



INAPP

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ANALISI
DELLE POLITICHE PUBBLICHE

WORKING PAPER

INAPP WP n. 117

Economia civile e policy territoriali: l'agricoltura sociale nell'ecosistema del budget di salute

Sabina Polidori

ISSN 2784-8701

FEBBRAIO 2024



La collana **Inapp Working Paper** presenta i risultati delle ricerche e degli studi dell'Inapp al fine di sollecitare una discussione informale in attesa di successivo invio dello scritto a una rivista scientifica o presentazione a un convegno. I lavori sono realizzati dal personale dell'Inapp, talvolta in collaborazione con ricercatori di altri Enti e Istituzioni. Tutti numeri della collana sono pubblicati esclusivamente online in open access al seguente link <<https://bitly.ws/3b99X>>.

Economia civile e policy territoriali: l'agricoltura sociale nell'ecosistema del budget di salute

Sabina Polidori

Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP), Roma
s.polidori@inapp.gov.it

FEBBRAIO 2024

Il working paper è stato realizzato nell'ambito del PTA Inapp 2022-2024 (Sviluppo dell'Economia sociale), con riferimento alle linee di attività afferenti alla Struttura Economia civile e processi migratori.

Si ringraziano Rita Graziano, Elisabetta Patrizi (Dirigenti, in quiescenza, del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali – Direzione generale del Terzo settore e della Responsabilità sociale delle imprese) e Daniela Pavoncello (Primo Ricercatore Inapp).

Le opinioni espresse in questo lavoro impegnano la responsabilità degli autori e non necessariamente riflettono la posizione dell'Ente di appartenenza.

SOMMARIO: 1. Contesto di riferimento – 2. Agricoltura sociale e dimensione narrativa dei dati – 3. Budget di salute, Livelli essenziali e Welfare – 4. Budget di salute in Italia – 5. Esperienze regionali di budget di salute e impatto a livello nazionale – 6. Budget di salute e agricoltura sociale: risultati in progress del percorso di ricerca – Conclusioni – Bibliografia

INAPP – Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche

Corso d'Italia 33
00198 Roma, Italia

Tel. +39 06854471
Email: urp@inapp.gov.it

www.inapp.gov.it

ABSTRACT

Economia civile e policy territoriali: l'agricoltura sociale nell'ecosistema del budget di salute

Le parole chiave dell'economia civile (comunità, fraternità, gratuità, dono, felicità, sussidiarietà circolare, reciprocità, capacitazione ecc.), inserite nella cornice più ampia dell'ecologia integrale (Enciclica Laudato Si' di Papa Francesco) sono peculiarità sistemiche che riguardano, anche, lo strumento del budget di salute (BdS) che si muove dentro e al servizio della sussidiarietà circolare che ha come obiettivo la costruzione di comunità aperte e inclusive che devono svilupparsi su politiche pubbliche capaci di condividere e, quindi, di co-programmare e co-progettare nei territori risposte sia di interesse generale che di interesse particolare rivolte alle persone più fragili. In questo contesto il binomio budget di salute-agricoltura sociale con le rispettive caratteristiche (interdisciplinarietà/multidimensionalità dell'approccio e cooperazione con la creazione di reti tra soggetti coinvolti) li pongono a pieno titolo all'interno del welfare innovativo-sociale (di comunità, generativo e di prossimità).

PAROLE CHIAVE: agricoltura sociale, amministrazione condivisa, economia civile, economia sociale, inclusione sociale, servizio socio-sanitario, terzo settore

CODICI JEL: B55, I18, I31, L31, O35

The key words of the civil economy (community, fraternity, gratuitousness, gift, happiness, circular subsidiarity, reciprocity, capacity etc.), inserted in the broader framework of integral ecology (Encyclical Letter Laudato Si' of the Holy Father Francis) are systemic peculiarities that they also concern the health budget tool (BdS) which moves within and at the service of circular subsidiarity which has as its objective the construction of open and inclusive communities which must develop on public policies capable of sharing and, therefore, co-plan and co-plan in the territories responses of both general interest and particular interest aimed at the most vulnerable people. In this context, the combination of health-social agriculture budget with their respective characteristics (interdisciplinarity/multidimensionality of the approach and cooperation with the creation of networks between subjects involved) place them fully within innovative-social welfare (community, generative and proximity).

KEYWORDS: social farming, shared administration, social economy, civil economy, social inclusion, health and social service, third sector

JEL CODES: B55, I18, I31, L31, O35

DOI: 10.53223/InappWP_2024-117

Citazione:

Polidori S. (2024), *Economia civile e policy territoriali: l'agricoltura sociale nell'ecosistema del budget di salute*, Inapp Working Paper n.117, Roma, Inapp

1. Contesto di riferimento

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

Senza la presenza di una norma regionale e, in particolare statale, queste esperienze mutualistiche e solidali, sono nate dal basso in contesti rurali negli anni '70-'80 e negli anni '90 per impulso di realtà (laiche e religiose) della società civile organizzata che hanno visto in prima linea la cooperazione sociale (L. n. 381/1991 – tabella 1) e il volontariato (L. n. 266/1991). Realtà che hanno contribuito allo sviluppo dell'agricoltura sociale che, negli anni sopra richiamati, si è sviluppata in particolare nel campo sanitario e, a seguire, in altri ambiti di interesse generale (lavoro, sociale, ambiente, legalità, istruzione, formazione ecc.).

Tabella 1. Definizione e caratteristiche delle cooperative sociali e delle imprese sociali

Cooperative sociali* (Legge n. 381/1991, vigente)	Impresa sociale (D.Lgs n. 112/2017 e s.m.i., vigente)
<p>Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso:</p> <p>a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi**;</p> <p>b) lo svolgimento di attività diverse – agricole, industriali, commerciali o di servizi – finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.</p>	<p>È una qualifica giuridica che possono acquisire tutti gli enti privati, inclusi quelli costituiti nelle forme di cui al libro V del Codice civile, che esercitano in via stabile e principale un'attività d'impresa di interesse generale, senza scopo di lucro e per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, adottando modalità di gestione responsabili e trasparenti e favorendo il più ampio coinvolgimento dei lavoratori, degli utenti e di altri soggetti interessati alle loro attività.</p>

Note: ** Imprese sociali di diritto (art. 1, comma 4, del D.Lgs. n. 112/2017 e s.m.i. * Include le attività di impresa di interesse generale riferite all'articolo 2, comma 1, lettere a), b), c), d), l), p), del D.Lgs. n. 112/2012.

Fonte: Polidori e Lori (2023)

In questo perimetro dove agisce e opera anche l'agricoltura sociale e il Terzo settore, si inserisce – nel perimetro dell'economia civile e del welfare circolare-comunitario e generativo di prossimità (WCCGP) – l'interesse di studio e analisi sul budget di salute.

Economia civile che trova nell'aggettivo 'civile' il suo principio caratterizzante, in cui le relazioni fra le persone non sono più basate su motivazioni razionali, frammentarie e competitive, ma agiscono all'interno di valori profondamente radicati nella tradizione umanistica del nostro Paese quali la reciprocità, il dono, la ricerca del bene comune, il senso della comunità, il rispetto per l'ambiente, il sostegno e la tutela delle persone più fragili. Tutela che si esplica anche in strumenti di policy capaci di promuovere e sviluppare la partecipazione generativa degli stessi alla vita della comunità. Partecipazione che rispecchia il valore rigenerato nel corrispettivo sociale che comporta "uno scambio positivo tra l'individuo e il suo contesto sociale, snodo del patto intergenerazionale" (Magatti 2012), da cui scaturisce quel legame di reciproca identificazione sociale promotrice di "valore sociale condiviso e moltiplicatore" che si riversa nei territori in termini di coesione e inclusione sociale.

In tale cornice "tutto è in relazione", "tutto è collegato", "tutto è connesso" nelle dimensioni dell'eco-

logia integrale (Papa Francesco 2015) e della sua sostenibilità (figura 1) e, quindi, anche all'interno di processi di policy pubbliche di welfare circolare tutto dovrebbe relazionarsi.

Figura 1. Dimensioni dell'ecologia integrale



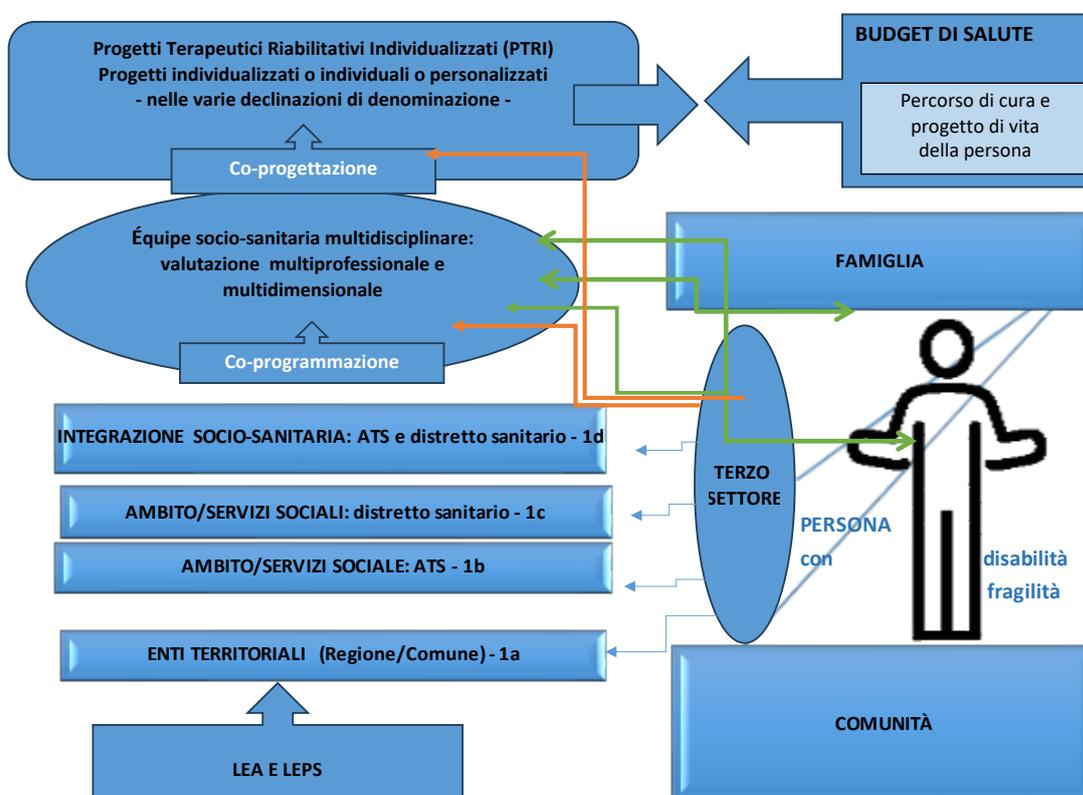
Fonte: VII Festival della Sociologia – Narni 2022 (Polidori 2022b)

Il WCCGP, si caratterizza come tale attraverso:

1. l'esigibilità dei diritti sociali e, quindi, di garantire – in ugual misura nel Paese – i livelli essenziali (LEA/LIVEAS/LEP/LEPS e nelle altre, eventuali declinazioni) a ogni persona, a ogni cittadino;
2. l'approccio delle capacità alternative (Sen 1986) nei programmi/interventi/azioni di politiche pubbliche rivolte a persone con disabilità, fragilità, vulnerabilità.

Ne consegue che l'ecosistema del budget di salute (figura 2), quale strumento/metodologia funzionale all'integrazione socio-sanitaria, è in grado o quantomeno potrebbe sostenere, accompagnare e supportare le persone con disabilità/fragilità/vulnerabilità, perché possano raggiungere livelli di benessere e di *capacity building*, in quanto – anche esse – sono persone che vivono in un contesto comunitario che dovrebbe caratterizzarsi come partecipativo, inclusivo e rigenerativo.

Figura 2. Ecosistema del budget di salute



Fonte: elaborazione dell'autrice (dicembre, 2023)

In questa prospettiva la metodologia 'sistemica' espressa nello strumento del BdS si pone come obiettivo 'comunitario' di orientare i servizi sociali e sanitari territoriali, nonché gli enti del Terzo settore a coordinarsi e a cogestirsi nella definizione/realizzazione di progetti personalizzati, terapeutici e nella costruzione di reti integrate, al fine di:

- garantire sia l'inclusione sociale che la continuità sanitaria-assistenziale, nonché socio-assistenziale;
- superare la frammentarietà degli interventi socio-sanitari, ossia la prevalenza di un intervento rispetto a un altro (ad esempio – come spesso accade – che la dimensione sanitaria prevalga sulla dimensione sociale);
- realizzare progetti di vita individualizzati, che coinvolgono i servizi pubblici (sociali, sanitari, istruzione, lavoro, formazione), le famiglie, gli enti del Terzo settore, le scuole ecc.

In questa cornice rientra la funzione anche di integrazione socio-sanitaria che occupa l'agricoltura sociale nello sviluppo e messa a punto del BdS, quale strumento funzionale all'interno del processo generativo comunitario di un welfare relazionale e di prossimità, finalizzato a garantire i livelli essenziali e il diritto della persona alla socialità, all'abitare, al lavoro e, quindi, alla sua piena realizzazione come persona inclusa nel contesto in cui vive.

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

Tabella 2. Attività connesse in AS

a.	Inserimento socio-lavorativo dei lavoratori con disabilità e di lavoratori svantaggiati e di minori, nonché di migranti e rifugiati in età lavorativa inseriti in progetti di riabilitazione e sostegno sociale.
b.	Comunità locali mediante l'utilizzazione delle risorse dell'agricoltura 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.
c.	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.
d.	Progetti finalizzati all'educazione ambientale e alimentare, alla salvaguardia delle biodiversità e 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.

Fonte: L. n. 141/2015 e art. 48-ter D.L. n. 50/2022; elaborazione dell'autrice (dicembre 2023)

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

Sulla scia della specificità italiana a livello UE, l'agricoltura sociale si caratterizza anche per azioni di impatto e di innovazione sociale, realizzate da imprese sociali/cooperative sociali nell'inserimento lavorativo¹ (WISE). Le WISE promuovono e utilizzano la metodologia di apprendimento basato sul lavoro², che arreca positività all'occupabilità delle persone fragili/vulnerabili fornendo competenze trasversali, per generare nuove attività economiche e, al contempo, posti di lavoro inclusivi. Questa tipologia di WISE opera in agricoltura sociale in zone rurali e periurbane, utilizzando risorse agricole, rurali e naturali per creare occupazione a favore delle persone fragili-vulnerabili e offrendo servizi sociali. Queste tipologie di WISE sviluppano le risorse delle zone rurali e contemporaneamente rinforzano le aree rurali cercando di imprimere un impulso positivo alle comunità e alle persone che le abitano. Nella realizzazione di tutto ciò le WISE coinvolgono anche altre realtà dell'economia sociale/Terzo settore, nonché di lavoratori con le loro famiglie e comuni (ENRD 2021).

¹ La prima cooperativa di solidarietà sociale nasce nel 1963, a fondarla è Giuseppe Filippini, a Roè Volciano in provincia di Brescia. Il suo scopo era di costituire una cooperativa "non tanto per servirsi ma per servire" (si veda Ianes e Borzaga 2021). Tra il 1972 ed il 1973 – parallelamente al percorso di deistituzionalizzazione portato avanti da Basaglia – nel manicomio di Trieste la prima cooperativa di lavoro tra le persone malate e fragili dal punto di vista mentale che si caratterizzava come un atto di emancipazione verso i diritti civili-sociali e non tanto come un atto medico o riabilitativo. A seguire, nel 1974, nasce la Cooperativa sociale CLU – Franco Basaglia, con l'obiettivo di integrazione dei pazienti psichiatrici nel mercato di lavoro e del riconoscimento giuridico ed economico come lavoratori.

² L'apprendimento basato sul lavoro è uno strumento per promuovere l'apprendimento degli adulti e lo sviluppo delle risorse umane all'interno delle imprese, si veda ETF (s.d.) <http://tinyurl.com/bddb6dv>.

Box 1. L'agricoltura nei recenti documenti comunitari sull'economia sociale

La Commissione europea nel 2021 ha adottato il Piano d'azione per l'economia sociale (2021-2030), con l'obiettivo di rafforzare il contributo delle organizzazioni dell'economia sociale a una crescita equa e sostenibile. Il Piano d'azione metterà in moto un programma di azioni per migliorare gli investimenti sociali; sostenere l'imprenditorialità sociale nell'avvio, ampliamento, innovazione, creazione di posti di lavoro, in particolare per le persone svantaggiate (Inapp 2021). Nel Piano anche l'agricoltura è indicata quale attività che caratterizza l'operatività delle organizzazioni dell'economia sociale. Al riguardo, la Commissione si propone di:

- sostenere gli Stati membri e i portatori di interessi al fine di stimolare l'economia sociale e l'innovazione sociale nelle zone rurali attraverso la futura rete UE per la politica agricola comune e di integrare ulteriormente i Cluster di innovazione sociale ed ecologica (CSEI)³ nella politica europea dei cluster industriali per fornire orientamenti, sostenere la ricerca e lo sviluppo di nuove capacità, lo scambio di buone pratiche e le attività di rete a livello transfrontaliero;
- ampliare la rete europea delle Regioni dell'economia sociale, al fine di rafforzare i nuovi partenariati regionali e locali per promuovere in particolare la duplice transizione digitale e verde nei territori;
- potenziare la creazione di reti tra le imprese rurali attraverso la rete Enterprise Europe, nonché mediante gli inviti alla cooperazione interregionale tramite le missioni europee dell'economia sociale. La visione a lungo termine per le zone rurali porrà un accento particolare sull'imprenditorialità e sull'economia sociale nelle zone stesse.

Nella recente Raccomandazione (C/2023/1344)⁴ il Consiglio, nell'ambito dell'innovazione sociale e sviluppo economico sostenibile, per quanto riguarda l'agricoltura, invita gli Stati membri a promuovere "lo sviluppo locale e la coesione territoriale attraverso iniziative ed ecosistemi dell'economia sociale sul territorio [...]". Innovazione sociale che nella Raccomandazione è definita come "attività con finalità e mezzi sociali, in particolare un'attività relativa allo sviluppo e all'attuazione di nuove idee riguardanti prodotti, servizi, pratiche e modelli, che risponde a esigenze sociali e, contemporaneamente, crea nuovi rapporti o collaborazioni sociali tra pubblico, società civile o organizzazioni private, fornendo un beneficio alla società e promuovendone la capacità di agire, secondo la definizione del Regolamento (UE) 2021/1057⁵. L'innovazione sociale è spesso trainata dall'economia sociale".

2. Agricoltura sociale e dimensione narrativa dei dati

Non è presente uno studio/raccolta dati quantitativa statisticamente omogenea sul territorio nazionale di quante siano le realtà di Terzo settore/economia sociale – ma neanche di aziende agricole – che operano nell'ambito dell'agricoltura sociale e, quindi, anche dei rispettivi settori di intervento/attività. Tale mancanza influenza e incide in maniera considerevole anche sulle scelte di policy a livello comunitario, nazionale e territoriale, nonché sulla sedimentazione attuativa della stessa normativa nazionale e, quindi, sulle specificità (settori di intervento, art. 2, L. n. 141/2015 e s.m.i. di cui alla tabella 2) in cui operano sia le realtà del Terzo settore che le aziende agricole operative in agricoltura sociale.

³ I Cluster di innovazione sociale ed ecologica che riuniscono soggetti dell'economia sociale, enti locali e istituti di istruzione e ricerca in strutture o progetti gestiti in modo congiunto. Cooperano in una determinata area geografica per migliorare la prosperità economica, sociale e ambientale a livello locale. Sono attivi in ambiti diversi che spaziano dall'economia circolare all'occupazione, dall'inclusione nel lavoro all'agricoltura sostenibile o dall'incubazione al sostegno imprenditoriale a livello sociale. Si veda <http://tinyurl.com/2wmz5hf3>.

⁴ Si veda la Raccomandazione del Consiglio del 27 novembre 2023 sullo sviluppo delle condizioni quadro dell'economia sociale (C/2023/1344) GUUE Serie C del 29.11.2023 <http://tinyurl.com/4wxjsrpn>.

⁵ Si veda <http://tinyurl.com/474mu6x7>.

Questa informazione non è disponibile nel portale del RUNTS - Registro unico nazionale del Terzo settore che non contiene dati amministrativi magro aggregati e neanche un riferimento per ogni realtà – ‘visibile’ nella ricerca per enti⁶ e lista enti – sulle attività di interesse generale degli ETS iscritti nello stesso registro (figura 3) e neanche nel Censimento Istat delle istituzioni non profit.

Figura 3. Piattaforma RUNTS dimensioni/informazioni ricerca ETS

Fonte: pagina online “Ricerca enti” del RUNTS, si veda <http://tinyurl.com/4sfsd3jr> (consultato il 03.01.2024)

Il 7° Censimento generale dell'agricoltura condotto dall'Istat nel 2021⁷, adeguandosi alle regole europee ha inserito per la prima volta l'agricoltura sociale tra le attività connesse rilevate, ma i dati in questione non rilevano le forme giuridiche appartenenti alle realtà del Terzo settore e tanto meno il settore di intervento in cui le stesse operano – ovvero richiamate al già citato art. 2 della L. n. 141/2015 e s.m.i. (tabella 2) – e tantomeno i destinatari di riferimento.

Dal censimento emerge che a ottobre 2020 risultano attive in Italia 1.133.023 aziende agricole, di cui 904 svolgono attività connesse in agricoltura sociale e, probabilmente, tra queste aziende sono presenti anche realtà di Terzo settore. Come già rilevato nel Rapporto ISTISAN 2022 sull'AS, questo “censimento non ha individuato/indicato nella preposta parte del questionario le forme giuridiche appartenenti alle realtà del Terzo settore” che nello stesso questionario sono rientrate nella parte descrittiva “altra forma giuridica” (Polidori 2022a).

Al Nord si concentra il maggior numero di imprese impegnate anche in agricoltura sociale: sono 415, con una prevalenza nel Nord-Est (226). Al Centro e al Sud si registra un numero inferiore di realtà, rispettivamente 217 e 186. La Toscana è la regione più virtuosa, con 108 aziende con attività connesse in AS, seguono Lombardia (94), Emilia-Romagna (78) e Piemonte (77) (box 2).

⁶ Nella lista enti sono presenti le seguenti informazioni: repertorio, dati registro provenienza, persona fisica (legale rappresentante); numero dipendenti volontari, compagine sociale; affiliazione. Il RUNTS dal 13.12.2023 è aperto a tutti i cittadini/cittadine, si veda <http://tinyurl.com/2udbw4bp>. Le informazioni sulle attività di interesse generale nel RUNTS si possono ricavare soltanto attraverso gli statuti di ogni ETS in esso depositati.

⁷ I dati sono stati resi pubblici dallo stesso Istituto di statistica a partire dal secondo semestre del 2022.

Box 2. Attività/servizi/prestazioni (cfr. Amati e Santangelo 2022)

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

Se desideriamo avere contezza conoscitiva del fenomeno AS dal punto di vista 'esperienziale' sia sulle realtà del Terzo settore (in primis) sia sulle aziende agricole, ancora oggi, ci si deve riferire alla fotografia emersa nella ricerca *Un laboratorio di inclusione delle persone con disabilità*, ovvero alla raccolta dati Inapp - Crea del 2016-2017⁸ (Giarè *et al.* 2017, Pavoncello 2018).

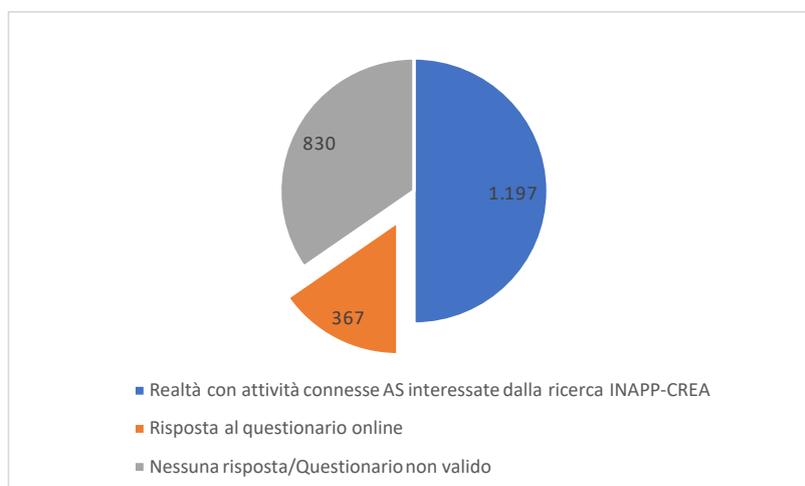
Nello specifico le risultanze di questa ricerca sono utili anche per il presente lavoro, poiché riguardano le dimensioni del BDS e del suo ecosistema (figura 2):

- le tipologie di realtà che svolgono, come attività connessa, agricoltura sociale (aziende agricole, cooperazione sociale, Terzo settore);
- gli ambiti di intervento delle stesse,
- i destinatari di riferimento.

L'indagine si è basata sulla diffusione di un questionario online, rivolto a un campione di 1.197 realtà individuate, da informazioni derivanti da pregressi studi e ricerche dei due Istituti di ricerca, dagli associati del Forum nazionale dell'agricoltura sociale e dalla Rete delle fattorie sociali.

Al questionario hanno risposto 411 realtà di AS. I questionari ritenuti validi sono stati 367 (grafico 1). Di queste 367 realtà, 161 operano al Nord del Paese – con prevalenza nel Nord-Ovest (89) e del Veneto nel Nord-Est (72) – segue il Sud (98), il Centro (76) e infine le Isole (32) (tabella 3).

⁸ La ricerca dell'Inapp - Crea (Inapp e Pavoncello 2018), finanziata dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità era rivolta alle realtà di agricoltura sociale operative, in particolare, nella settore dell'inclusione sociale delle persone con disabilità. A seguire si è attivata la collaborazione con il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali - Divisione I - Direzione Generale del Terzo settore e della Responsabilità sociale delle imprese - PON Inclusione 2014-2020 – Attività l'economia sociale nell'agricoltura sociale.

Grafico 1. Esito risposte realtà AS questionario Inapp - Crea

Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Inapp (Inapp e Pavoncello 2018)

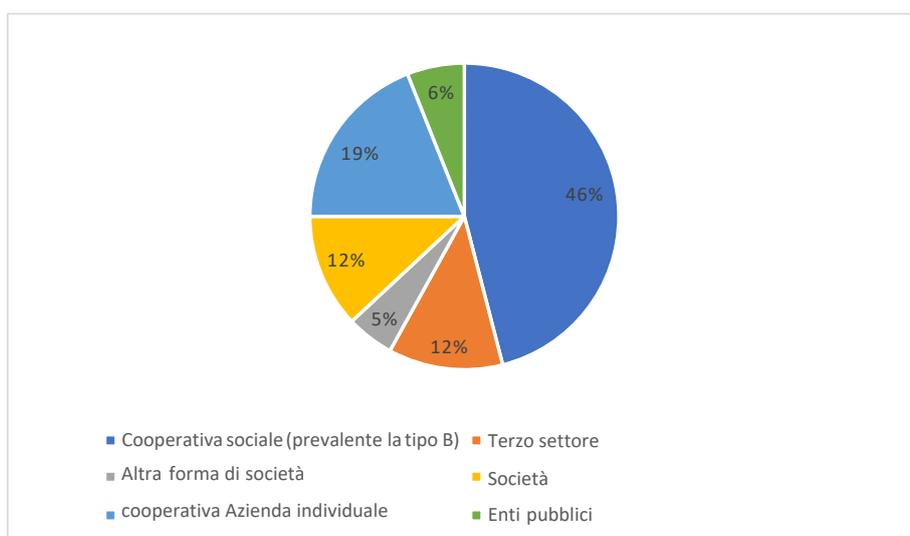
Tabella 3. Distribuzione geografia delle realtà di AS che hanno risposto al questionario Inapp - Crea 2016-2017 (v.a.)

Italia	Regioni	Questionari validi
Nord-Ovest	Liguria	15
	Lombardia	43
	Piemonte	29
	Valle D'Aosta	2
	<i>Subtotale</i>	89
Nord-Est	Emilia-Romagna	25
	Friuli Venezia-Giulia	17
	Trentino Alto-Adige	4
	Veneto	26
	<i>Subtotale</i>	72
Centro	Lazio	27
	Marche	9
	Toscana	34
	Umbria	6
<i>Subtotale</i>	76	
Sud	Abruzzo	13
	Basilicata	5
	Calabria	30
	Campania	14
	Molise	10
	Puglia	26
	<i>Subtotale</i>	98
Isole	Sardegna	10
	Sicilia	22
<i>Subtotale</i>	32	
Totale		367

Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Inapp (Inapp e Pavoncello 2018)

Per quanto riguarda la tipologia giuridica le realtà che hanno risposto al questionario si caratterizzano per il 46% in cooperative sociali – soprattutto di tipo B – e per il 12% in altre realtà quasi tutte appartenenti al c.d. Terzo settore⁹. Con l'accezione definitoria/classificatoria di ETS (art. 4 comma 1 del D.Lgs. n. 117/2017 e s.m.i.) che hanno risposto al questionario, il 58% di essi (46% cooperative sociali, 12% Terzo settore) si caratterizza in enti che svolgono attività di interesse generale e senza scopo di lucro (grafico 2).

Grafico 2. Tipologia giuridica delle realtà AS che ha risposto al questionario Inapp - Crea



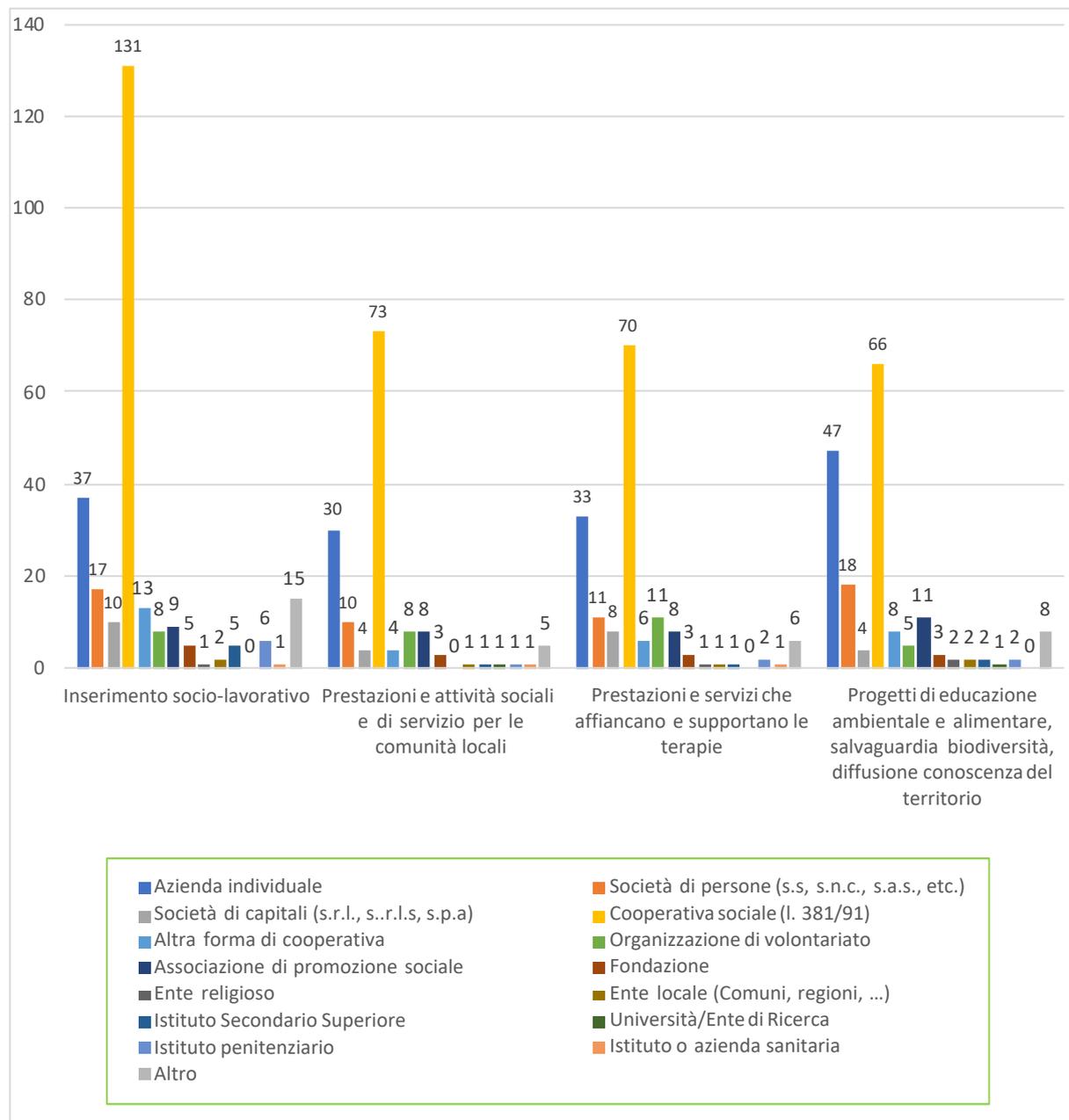
Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Inapp - Crea (Inapp e Pavoncello 2018)

Un'altra informazione – utile ai fini del presente lavoro – riguarda sia le attività in AS (classificate in base al già richiamato art. 2, L. n. 141/2015 e s.m.i.) che la tipologia di destinatari a cui le stesse attività sono rivolte. Il 46% delle cooperative sociali si occupano – con valori elevati, rispetto alle altre realtà, ivi incluse anche di Terzo settore – di tutte le attività/servizi espressi nella legge del 2015, art. 2.

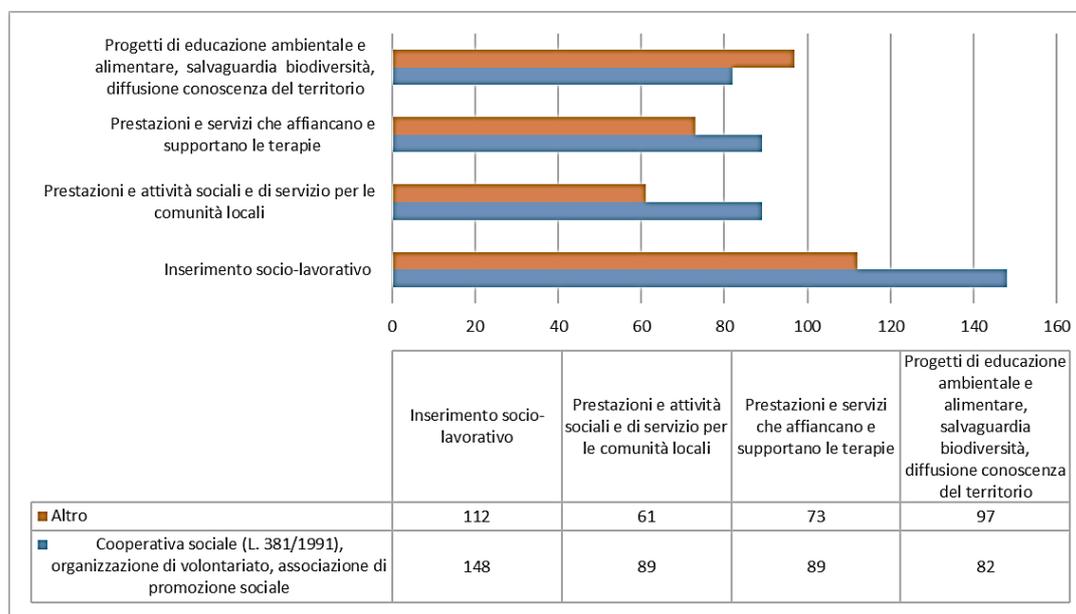
Invece, tutte e tre le realtà del Terzo settore (organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale) svolgono in minor misura attività sull'educazione ambientale e alimentare ecc., mentre complessivamente risulta rilevante il loro operare per l'inserimento socio-lavorativo e, a seguire, per prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali, nonché in attività che riguardano le prestazioni e i servizi che affiancano e supportano le terapie (grafici 3, 4).

⁹ La tipologia giuridica di ETS non coincide totalmente con quella espressa all'art. 4, comma 1 del Codice del Terzo settore. Nel lavoro di rilevazione Inapp - Crea il Terzo settore afferisce ad associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, enti religiosi, fondazioni, associazioni Onlus, le associazioni sportivo-dilettantistiche non a scopo di lucro, i laboratori propedeutici al lavoro agricolo e le reti progettuali. Le ultime due tipologie di realtà sono identificate come ETS probabilmente perché anche esse sono senza scopi di lucro?

Grafico 3. Attività di AS per forma giuridica che hanno risposto al questionario Inapp - Crea (v.a.) – domanda a risposta multipla

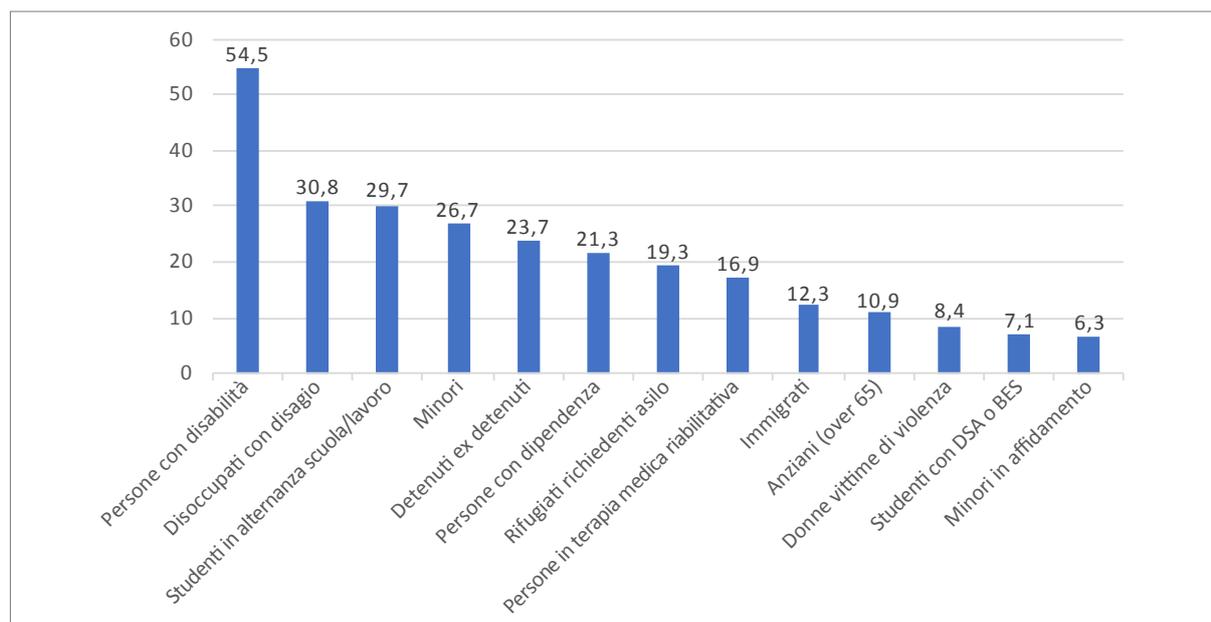


Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Inapp - Crea (Inapp e Pavoncello 2018)

Grafico 4. Attività di AS svolte dagli enti che hanno risposto al questionario Inapp - Crea (v.a.) – domanda a risposta multipla

Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Inapp - Crea (Inapp e Pavoncello 2018)

Queste attività/servizi sono rivolte principalmente a persone con disabilità (54,5%) e ad altre tipologie di beneficiari che si caratterizzano quali destinatari di interventi di inclusione sociale e, in alcune fattispecie, riguardano gli ambiti sanitario e/o socio-sanitario (ad esempio, persone con dipendenze, persone in terapia medica riabilitativa).

Grafico 5. Beneficiari/destinatari dei servizi/attività in AS

Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Inapp - Crea (Inapp e Pavoncello 2018)

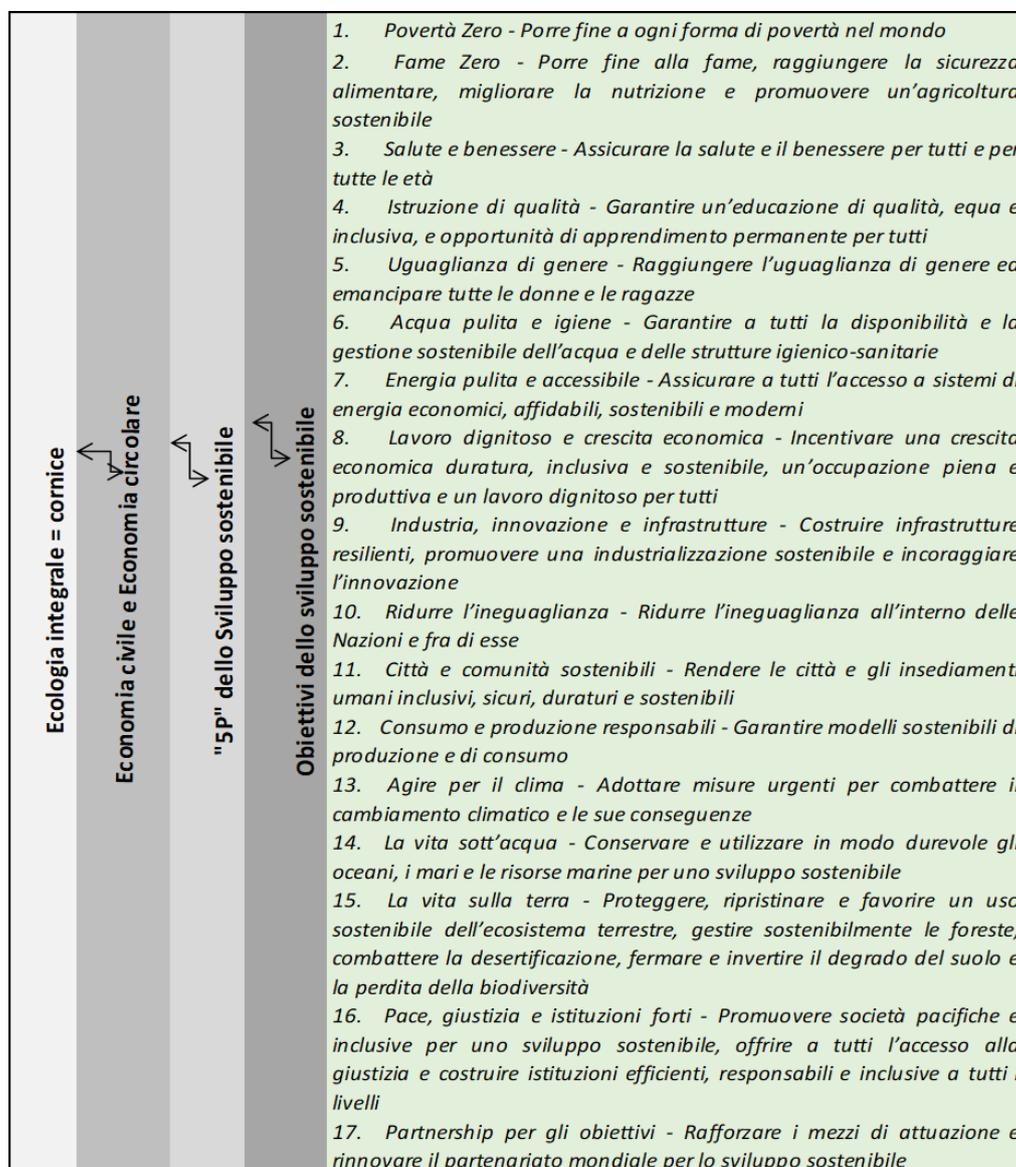
Questa prevalenza del Terzo settore in AS, confermata anche nel Rapporto Crea (Borsotto e Giarè 2020) e della Coldiretti (Barana *et al.* 2020), in particolare delle cooperative sociali e delle organizzazioni di volontariato, è riconducibile – come abbiamo già rilevato – ai rispettivi percorsi storico-territoriali ‘dal basso’ rintracciabili originariamente agli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso. Si tratta, come esposto nel capitolo 1, di iniziative ispirate a concetti di mutualità e solidarietà, di derivazione cristiana o laica che, negli anni Novanta, hanno anch'esse contribuito alla nascita della normazione di riferimento del Terzo settore (L. n. 381/1991 e L. n. 266/1991).

E, a seguire, a partire dal 2000, si accresce l'attenzione nei confronti della struttura dei servizi alla persona anche nelle aree rurali e al ruolo del *welfare mix* nell'organizzazione dei percorsi di inclusione sociale e di inserimento lavorativo che ‘coinvolge’ anche le aree rurali e lo sviluppo delle stesse (Polidori 2022a). A ciò si aggiunge anche – dai dati sopra narrati e dalle leggi regionali, che hanno preceduto la legge nazionale – come la stessa AS si sia ‘adoperata’ quale strumento funzionale anche per l'integrazione socio-sanitaria, rivolta sia a persone con disabilità che fragili (ad esempio tossicodipendenti o ex tossicodipendenti), nonché quale strumento sociale inclusivo.

Da ciò ne discende – quale naturale conseguenza – l'importanza che riveste per le comunità-territori il modello compartecipativo del welfare che genera reti e sinergie attraverso attività co-programmate e co-progettate. Attività che sono finalizzate a realizzare con cura e attenzione gli interventi e, quindi, a integrare nei servizi locali l'offerta delle aziende agricole, delle cooperative sociali/imprese sociali e degli altri ETS che si occupano di AS.

Pertanto, i servizi, le attività e, quindi, lo stesso budget di salute, con il progetto personalizzato, dovranno poggiarsi su un rapporto sussidiario circolare tra i vari attori coinvolti nel processo partecipativo (Regioni, Comuni, ATS, Asl, Uffici per l'esecuzione penale esterna, Centri per l'impiego, Servizi sociali, ETS, aziende agricole, enti for profit, scuole ecc.). Rapporto costruito sia sulla peculiare propensione delle singole aziende agricole, delle cooperative sociali/imprese sociali e di altri ETS che su accordi, regole e linee di indirizzo o guida che permettano alle attività/servizi di AS di essere parte integrante nel sistema pubblico dei servizi sociali e sanitari. Solo facendo tutto ciò, è possibile avere un concreto sviluppo generativo agricolo-sociale sostenibile e integrato agli obiettivi dell'Agenda 2030 nell'asse perimetrale dell'economia civile, ecologica e integrale, nonché circolare (Polidori *et al.* 2021, Inapp *et al.* 2023) (figura 4).

Figura 4 Obiettivi dello sviluppo sostenibile nella cornice dell'ecologia integrale



Fonte: Conferenza ESPAnet Italia 2021 (Polidori et al. 2021)

3. Budget di salute, Livelli essenziali e Welfare

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

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

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

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

In questo perimetro si muove lo strumento/metodo del BdS, che promuove e attua:

- il protagonismo delle persone, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si strutturano nella definizione di un contratto;
- 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, sociali 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, enti for profit, comunità) ad essere co-produttori e co-responsabili del benessere delle persone segnate da svantaggio o esclusione sociale.

Nel modello di governance e nell'ecosistema 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, costi di servizi e interventi dell'area sociale e sanitaria. Aree che riguardano e coinvolgono l'operatività del Terzo settore e che nel Codice del Terzo settore sono state ben identificate/enucleate, nella cornice della sussidiarietà circolare, come attività di interesse generale (tabella 4) che sono finalizzate al perseguimento – senza scopo di lucro – di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.

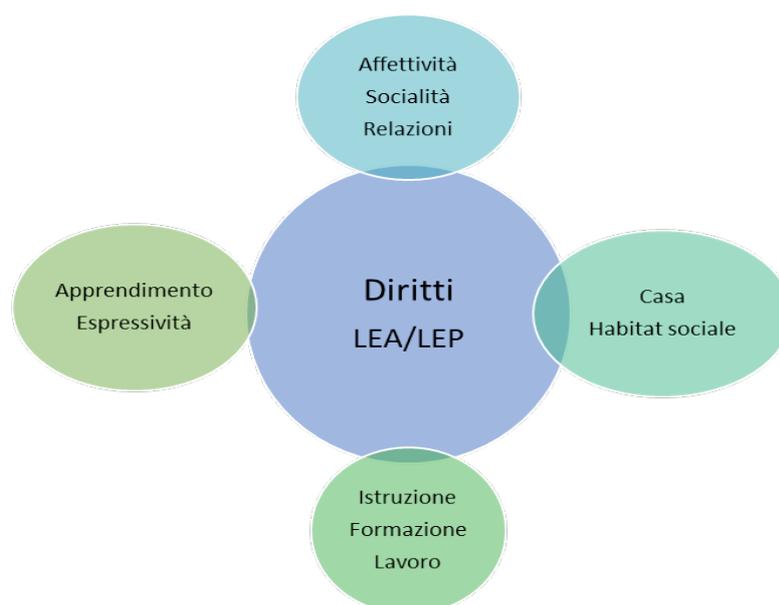
Tabella 4. Agricoltura sociale e Budget di Salute nelle attività di interesse generale degli enti del Terzo settore

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

Fonte: elaborazione dell'autrice (gennaio 2024)

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-relazionale" che richiedono nei progetti personalizzati del BdS azioni integrate tra le quattro aree (figura 5):

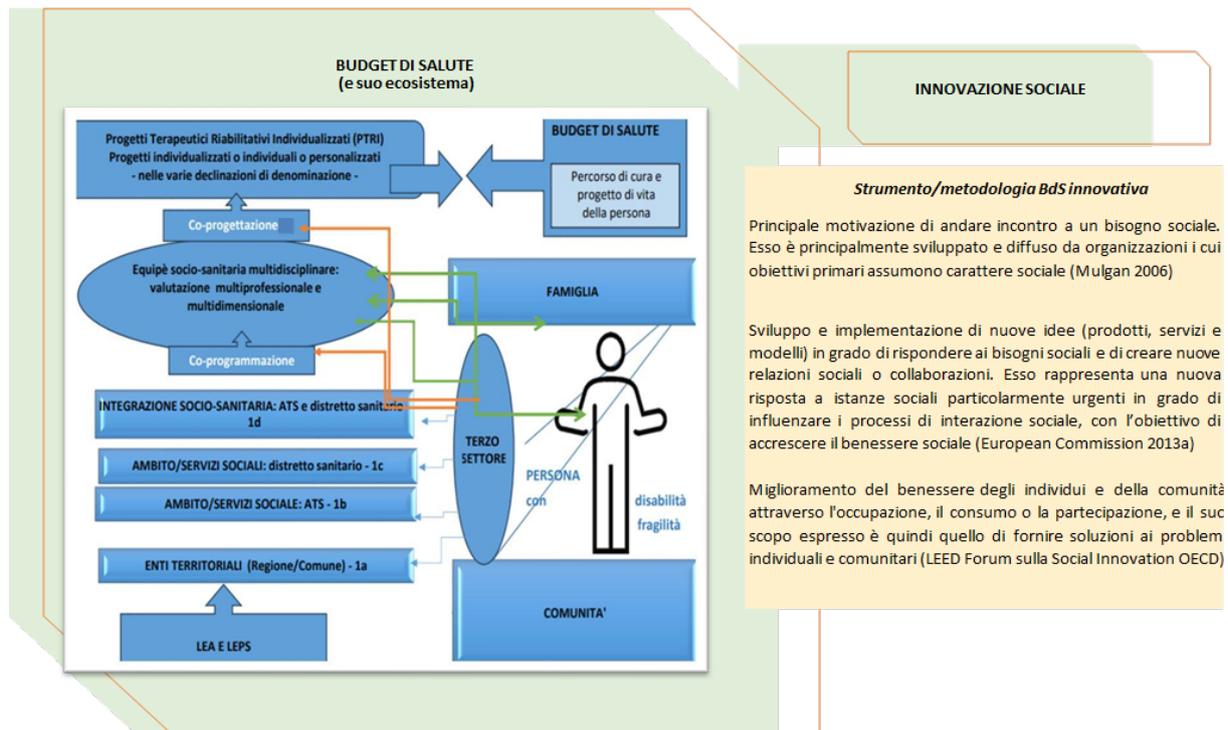
1. apprendimento/espressività;
2. istruzione/formazione/lavoro;
3. casa/ habitat sociale;
4. affettività/socialità, a cui aggiunge, la relazionalità.

Figura 5. Aree integrate dei progetti personalizzati del BdS

Fonte: elaborazione dell'autrice (dicembre 2023)

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 (figura 6).

Figura 6. Budget di salute e innovazione sociale



Fonte: elaborazione dell'autrice (dicembre 2023)

Il BdS si propone di elaborare, a partire dalla persona/comunità, un progetto individualizzato, co-programmato, co-progettato e co-gestito insieme ai servizi socio-sanitari, alla famiglia, al mondo del Terzo settore e alla comunità, per garantire il diritto della persona alla socialità, alle relazioni, all'abitare, al lavoro, alle cure, ecc. Da quanto sopra richiamato il BdS si configura quale strumento di integrazione socio-sanitaria, finalizzato a contrastare e, laddove possibile, a prevenire la cronicizzazione, istituzionale o familiare, l'isolamento delle persone disabili, fragili escluse e vulnerabili.

La metodologia/strumento del BdS – multilivello, multidisciplinare, multidimensionale e multisetoriale – si sviluppa in Italia con la realizzazione di esperienze sperimentate in diversi contesti regionali¹⁰, legate ai servizi dedicati alla salute mentale e alle disabilità¹¹ e, successivamente, alle persone vulnerabili, fragili ed escluse socialmente.

Si arriverà a una sua definizione nel secondo "Programma di Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità"¹² in cui alla "Linea di intervento 2 - Politiche, servizi

¹⁰Vedere capitoli 4 e 5 del presente lavoro.

¹¹Intellettive, sensoriali, motorie ecc.

¹²Adottato con il 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 con l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità <http://tinyurl.com/yc3xmcbj>.

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 - ottimizzando l'uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata - 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.

La strategia specifica di intervento del BdS è "finalizzata a costruire reti, interventi, progetti slegati dalle tradizionali logiche prestazionali collegate [...] alla necessità di favorire risposte flessibili e personalizzate, che possano contribuire al consolidamento della natura universalistica del sistema sanitario nazionale" (Santuari 2022) e, quindi, alla garanzia attuativa nei territori dei Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) sia in ambito sanitario che sociale, portando seppur lentamente all'auspicata integrazione socio-sanitaria, prevista nella legge n. 328/2000¹³ e ampliata e rafforzata con la riforma del Titolo V della Costituzione¹⁴ che attribuisce allo Stato – in via esclusiva – di legiferare "nelle seguenti materie: [...] determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

Al riguardo, la sentenza n. 355/1993 della Corte costituzionale¹⁵ ha rifiutato l'eventualità di interpretare in senso economicistico di presupposizione e subordinazione il rapporto tra risorse economico-finanziarie e livelli di assistenza da garantire a tutti gli utenti. A seguire, nella richiamata legge n. 328/2000 viene introdotto un sistema imperniato sulla "contestualizzazione" tra determinazione dei livelli essenziali e delle risorse, da collocare all'interno di una chiara cornice programmatica. Il BdS – in questo contesto – rappresenta l'espressione di regolazione pubblica degli interventi in ambito sociosanitario, che dovrebbe assicurare l'equità nella distribuzione delle risorse a disposizione e la definizione dei progetti e degli interventi necessari a garantire la fruizione dei Livelli essenziali delle prestazioni, anche e soprattutto in un contesto ordinamentale decentrato (Santuari 2022). Attraverso questa lettura il BdS potrebbe concorrere alla sperimentazione di scelte innovative, generatrici di processi comunitari virtuosi a livello territoriale, finalizzati a migliorare l'autonomia e l'inclusione delle persone interessate all'interno dell'ecosistema del BdS.

Nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, viene ribadita la necessità di avere una tassonomia dei LEPS/LEP e, in attesa di ciò, lo stesso Piano rimanda ai "riferimenti normativi già esistenti definiti in norma primaria" (MIps 2021, 8-11).

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

¹³Nell'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.

¹⁴Legge costituzionale n. 3/2001, art. 117, comma 2, lett. M.

¹⁵Questa Sentenza si riferisce ai Livelli essenziali di assistenza sanitaria e, nella fattispecie di questo lavoro, essa si ricollega a mio avviso – come principio sostanziale – anche ai LEPS/LEP.

A seguire, nella Legge di Bilancio del 2022¹⁶ 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 Ambiti territoriali sociali concorrono alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. La concretizzazione di questi interventi e l'adozione dei necessari atti di programmazione integrata, sono rimesse a linee guida definite con apposita Intesa in sede di Conferenza unificata¹⁷.

Per quanto riguarda, invece, la definizione dei LEP nelle materie che possono essere oggetto di autonomia differenziata, la Legge di Bilancio del 2023¹⁸ (legge 29 dicembre 2022, n. 197, articolo 1, commi da 791 a 801) ha istituito – presso il Dipartimento per gli Affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei Ministri – una Cabina di regia, composta dai ministri competenti e da una segreteria tecnica. Essa ha la funzione di provvedere a una ricognizione del quadro normativo in relazione a ciascuna funzione amministrativa statale e delle Regioni ordinarie, con successiva individuazione delle materie o ambiti di materie riferibili ai Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale. La ricognizione dovrà estendersi alla spesa storica a carattere permanente dell'ultimo triennio, sostenuta dallo Stato sul territorio di ogni Regione, per ogni specifica funzione amministrativa. A seguire – sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard¹⁹ – dovrebbero essere individuati sia i Livelli essenziali delle prestazioni che i costi e fabbisogni standard nelle materie (3 comma, art. 116 della Costituzione)²⁰.

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

¹⁶ Art. 1, commi 159-171 della L. n. 234 del 30.12.2021 – Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e Bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

¹⁷ 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.

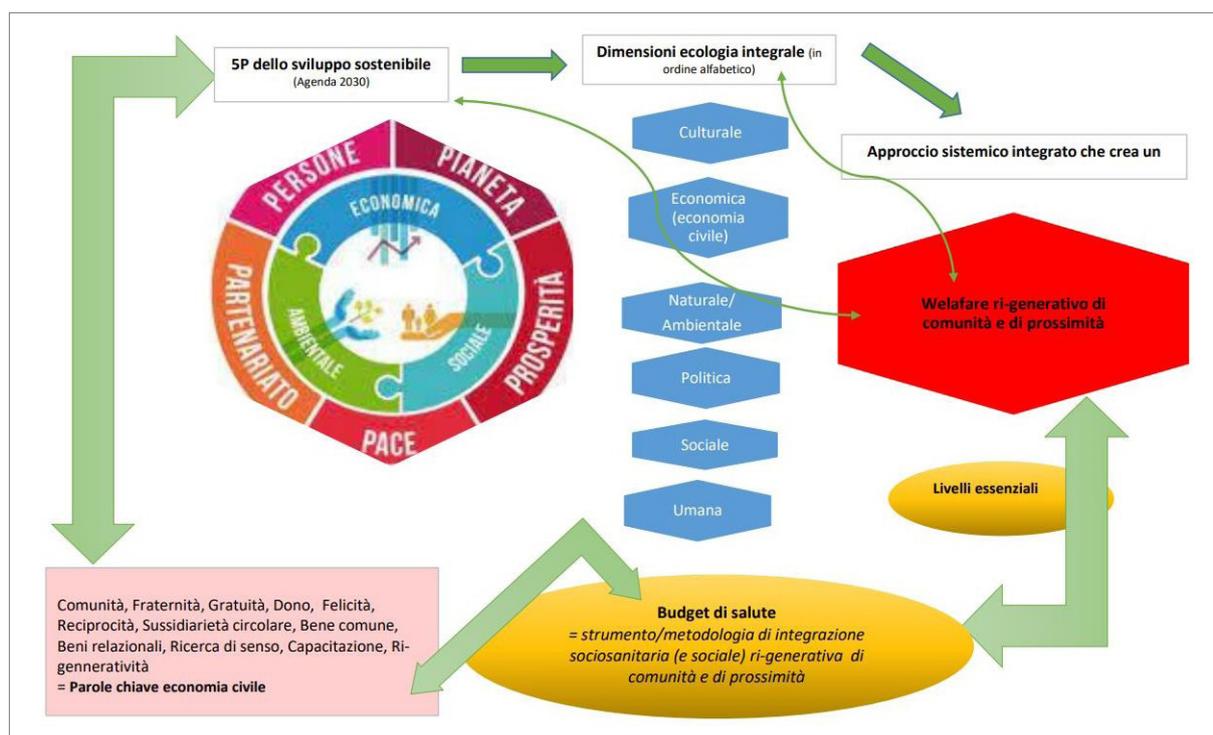
¹⁸ Art. 1, commi 791-801, L. n. 197 del 29.12.2022 – Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025.

¹⁹ La Commissione tecnica per i fabbisogni standard è prevista dalla Legge di Stabilità del 2016 (art. 1, comma 29, L. n. 208 del 2015 e dalle Disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di Comuni, Città metropolitane e Province (D.Lgs. n. 216 del 2010).

²⁰ Al termine di tale iter, ossia entro un anno, la Cabina di regia è chiamata a preparare uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri recanti, anche distintamente tra le 23 materie, la determinazione dei LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard. Qualora le attività della Cabina di regia non si dovessero concludere nei termini stabiliti, il Presidente del Consiglio dei Ministri e il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, d'intesa con il Ministro dell'Economia e delle finanze, nomineranno un Commissario entro i trenta giorni successivi alla scadenza del termine per il completamento delle attività non perfezionate (Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, Dossier XIX Legislatura, maggio 2023).

tualmente legittimati”, mentre al comma 455 il riferimento ai LEP è di tipo amministrativo finanziario²¹. 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 PPAA) 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 (figura 7).

Figura 7. Ecologia integrale e le 5P dell’Agenda 2030



Fonte: rappresentazione dell'autrice, cfr. Polidori e Pavoncello (2022)

Questa riorganizzazione del welfare – in termini culturali-territoriali/comunitari – potrebbe partire anche dalle prassi territoriali che si sono, via via, consolidate nel tempo attraverso l'ecosistema del BdS. 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 PNRR²² e al BdS, la Commissione XII/Affari sociali della Camera dei Deputati nella seduta del 23.03.2021 (nella precedente legislatura), per quanto riguarda la Missione n. 6 Salute, ha posto al-

²¹“Nelle more dell’individuazione dei Livelli essenziali delle prestazione e dell’attuazione del federalismo regionale, alle Regioni a statuto ordinario che presentano un disavanzo di amministrazione pro capite al 31 dicembre 2021, al netto del debito autorizzato e non contratto, superiore a euro 1.500 è riconosciuto per gli anni dal 2024 al 2033 un contributo annuo di euro 20 milioni, da ripartire, in proporzione all’onere connesso al ripiano annuale del disavanzo e alle quote di ammortamento dei debiti finanziari al 31 dicembre 2021, al netto della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, sulla base di specifica attestazione da parte di ciascun ente beneficiario, a firma del legale rappresentante dell’ente”.

²²A questo riguardo si veda Camera dei Deputati (2021) *Piano nazionale di ripresa e resilienza: parere della Commissione XII, Documentazione parlamentare, Commissione XII Studi Affari sociali, segnalazione 24 marzo* <http://tinyurl.com/y6mbe3nd>.

cune osservazioni collegate alla “Casa della Comunità e presa in carico delle persone”, che riguardano la necessità di:

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

Ridisegnare e/o ripensare il welfare nella prospettiva del paradigma sistemico dell'ecologia integrale assicura ad ogni “persona+comunità” la centralità nelle scelte per le nuove e/o rinnovate politiche presenti e, nel caso specifico, del ruolo/funzione trasversale e multidimensionale della metodologia multilivello e circolare dello strumento del BdS, quale modello che “valorizza le reti sociali come componente sistemica dei servizi alla salute, per generare un welfare di comunità”, come indicato dalla già citata Commissione XII/Affari sociali. In questa cornice di sussidiarietà, 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, a una realtà nella quale produrre benessere, e con esso salute, diventa un compito anche della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario; fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo, divenendo innesco di sviluppo umano ed economico locale” (Righetti 2013).

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

4. Budget di salute in Italia²³

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 oggi che possiamo considerare indicativi e, quindi, non completi provengono dagli

²³ 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 a 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).

esiti finali del progetto “Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l’inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute”²⁴, 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 Lazio²⁵.

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.

Figura 8. Le parole del budget di salute



Fonte: cfr. Ausl della Romagna (2017)

In Friuli-Venezia Giulia, nel 1998²⁶, 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

²⁴Al 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 PPAA – 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 <http://tinyurl.com/5p6j58d7>. 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 <http://tinyurl.com/2bfytva6>. I risultati del progetto sono stati presentati il 12.05.2022, link di riferimento: <http://tinyurl.com/39cyjek8>.

²⁵A questo riguardo si veda Camera dei Deputati (2022) *Budget di salute: esperienze regionali e dottrina di interesse*, Documentazione parlamentare, Commissione XII Studi Affari sociali, segnalazione 1 giugno <http://tinyurl.com/3tpw8zph>.

²⁶Sulla scia del progetto individuale riabilitativo sperimentato nel 1996 con la chiusura dell’ospedale psichiatrico femminile di Sottoselva (Udine).

partedella Regione per sostenere e sviluppare progetti di domiciliarità autosufficiente²⁷, fino ad arrivare alla legge regionale 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. È 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”²⁸. 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/PTRI²⁹ (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 volontariato³⁰), 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”.

La Regione Campania, nell’art. 46 della legge regionale n. 1/ 2012³¹, 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 dicogestione 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” (D.G.R.C. n. 483/2012), come “l’unità di misura

²⁷D.G.R. n. 671/2015 “Sperimentazione regionale abitare possibile e domiciliarità innovativa. Approvazione linee guida”; D.G.R. n. 2089/2017 “Linee guida per l’abitare possibile e la domiciliarità innovativa”; D.G.R. n. 1625/2019 “Abitare inclusivo”; D.G.R. n. 122/2018 “Piano Regionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed età Adulta 2018-2020”; D.G.R. n. 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 D.G.R. n. 2089/2017 in materia di abitare possibile e domiciliarità innovativa”.

²⁸Artt. 9 e 10, L.R. n. 22/2019.

²⁹Messa 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.

³⁰Nel 1991 furono emanate la legge sulle cooperative sociali (n. 381/1991) e sul volontariato (n. 266/1991).

³¹Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012 – 2014 della Regione Campania (Legge Finanziaria regionale 2012).

delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare a 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 di:

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

Questa attività legislativa e operativa della Regione Campania è stata resa possibile anche dal lavoro effettuato dalla Asl di Caserta (ex Asl/CE2) che, a partire dal 2002, in ambito psichiatrico ha sperimentato per dieci anni i PTRI/BdS, mantenendone ad oggi continuità operativa³², 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 D.G.R. n. 1206/2007³³ “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 2009-2011”³⁴, ha previsto la sperimentazione nei territori “percorsi” di BdS, avvalendosi di quanto già sperimentato a Parma, Imola, Forlì e nel DSM-DP di Bologna³⁵.

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 (Centri di Salute mentale), per identificare le migliori esperienze realizzate con il BdS all'interno delle articolazioni operative dei CSM, al fine di armonizzare al meglio uno stile

³²Per un maggiore approfondimento si veda De Mattia *et al.* (2016).

³³Che ha modificato la precedente deliberazione n. 1378/1999 – Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie e 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, <http://tinyurl.com/h9psdm69>.

³⁴Nella 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” (sia per la delibera della Giunta regionale che per il Piano attuativo di Salute mentale si veda Starace (2011, 6).

³⁵Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche.

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 (D.G.R. 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”³⁶. 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”³⁷.

La Regione Lazio ha inserito il riferimento al BdS all’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 e Dopo di Noi*³⁸ viene rimarcato che “l’applicazione del budget di salute/progetto è l’integrazione socio-sanitaria, entro un approccio bio-psico-sociale alla salute del

³⁶ 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 un’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”, <http://tinyurl.com/yc5zz5vv>. Le Aziende sanitarie della Regione hanno prodotto anche del materiale ad hoc sui PTRI/BdS.

³⁷ Si veda la nota 24.

³⁸ D.G.R. 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 D.G.R. n. 554/2021 che integra e modifica le disposizioni della medesima D.G.R. n. 54/2017.

cittadino, che promuove la trasformazione dei bisogni a prevalenza “sanitaria a rilevanza sociale” in bisogni a prevalenza ‘sociale a rilevanza sanitaria’, con restituzione al corpo sociale delle persone con disabilità”. Esso si basa sulla collaborazione tra PA e privato, dando vita a 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)³⁹ e conformemente alle Linee guida regionali sulla co-progettazione (D.G.R. n. 326/2017)⁴⁰.

La richiamata L.R. n. 22/2019 in generale e nello specifico l’art. 53, nasce dall’esperienza pregressa maturata nelle organizzazioni di volontariato e in altre realtà di Terzo settore⁴¹.

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

In 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-sanitarie 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, come rappresentato nei decreti 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 [...]”;

³⁹ D.M. del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali n. 72/2021.

⁴⁰ Approvazione *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*.

⁴¹ L’iniziativa dell’Opera Don Calabria di Roma, ha proposto, nel 2015, ad alcuni distretti socio-sanitari 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.

- 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 individualizzati⁴² 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 sociali⁴³ e dai due decreti della Regione Sicilia, sopra richiamati, del 2012 e del 2016.

5. Esperienze regionali di budget di salute 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. n. 381/1991 e L. n. 266/1991, L. n. 328/2000 ecc.), che hanno tracciato il percorso di riferimento da seguire anche per il BdS⁴⁴.

Le esperienze riportate nel precedente capitolo evidenziano la visione innovativa (sociale) del BdS – seppur non nella logica/approccio dell’ecologia integrale – che potrebbe rappresentare uno strumento preferenziale per concretizzare nei territori l’integrazione socio-sanitaria e al contempo assicurare l’omogeneità territoriale dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitari. Quindi, come conseguenza, di poter co-programmare, co-progettare, co-realizzare i servizi di riferimento per le persone e la comunità, con un approccio partecipativo, coordinato e sinergico.

Nonostante non sia realizzato in maniera omogenea sul territorio nazionale, i diversi provvedimenti regionali adottati confermano che 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 – nella precedente legislatura – alla proposta di legge parlamentare A.C. n. 1752 “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati”, presentata il 09.04.2019 e non licenziata dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati (figura 9).

⁴²Enti del privato sociale e imprenditoriale; enti del Terzo settore iscritti al RUNTS, consorzi e associazioni temporanee di scopo (ATS – in tal caso i requisiti complessivi devono essere garantiti dall’Ente capofila).

⁴³Il 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. n. 50/2016 e s.m.i.). Queste linee guida sostituiscono le precedenti del 2016.

⁴⁴Per il dettaglio della normativa nazionale di riferimento si rimanda a Santuari (2022, 32-53).

Figura 9. XVIII Legislatura - Commissione XII Affari sociali – Attività conoscitiva iter proposta di legge A.C. n. 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, <i>Relatore</i> pag. 106 • ZAMPA Sandra, <i>Sottosegretario di Stato per la Salute</i> 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 (<i>Proposte emendative</i>) 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 legge⁴⁵

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

Un ruolo rilevante, per non disperdere il patrimonio esperienziale dei territori, assume il riferimento all’Intesa con la Conferenza unificata che dovrà definire le modalità attuative e di co-programmazione (ai sensi dell’art. 55 del Codice del Terzo settore), 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;

⁴⁵Si veda <http://tinyurl.com/mrxw46su> consultato il 28.12.2023.

- gli esiti sul valore sanitario, sociale, culturale ed economico conseguito rispetto a indicatori predefiniti;
- la composizione e i compiti dell'Osservatorio sull'introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati;
- gli schemi di rilevazione idonei a verificare i risultati conseguiti dai progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

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. Osservatorio che ha un ruolo rilevante, in quanto dovrà:

- monitorare l'introduzione sperimentale del metodo del BdS per la realizzazione dei PTRI e verificare 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.

Nell'attuale legislatura la proposta di legge sull'"Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" (A.C. 556) è stata presentata il 14.11.2022⁴⁶ (figura 10). Ed è ancora in attesa di essere assegnata ad una delle commissioni parlamentari, che potrebbe essere la stessa della precedente legislatura (Affari sociali). In questo lavoro, in merito al contenuto della proposta di legge in questione non si può rilevare nessuna specifica e/o confronto con quella della legislatura precedente e, quindi, neanche addivenire a una sua disamina ragionata, in quanto sul sito della Camera dei Deputati non è ancora presente il testo della stessa.

⁴⁶Presentata dalla deputata Gilda Sportiello che nella precedente legislatura (XVIII) era relatrice nella Commissione Affari sociali della proposta di legge A.C. 1752 – "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati". Cfr. <http://tinyurl.com/5n72hxtk> (ultima consultazione 09.12.2023); <http://tinyurl.com/3upx6jv8> (ultima consultazione 09.12.2023).

Figura 10. XIX Legislatura – Attività conoscitiva iter proposta di legge A.C. 556

Atto Camera: 556

SPORTIELLO: "Introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" (556)

ITER

Fase Iter: Da assegnare

Natura: Proposta di legge ordinaria

Presentazione: Presentata il 14 novembre 2022

Iniziativa del Deputato
C. 556: [SPORTIELLO Gilda](#)

PRIMA LETTURA CAMERA

Proposta di legge (C. 556)
Presentata il 14 novembre 2022

OPENDATA

Aggiornata alle ore 04:20:16 del giorno 09/12/2023

Fonte: Camera dei Deputati – Attività legislativa – Proposte di legge⁴⁷

In assenza di una norma nazionale quadro, il BdS viene richiamato nelle politiche pubbliche nazionali – in piena pandemia – nella L. n. 77/2020⁴⁸, in questa legge si stabilisce che il “Ministero della Salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ‘coordina la sperimentazione’, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore [...]. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti 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 settore;
- ridurre le scelte di istituzionalizzazione;
- favorire la domiciliarità.

⁴⁷Si veda <http://tinyurl.com/4h69mdfa> consultato il 28.12.2023.

⁴⁸Legge 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 <http://tinyurl.com/3dvyesj9>.

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 3. Proposte Rete per un nuovo welfare sul BdS⁴⁹

1. Non parlare più di sperimentazione, ma di innovazione sociale, trattandosi di un metodo già diffuso da venti anni in diverse Regioni d'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 2020/2021⁵⁰, recante le “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità”. Queste Linee di indirizzo riguardano la sperimentazione in strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle persone fragili, da attuarsi con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio e col Terzo settore, anche “attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità”. Da rilevare che sia la legge n. 77/2020 (con l'intesa del 06.08.2021) sia la proposta di legge A.C. n. 1752⁵¹ 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.

⁴⁹Presentate 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.

⁵⁰Per un importo pari a 25 milioni di euro per l'anno 2020 e 25 milioni di euro per l'anno 2021.

⁵¹Nelle 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 A.C. n. 1752 da parte dell'Auser, del Forum del Terzo settore, Angelo Righetti (psichiatra, esperto OMS - Organizzazione Mondiale Sanità e presidente della Rete dell'Economia sociale internazionale), Fabrizio Starace (psichiatra e direttore del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche Ausl di Modena che ha seguito, anche, l'applicazione del BdS in diverse realtà regionali, fra cui la Campania), Marco Trabucchi (presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatrica), 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.

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*⁵².

Nell'intesa “si auspica un apposito monitoraggio nazionale periodico da parte delle Regioni e PPAA insieme al Ministero della Salute”, al fine di verificare il recepimento delle stesse Linee programmatiche nelle Regioni, PPAA 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.

La legge n. 77/2020 e l'intesa del 06.07.2020 dovevano essere inserite come riferimento nel testo di legge della precedente legislatura⁵³ per essere maggiormente in linea con quanto approvato nella stessa intesa, frutto delle esperienze pregresse/pilota (maturate in seno ai “territori guida del BdS/PTRI”) condivisa con le Regioni, le PPAA, l'ANCI, l'UPI e con il Terzo settore, le associazioni dei familiari e altri portatori di interesse⁵⁴. L'esplicito richiamo nell'intesa (anche) alla proposta di legge A.C. n. 1752 e al D.M. 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 D.Lgs. n. 117 del 2017” del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali), di fatto “sanava 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 politiche sociali 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 e 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 costituzionale⁵⁵ che ha chiarito i fondamenti costituzionali dell'attività di co-progettazione tra PPAA 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

⁵² Si veda la nota 24.

⁵³ Con l'auspicio che il riferimento alle linee programmatiche sia inserito nel testo della proposta di legge A.C. 556 – già richiamata in questo lavoro – il cui testo non è ancora disponibile sul sito della Camera.

⁵⁴ Riferimento presente anche nelle proposte emendative, presentate durante i lavori della Commissione XII il 29.06.2022, Allegato 4, pp. 393-415.

⁵⁵ Sentenza chiamata a decidere sul contenzioso tra Stato e Regione Umbria sulla L.R. 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”.

delle prestazioni erogate a favore della *società del bisogno*". Di conseguenza, nel rapporto con le PPAA, 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, espressione della multisettorialità/multidimensionalità/multidisciplinarietà e multilivello in cui operano gli enti del Terzo settore e, più in generale, dell'economia sociale in Italia.

Nel Piano d'azione per l'Economia sociale⁵⁶ – trattato nel box 1 – 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.

6. Budget di salute e agricoltura sociale: risultati in progress del percorso di ricerca

Sulla scia di esperienze pregresse nei territori da parte del Terzo settore, in primis, e a seguire delle aziende agricole, nel 2015 il Paese si è dotato di una legge nazionale⁵⁷ che si pone come obiettivo di promuovere l'agricoltura sociale, quale aspetto della multifunzionalità delle cooperative/imprese sociali⁵⁸ (con acclusa nota)/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 come abbiamo visto nei precedenti capitoli, 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

⁵⁶Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni (2021), *Creare un'economia al servizio delle persone: un piano d'azione per l'economia sociale*, Bruxelles, COM(2021) 778 final, 9 dicembre <http://tinyurl.com/2vjdfajv>.

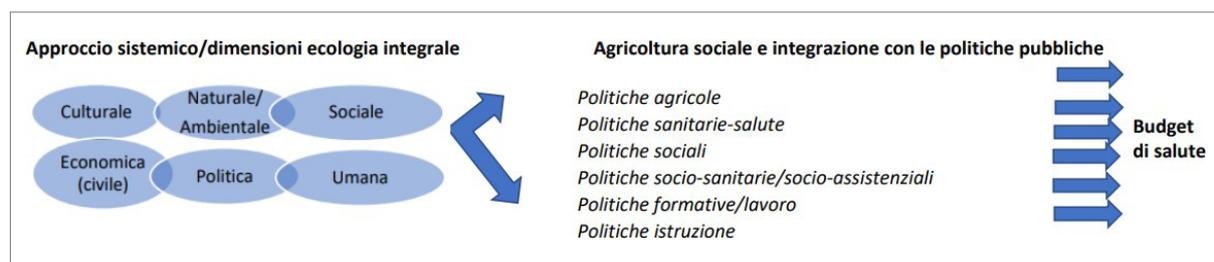
⁵⁷Legge nazionale che è stata anticipata da alcune normative/provvedimenti/atti sull'agricoltura sociale a livello regionale.

⁵⁸La 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 D.M. 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.

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.

Quanto 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 (figura 11).

Figura 11. Agricoltura sociale e integrazione con le politiche pubbliche, nelle dimensioni dell'ecologia integrale



Fonte: rappresentazione dell'autrice, cfr. Polidori e Pavoncello (2022)

A seguito della legge nazionale sull'agricoltura sociale e delle esperienze pregresse realizzate nei territori, l'agricoltura sociale è stata inserita nell'elenco delle attività di interesse generale degli enti del Terzo settore⁵⁹ e dell'impresa sociale.

Le finalità della ricerca Inapp-Crea sono state finalizzate a conoscere e analizzare l'applicazione in agricoltura sociale del BdS con una attenzione particolare:

- al passaggio dal concetto di progetto individualizzato al progetto personale;
- al 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 si è proposto di individuare nell'agricoltura sociale quale 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.

Tenuto conto di quanto argomentato nei precedenti capitoli 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 in questione, i cui esiti di riferimento complessivi costituiranno le risultanze finali del preposto gruppo di ricerca Inapp-Crea⁶⁰.

⁵⁹Art. 5 D.Lgs. n. 117/2017 e s.m.i.

⁶⁰Il gruppo di lavoro è composto, per l'Inapp, da Daniela Pavoncello (coordinatrice e responsabile della ricerca), Sabina Polidori, Giovanni Bartoli, Francesca Taricone, Alessia Rosiello e per il Crea da Francesca Giarè (responsabile della ricerca), Michela Ascani, Marinella Paci, Rita Iacono.

Questo lavoro, invece, è maggiormente contestualizzato al tema del budget di salute in agricoltura sociale nel paradigma dell'economia civile e delle realtà dell'economia sociale.

Conclusioni

Da quanto trattato in questo lavoro, 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 rappresenta un “buon esercizio di comunità” dei LEA/LIVEAS/LEP messo 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 circolare-comunitario e generativo di prossimità (WCCGP) che sia il più possibile 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.

L'ecosistema del BdS, non avendo una sistematizzazione nelle politiche pubbliche, ciò anche in assenza di un riferimento nazionale, appare quale strumento inclusivo generativo caratterizzato da un forte potenziale per le persone con fragilità e disabilità.

L'assenza di questa sistematizzazione si riversa anche nel suo utilizzo in AS quale strumento e, quindi, risorsa per le politiche inclusive attive rivolte alle persone fragili.

Bibliografia

- Amati F., Santangelo I. (2022), Agricoltura sociale e ruolo dell'impresa sociale nell'erogazione di servizi alla persona, *Impresa Sociale*, n.2, pp.60-68 <<http://tinyurl.com/yhazpy24>>
- Ausl della Romagna (a cura di) (2017), *Salute mentale: con budget di salute la "nuova frontiera"*, Comunicato del 9 febbraio, auslromagna.it <<http://tinyurl.com/yc2fbs7y>>
- Barana S., Calabria G., Cerrito E., Ciampolini T., De Conno A., Di Iacovo F., Di Marzio F., Fabiano M., Fumagalli S., Galasso A., Occhetta F., Paolini S., Paolucci M.G., Weber R. (2020), *La vera Agricoltura sociale fa bene all'Italia 1° Rapporto Coldiretti sull'Agricoltura sociale*, Roma, Fondazione Campagna Amica Coldiretti <<http://tinyurl.com/5b8rz4mj>>
- Borsotto P., Giarè F. (a cura di) (2020), *L'Agricoltura sociale: un'opportunità per le realtà italiane Rapporto 2020*, Roma, Crea <<https://tinyurl.com/2apa9v9b>>
- De Mattia G., Zarrella I., Cerbasi A. (2016), P.T.R.I./B.d.S. e la co-costruzione del benessere: uno studio esplorativo, *Paper IX Conferenza ESPAnet Italia Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico in Italia e in Europa*, Macerata, 22-24 settembre <<http://tinyurl.com/yzdcucby>>
- EASPD (2021), *Models of Good Practice Report on Personal Budgets*, Brussels, European Association of Service providers for Persons with Disabilities
- ENRD (2021), Rural Social Economy, *EU rural review*, n.31, pp.2-40 <<http://tinyurl.com/48u3wy5x>>
- ETF (s.d.), *Work-based learning*, Torino, European Training Foundation <<http://tinyurl.com/bddbd6dv>> consultato il 3 gennaio 2024
- Giarè F., Borsotto P., De Vivo C., Gaito M., Pavoncello D., Innamorati A. (2017), *Rapporto sull'agricoltura sociale in Italia*, Roma, Rete Rurale Nazionale <<http://tinyurl.com/2zkfabbk>>
- Ianes A., Borzaga C. (2021), La cooperazione sociale e il volontariato organizzato. Un tornante della storia, *Impresa Sociale*, n.4, pp.9-16 <<http://tinyurl.com/muuhku5y>>
- Inapp (2021), Scenari evolutivi del Terzo settore, in Inapp, *Rapporto Inapp 2021*, Roma, Inapp <<http://tinyurl.com/k8p3w49j>>
- Inapp, Pavoncello (a cura di) (2018), *Agricoltura sociale: un laboratorio di inclusione per le persone con disabilità*, Report tecnico, Roma, Inapp <<http://tinyurl.com/3mjs9kec>>
- Inapp, Pavoncello D., Polidori S. (a cura di) (2023), *L'agricoltura sociale: attori, processi, innovazione verso la transizione eco-sociale*, Inapp Report n. 39, Roma, Inapp
- Magatti M. (2012), *La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*, Milano, Feltrinelli
- Mlps (2021), *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (Agosto 2021)*, Roma, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali <<http://tinyurl.com/473benzs>>
- Papa Francesco (2015), *Lettera Enciclica Laudato Si' del Santo Padre Francesco sulla cura della casa comune*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana <<http://tinyurl.com/msf39m2u>>
- Pavoncello D. (a cura di) (2018), Agricoltura Sociale: un laboratorio di inclusione per le persone con disabilità. I risultati della ricerca, intervento al Convegno *Agricoltura Sociale: un laboratorio di inclusione per le persone con disabilità*, Roma, Inapp, 30 ottobre <<http://tinyurl.com/7xp4emab>>
- Polidori S. (2022a), Agricoltura sociale tra salute e benessere delle comunità e dei territori, in Borgi M., Genova A., Collacchi B., Cirulli F. (a cura di), *Agricoltura sociale: processi, pratiche e riflessioni per l'innovazione sociosanitaria*, Rapporti ISTISAN 22/9, Roma, Istituto Superiore di Sanità

- Polidori S. (2022b), Piano d'azione per l'economia sociale (UE) ed ecologia integrale, Intervento a *VII Festival della Sociologia, Conversazione sociologica su Ecologia, Economia, Ri-generatività condivisa*, Narni, 7 ottobre < <https://tinyurl.com/ystb3ndf> >
- Polidori S., Lori M. (2023), *Le imprese sociali: organizzazioni dell'economia sociale nello sviluppo dei territori e delle comunità*, Inapp Working Paper n. 102, Roma, Inapp <<http://tinyurl.com/3unm6byu>>
- Polidori S., Pavoncello D. (2022), Il budget di salute, quale strumento di economia civile nelle policy di (benessere) di prossimità nei territori/comunità, Intervento alla *XV Conferenza ESPAnet Italia, La sfida del PNRR. La ricostruzione del welfare e le dinamiche della complessità*, Bari, Università degli Studi di Bari, 1-3 settembre <<https://tinyurl.com/57czf4fc>>
- Polidori S., Pavoncello D., Bartoli G. (2021), L'agricoltura sociale: attori, processi, innovazione verso la transizione eco-sociale, intervento alla *XIV Conferenza ESPAnet Italia - Covid e politiche di welfare: effetti emergenti e dinamiche di cambiamento*, online 8-11 settembre, ESPAnet Italia <http://tinyurl.com/2xbscf58>
- Righetti A. (2020), Pandemia, tra sviluppo e deflagrazione del sistema sanitario, l'abc dei budget di salute, *la Repubblica*, 19 dicembre <<http://tinyurl.com/vwwmuxs4>>
- Righetti A. (2013), *I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*, Bari Roma, Laterza
- Santuari A. (2022), *Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili*, Milano, Franco Angeli
- Sen A. (1986), *Scelta, benessere, equità*, Bologna, il Mulino
- Starace F. (a cura di) (2011), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*, Roma, Carocci

Normativa e provvedimenti nazionali

- D.M. 31 marzo 2021., n. 72 del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, *Linee Guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117 del 2017*
- D.Lgs. 3 agosto 2018, n. 105, Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante: *Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106* (G.U. Serie Generale, 10 settembre 2018, n. 210)
- D.Lgs. 20 luglio 2018, n. 95, *Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 112, recante revisione della disciplina in materia di impresa sociale, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge 6 giugno 2016, n. 106* (G.U. Serie Generale n.185, 10 agosto 2018)
- D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117, *Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106* (G.U. Serie Generale n.179, 02 agosto 2017)
- D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 112, *Revisione della disciplina in materia di impresa sociale, a norma dell'articolo 2, comma 2, lettera c) della legge 6 giugno 2016, n. 106* (G.U. Serie Generale n. 167, 19 luglio 2017)

