risultati conseguiti sulla base di rilevazioni periodiche semestrali e sulla base della documentazione trasmessa dagli uffici socio-sanitari distrettuali; - individuare al termine della sperimentazione, di intesa con la Conferenza unificata, misure idonee ad assicurare, in maniera uniforme e permanente nel territorio nazionale, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati da finanziare attraverso il metodo del BdS.

Nel frattempo, il BdS viene richiamato – in piena pandemia - nella legge n. 77/2020³⁹, 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*

³⁹ 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>.

istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, *anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità*". 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 viene indicato come strumento innovativo (a cui manca la locuzione "sociale")* che dovrà ancora essere sperimentato, nonostante le molte esperienze territoriali in essere.

Box 1 - Proposte Rete Per un Nuovo Welfare sul BdS⁴⁰

1) Non parlare più di sperimentazione, ma di innovazione sociale, trattandosi di un metodo già diffuso da venti anni in diverse regioni di Italia; 2) 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; 3) Inserire dei precisi protocolli valutativi sulla base dell'ICF (International Classification of functioning, disability and health); 4) Collegare il funzionamento dei BdS ai meccanismi della finanza ad impatto e ai sistemi di incentivi economici per le ASL che rispettano i LEA; 5) 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 di cui sopra - firmata il 06/08/2021, per il biennio 2020/2021⁴¹ - recante le *"Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità"* per i pazienti in quarantena, per i malati cronici, per le persone con disabilità, fragilità o non autosufficienti, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle persone fragili, da attuarsi con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio e del Terzo settore, ed eventualmente ricorrendo anche al BdS.

Da rilevare che sia la legge n. 77/2020 (con l'intesa del 06/08/2021) sia la proposta di legge AC - 1752⁴² non hanno 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 poiché ripropone la sua *sperimentazione* su ciò che ha già dato esiti positivi da più di venti anni in alcune regioni/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"*⁴³, che dovrebbero essere inserite come riferimento nel testo della legge in questione per essere maggiormente in linea con quanto è stato approvato con la stessa intesa, frutto delle esperienze pregresse/pilota (maturate in seno ai "territori guida del

⁴⁰ Presentate dalla Rete Per un nuovo Welfare all'evento on-line di VITA non profit su "Welfare di comunità e persona. La proposta di legge sui budget di salute", 30/11/2020.

⁴¹ Per un importo pari a 25 milioni di euro per l'anno 2020 e 25 milioni di euro per l'anno 2021.

⁴² 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 (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.

⁴³ Vedere la nota 17, pag. 6, §3.

BdS/PTRI”) condivisa con le Regioni, le PP.AA., l’ANCI, l’UPI e con il Terzo settore, le associazioni dei familiari e altri portatori di interesse⁴⁴.

Nella recente intesa, “*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.117del 2014”), 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 Costituzionale⁴⁵ 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 che 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 PP.AA., gli enti di Terzo settore sono portatori di “una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale” della comunità e delle persone, che si esplica nelle attività di interesse generale elencate nel Codice del Terzo settore (rappr. 2), espressione della multisettorialità/multidimensionalità/multidisciplinarietà e multilivello in cui operano gli enti del Terzo settore, e più in generale dell’economia sociale, in Italia.

Box 2

Il 09.12.2021 la Commissione europea ha adottato il Piano d’azione per l’Economia Sociale (COM(2021) 778 final), indicando misure per sviluppare e implementare il potenziale dell’economia sociale. Nel documento, viene riconosciuto alle realtà dell’economia sociale una funzione (per competenza e capacità) nell’erogazione di servizi sociali e di welfare “che promuovono l’inclusione dei gruppi più vulnerabili nelle nostre società”, in sinergia con l’ente pubblico e con gli altri portatori di interesse.

Un welfare identificato nel piano, e negli allegati di riferimento, con le persone, come si evince anche dal titolo stesso della citata comunicazione: “*Creare un’economia al servizio delle persone: un piano d’azione per l’economia sociale*”.

⁴⁴ Riferimento presente anche nelle proposte emendative, presentate durante i lavori della Commissione XII il 29/06/2022, Allegato 4, pp. 393-415.

⁴⁵ Sentenza chiamata a decidere sul contenzioso tra Stato e Regione Umbria sulla LR che disciplina “le modalità di attuazione della co-programmazione, della co-progettazione e dell’accreditamento previste dall’articolo 55 del d.lgs n. 117/2017, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”.

Tema 03

Amministrazione condivisa, prima e dopo la riforma del Terzo settore: Gli strumenti PARTECIPATIVI DI resilienza/resistenza per l'ecosistema dell'economia sociale (10/13)

Bene Comune

Attività di interesse generale: tipologia ambiti (alcuni) = dimensioni ecologia integrale = cornice e quindi paradigma di riferimento dell'amministrazione condivisa (art. 5 CTS insieme all'art. 55), che si ricollega per le tipologie di attività realizzate attraverso i Patti di collaborazione/Labsus

Beni Comuni

Interventi e servizi sociali	Interventi e prestazioni sanitarie	Prestazioni sociosanitarie
Educazione, istruzione e formazione professionale/attività culturali di interesse sociale con finalità educativa	Formazione universitaria e postuniversitaria	Ricerca scientifica di particolare interesse sociale
Formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo ed al contrasto della povertà educativa	Alloggio sociale	Interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio
Organizzazione/gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato	Cooperazione allo sviluppo	Servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori e delle persone svantaggiate
Microcredito	Interventi/servizi per la salvaguardia e il miglioramento delle condizioni dell'ambiente e all'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali*	Organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso
Accoglienza umanitaria/integrazione sociale emigranti	Radiodiffusione sonora a carattere comunitario	
	Agricoltura sociale	
	Organizzazione/gestione di attività sportive dilettantistiche	

Riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata



* con esclusione della raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi.

Fonte: Paper (a cura di Sabina Polidori), Amministrazione condivisa e Patti di collaborazione: strumenti (ri)generativi delle comunità, - Sessione 3 Processi di innovazione e sviluppo territoriale: istituzioni, mercati e società oltre la pandemia - VI Convegno SISEC 2022⁴⁶

§4 BdS in agricoltura sociale: risultati in progress del percorso di ricerca

Sulla scia di esperienze pregresse nei territori da parte del Terzo, in primis, e a seguire delle aziende agricole, nel 2015 il paese si è dotato di una legge nazionale⁴⁷ che si pone come obiettivo di *promuovere* l'agricoltura sociale, quale *aspetto* della multifunzionalità delle cooperative/imprese sociali⁴⁸/terzo settore e delle aziende agricole, *“finalizzato allo sviluppo di interventi e di servizi sociali, socio-sanitari, educativi e di inserimento socio-lavorativo, 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”*. Gli interventi, di cui sopra, sono rivolti: - all'inserimento socio-lavorativo di lavoratori con disabilità e di lavoratori svantaggiati, di persone svantaggiate e di minori in età lavorativa inseriti in progetti di riabilitazione e sostegno sociale; - a prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali mediante l'utilizzazione delle risorse materiali e immateriali dell'agricoltura per promuovere, accompagnare e realizzare azioni volte allo sviluppo di abilità e di capacità, di inclusione sociale e lavorativa, di ricreazione e di servizi utili per la vita quotidiana; - a prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative finalizzate a migliorare le condizioni di salute e le funzioni sociali, emotive e cognitive dei soggetti interessati anche attraverso l'ausilio di animali allevati e la coltivazione delle piante; a progetti finalizzati all'educazione ambientale e alimentare, alla salvaguardia della biodiversità nonché alla diffusione della conoscenza del territorio attraverso l'organizzazione di fattorie sociali e didattiche riconosciute a livello regionale, quali iniziative di accoglienza e soggiorno di bambini in età prescolare e di persone in difficoltà sociale, fisica e psichica.

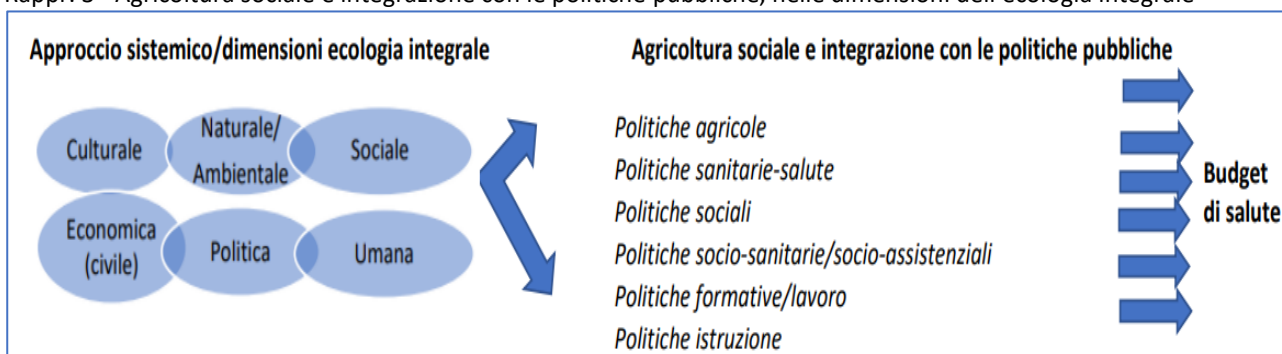
⁴⁶ Cfr. <https://oa.inapp.org/handle/20.500.12916/3539>.

⁴⁷ Legge nazionale che è stata anticipata da alcune normative/provvedimenti/atti sull'agricoltura sociale a livello regionale.

⁴⁸ La Legge n. 141/2015 è antecedente alla riforma del Terzo settore e pertanto i riferimenti di pertinenza ai medesimi enti nella legge in questione è da intendersi coordinato con: - l'art. 4 comma 1 del d.lgs n. 117/2017 che definisce ed elenca gli enti del Terzo settore - il DM n. 12550 del Ministero delle politiche agricole e forestali del 21 dicembre 2018 - Definizione dei requisiti minimi e delle modalità relative alle attività di agricoltura sociale.

Quando previsto (come visione/obiettivi/finalità) nella stessa legge nazionale, sottolinea il nesso esistente tra il BdS/PTRI e l'agricoltura sociale non solo per quanto riguarda i livelli essenziali delle prestazioni, ma - all'interno dell'approccio sistemico ecologico-integrale - interessa anche altri ambiti delle politiche pubbliche (rappr. 3).

Rappr. 3 - Agricoltura sociale e integrazione con le politiche pubbliche, nelle dimensioni dell'ecologia integrale



Fonte: rappresentazione dell'autrice SP (Agosto, 2022)

A seguito della legge nazionale e delle esperienze pregresse realizzate nei territori, l'agricoltura sociale è stata inserita nell'elenco delle attività di interesse generale degli enti del Terzo settore⁴⁹ e dell'impresa sociale⁵⁰ (rappr. 2).

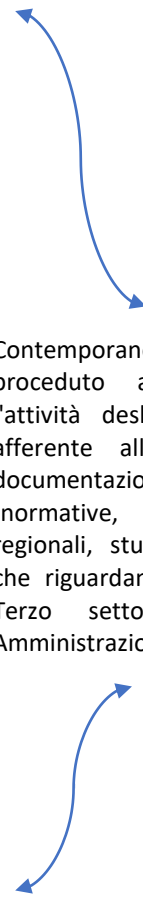
Tenuto conto di quanto argomentato nei precedenti paragrafi e nella cornice generale di cui sopra, in particolare per quanto attiene al Terzo settore e all'inclusione sociale delle persone con disabilità/fragili/ecc. nei processi comunitari rigenerativi, si è reso necessario addivenire alla conoscenza delle esperienze del BdS in agricoltura sociale e quindi alla realizzazione della ricerca INAPP/CREA⁵¹, i cui esiti/informative di riferimento sono riportati nelle tabelle 1 e 2.

⁴⁹ Art. 5 d.lgs n. 117/2017 e s.m.i.

⁵⁰ Art. 2 d.lgs n. 112/2017 e s.m.i.

⁵¹ Le finalità della ricerca sono: conoscere e analizzare l'applicazione del BdS in agricoltura sociale con una attenzione particolare: al passaggio dal concetto di progetto individualizzato al progetto personale; il ruolo degli enti del Terzo settore, tenendo in considerazione i processi territoriali di co-programmazione e co-progettazione, nonché la co-gestione nel progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e nelle politiche di welfare generativo di comunità/prossimità. Il lavoro di ricerca in generale intende, proporre l'agricoltura sociale come modello di innovazione sociale del welfare di comunità e di prossimità, che apre nuove modalità di lavoro, con riferimento alle prospettive di responsabilità sociale di comunità, attraverso l'incontro e la cooperazione tra il Terzo settore, il mondo agricolo, le imprese e l'insieme dei servizi sociali. Nel contesto specifico del BdS in agricoltura sociale, si è inteso procedere - in primis - alla conoscenza applicativa del BdS a livello territoriale e nazionale.

Tab. 1 - Stato dell'arte della ricerca

<p>E' stata realizzata una scheda informativa dei progetti realizzati in AS attraverso il BdS (esperienze territoriali) indirizzata ai referenti delle ASL-Dipartimenti Salute Mentale nelle Regioni; agli assessorati alle politiche sociali/salute e/o dipartimenti ad essi collegati e una scheda informativa rivolta alle associazioni della Rete delle Fattorie Sociali e del Forum Nazionale dell'agricoltura sociale per la rilevazione di aziende e/o enti del Terzo settore che utilizzano il BdS. Sulla base della ricognizione si stanno raccogliendo le schede complete dei progetti di agricoltura sociale che al loro interno hanno utilizzato il budget di salute.</p> <p>Le realtà regionali rispondenti alla richiesta di compilazione della scheda sono state Il Friuli-Venezia Giulia, il Lazio e l'Emilia Romagna, non hanno risposto la Campania e la Sicilia.</p> <p>Al fine di raccogliere maggiori informazioni sono state coinvolte le organizzazioni rappresentative dell'agricoltura sociale: il Forum dell'agricoltura sociale e la Rete delle Fattorie sociali.</p> <p>Ad oggi abbiamo avuto modesti riscontri nella ricognizione di quanto sopra richiesto da parte del Terzo settore e le informazioni fornite dalle Regioni Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Emilia Romagna, richiedono ulteriori approfondimenti informativi.</p> <p>Si è svolto un focus group con le regioni coinvolte nel progetto, le cui risultanze sono riportate nella tabella 3.</p>	 <p>Contemporaneamente si è proceduto ad implementare l'attività desk - trasversale - afferente alla raccolta della documentazione di riferimento (normative, provvedimenti regionali, studi, ricerche, ecc.) che riguardano il BdS/PTRPI, il Terzo settore/WGP/Strumenti Amministrazione condivisa.</p>
<p>Dopo la raccolta delle pratiche di agricoltura sociale e budget di salute nelle realtà regionali del Friuli ed Emilia Romagna, seguiranno altri focus group online e in presenza in autunno.</p> <p>Nelle altre realtà regionali previste nel progetto, Lazio, Campania e Sicilia, nonostante le sollecitazioni agli organismi istituzionali competenti non è stato possibile raccogliere informazioni utili sull'utilizzo del budget di salute in agricoltura sociale. Pertanto, si procederà con il reperimento delle informazioni attraverso le realtà del Terzo settore che operano in agricoltura sociale.</p> <p>Inoltre, è stato attivato un rapporto di collaborazione con la Città metropolitana di Roma (giugno u.s.) che avrà come focus le realtà del Terzo settore finanziate con l'avviso pubblico della Regione Lazio nel 2019 con le risorse del POR FSE - 2014-2020 e inclusione nell'Asse II - Inclusione sociale e lotta alla povertà - Priorità di investimento 9 i) Obiettivo specifico 9.1 "Reti per lo sviluppo dell'agricoltura sociale per l'inserimento socio-lavorativo di soggetti in condizioni di svantaggio".</p> <p>Nella citata collaborazione verranno anche approfonditi gli strumenti della co-programmazione e co-progettazione (art. 55 del Codice del Terzo settore di cui al d.lgs n.117/2017 e s.m.i.),</p>	

Tab. 2 Prime risultanze del focus group - del 22/02/2022 - con le Regioni

<p>Emilia Romagna – Friuli Venezia Giulia -Lazio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chiarezza applicativa dello strumento della co-progettazione (non fanno nessun riferimento alla co-programmazione) che richiede anche una nuova visione, anche organizzativa, delle amministrazioni territoriali. - L'assenza di una visione di insieme sull'agricoltura sociale, poiché "molti operatori di agricoltura sociale non sono enti del terzo settore quindi non possiamo entrare in questo percorso e dobbiamo quindi immaginare altri strumenti che ci permettano la collaborazione"(a tal riguardo sarebbe necessaria una applicazione coordinata dell'agricoltura sociale 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.). - Avere sistemi di monitoraggio e di valutazione rivolti "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. Lo sarebbe anche degli enti del Terzo settore, però devo dire che alcuni di loro anche nelle nostre regioni sono diventati molto grandi e hanno perso un po' dello spirito iniziale [...] forse bisognerebbe farglielo recuperare [...]”.
--	--

§ 5 Conclusioni

Da quanto trattato in questo paper, si conferma che il BdS non può essere trascurato da coloro che si occupano di politiche sia della salute che sociali. In assenza di una normativa nazionale di riferimento, la sua messa in opera su tutto il territorio costituirebbe un “buon esercizio di comunità” dei LEA/LIVEAS/LEP, partendo proprio dalle politiche messe in atto dalle Regioni che hanno applicato il BdS/PTRI, le cui sintesi sono espresse/richiamate negli allegati annessi alle due intese del Governo, con le Regioni e le Autonomie locali:

- 06/08/2021 “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità”;
- 06/07/2022 “Linee programmatiche: progettare il BdS con la persona-proposta degli elementi qualificanti” (modello del metodo-strumento BdS/PTRI, applicato anche al PNRR Missione 5 Salute e Missione 6 Inclusione sociale).

Linee programmatiche che dovrebbero diventare parte integrante di una legge nazionale che superi la sperimentazione del BdS/PTRI, per renderlo a pieno titolo come metodologia/strumento ad hoc per la piena realizzazione dei LEA/LIVEAS/LEP (nella cornice delle dimensioni dell’ecologia integrale), al fine di generare un welfare di comunità e di prossimità uniforme/omogeneo nei territori.

A cui si aggiungono le Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore che forniscono – nella logica della sussidiarietà circolare – uno nuovo paradigma culturale di “metodologia amministrativa” per co-programmare/co-progettare/accreditare la collaborazione tra pari, anche nella co-gestione del BdS/PTRI, anzi BdS/PI progetto individuale.

Strumenti che andrebbero applicati – come conseguenza – al BdS/PTRI in agricoltura sociale e su cui lavoreremo con la parte operativa delle Regioni che hanno partecipato al focus group del 22/02/2022 (solo per l’Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia), mentre per il Lazio si procederà insieme alla città metropolitana di Roma (tab. 1). Infine, per quanto riguarda la Sicilia e la Campania - in assenza del riscontro delle Regioni – si procederà coinvolgendo il Terzo settore e le aziende agricole attraverso gli organismi di rappresentanza territoriale.

Bibliografia

Budget di salute: esperienze regionali e dottrina di interesse, in Camera dei Deputati, Ufficio Studi Parlamentari, Studi Affari sociali, 01/06/2022

Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n.117 del 2014 – D.M. del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali n. 72 del 31/03/2021

Mosca M. (2018), Sviluppo umano e budget di salute, Milano, Franco Angeli

Papa Francesco (2015), Lettera Enciclica Laudato Sì del Santo Padre Francesco sulla cura della casa comune, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana (https://www.vatican.va/content/dam/francesco/pdf/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si_it.pdf)

Piano nazionale di ripresa e resilienza: parere della Commissione XII Affari sociali, in Studi-Affari sociali, 24.03.2021 -https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14383/piano-nazionale-ripresa-e-resilienza-parere-della-commissione-xii.html

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

Pavoncello D. (a cura di) (2018), Agricoltura Sociale: Un laboratorio di inclusione per le persone con disabilità, INAPP-MLPS

Polidori S., Amministrazione condivisa e Patti di collaborazione: strumenti (ri)generativi delle comunità, "VI Convegno SISEC", Bologna, 8-11 giugno 2022

Righetti (A), Pandemia, tra sviluppo e deflagrazione del sistema sanitario, l'abc dei budget di salute, in "La Repubblica" online, 19.12.2020 - <https://www.repubblica.it/solidarieta/cibo-e-ambiente/2020/12/19/news/pandemia-279019860/>

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