

IL BUDGET DI SALUTE COME NUOVO STRUMENTO DI WELFARE

Carmela De Vivo¹, Michela Ascani², Salvatore Cacciola³

SOMMARIO

Il lavoro analizza i budget di salute, strumenti di definizione delle risorse economiche, professionali e umane volti a innescare processi di sviluppo della persona attraverso la costruzione di progetti individuali. Essi sono basati su una visione olistica della salute, che include i fabbisogni personali e sociali. Tali strumenti, presenti anche in varie esperienze europee, si collocano nel contesto dell'evoluzione dei sistemi di welfare in atto nelle società occidentali, nella direzione di pratiche sociali e di servizi su base locale, maggiormente modellati sulla persona e sui suoi fabbisogni e che, in generale, vedono la transizione verso un welfare pubblico-privato e che coinvolge le comunità locali e le famiglie, oltre che i servizi sociali e sanitari. Tale evoluzione è stata auspicata, negli ultimi anni, anche dalla Commissione Europea, che ha riconosciuto l'urgenza per gli Stati membri di sviluppare strategie di innovazione sociale, quali partnership tra settore pubblico, privato e terzo settore.

Dopo aver analizzato il contesto europeo, attraverso l'esame della letteratura, e il quadro di riferimento fornito dalle politiche UE, viene fatta una rassegna delle regioni italiane in cui tale strumento è stato attivato. Il focus viene posto infine sull'esperienza dei budget di salute in corso in Sicilia, caratterizzata dal collegamento tra budget di salute e agricoltura sociale, delineandone genesi, modalità organizzative, strumento utilizzato, attraverso interviste a testimoni privilegiati.

¹ Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria - Centro di ricerca Politiche e Bioeconomia, via Verrastro 10, 85100, Potenza, carmela.devivo@crea.gov.it

² Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria - Centro di ricerca Politiche e Bioeconomia, Borgo XX Giugno, 74, 06121, Perugia, michela.ascani@crea.gov.it. (Corresponding author)

³ Azienda Sanitaria Provinciale Catania, via Bambino 32, 950100, Catania, salvatore.cacciola@aspct.it.

1. Introduzione

Nelle società occidentali i sistemi di welfare stanno vivendo un'evoluzione nella direzione della messa a punto di servizi di cura e di inclusione sociale su base locale, maggiormente modellati sulla persona e i suoi bisogni. Tale cambiamento è collegato alla crisi delle risorse pubbliche e all'esigenza di una modernizzazione del welfare e delle modalità di governance nell'ottica di una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi, nel contesto dell'evoluzione sociale, economica, culturale e politica delle società attuali. I processi in atto vedono un cambiamento nei rapporti tra Stato (a livello nazionale, regionale, locale), mercato e società civile (famiglia, comunità locale, terzo settore, ecc.), verso uno scenario in cui lo Stato definisce il quadro politico e assume la direzione e il coordinamento dei processi di fornitura di servizi, il mercato e la società civile sono coinvolti direttamente nella fornitura di servizi stessa. In questo contesto sono emerse e stanno emergendo gradualmente dalla società civile forme nuove di organizzazione e di pratiche sociali originate dalle comunità, che segnano di fatto la transizione ad un welfare pubblico-privato, innovativo e basato su reti, con una gestione mista tra enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali (Van Berkel R., Valkenburg B., 2007; Righetti A., 2013; Maino F., 2014; Tulla A.F., 2014).

I budget di salute e altre forme di "personalizzazione" dei servizi socio-sanitari si basano sulla visione innovativa di uno Stato che dia ai cittadini la possibilità di disegnare la propria vita e i servizi che ricevono, nell'ottica di una maggiore flessibilità dei servizi stessi, a vantaggio della libertà di scelta degli utenti, della riduzione dei costi e dello stimolo del mercato dei servizi socio-sanitari (Wirrmann Gadsby E., 2013). I *personal budget* nell'esperienza di vari paesi europei si inseriscono nell'evoluzione in atto dei sistemi di welfare e rappresentano uno strumento/metodo di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale. Il fine ultimo di tali approcci individualizzati è il miglioramento della qualità della vita degli utenti, anche attraverso la scelta del supporto di cui necessitano, nella direzione di una maggiore autodeterminazione (Fleming P., 2016). Essi rappresentano una possibilità gestionale innovativa che integra politiche sociali e sanitarie e si apre anche ad altri ambiti, capace di riconfigurare il sistema di offerta di servizi sociosanitari a partire dalla persona e dalla famiglia, con un impatto positivo sulla guarigione, che fa leva sulla maggiore partecipazione alle scelte da parte dell'individuo (Carter Anand *et al.* 2012; Welch E. *et al.*, 2017). L'implementazione del budget di salute richiede l'adozione di una prospettiva multi-livello e multi-attore e la costruzione di percorsi integrati tra istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, sociali e sanitarie nei diversi contesti comuni (European Platform for Rehabilitation, 2010; Hassink J. *et al.*, 2014; Cicoletti D., 2016; Castegnaro C., Cicoletti D., 2017; Exworthy M. *et al.* 2017).

Obiettivo del paper è offrire un contributo alla conoscenza sul tema con un focus specifico sull'esperienza in corso in Sicilia, che ha collegato lo strumento del budget di salute all'agricoltura sociale. La prima parte analizza il contesto europeo e il quadro di riferimento comunitario, che emerge dall'analisi dei documenti dell'UE in tema di politica sociale e sanitaria, successivamente viene fatto il punto dell'attivazione dei budget di salute in Italia e viene presentato il caso di studio selezionato, l'esperienza siciliana. Quest'ultima operativa in alcune province dal 2013 e caratterizzata dall'integrazione tra l'ambito sociosanitario e l'azienda/impresa agricola, è stata indagata attraverso interviste qualitative a testimoni privilegiati in un'ottica di approccio unitario alla persona, di integrazione tra ambiti e tra soggetti interessati, quale esempio di un nuovo modello di welfare di comunità. Il contesto in cui si colloca il caso siciliano è quello che vede l'azienda agricola quale attore emergente in grado di soddisfare bisogni sociali delle comunità locali. La funzione sociale dell'agricoltura, emersa in vari contesti europei negli ultimi due decenni, si colloca nell'ambito della multifunzionalità dell'impresa agricola e della diversificazione dell'attività della stessa in attività di fornitura di servizi. Le pratiche di agricoltura sociale sono in grado, in particolare, di generare benefici sia per i destinatari, che per le aree rurali e le comunità locali in cui si svolgono, che nei confronti della società nel suo complesso (Dessein J. *et al.*, 2013; Tulla F. *et al.*, 2014; Lanfranchi M. *et al.*, 2015; Bock B., 2016; García-Llorente M. *et al.*, 2016). Le interviste puntano a far emergere sia le peculiarità

dell'esperienza siciliana, con particolare riferimento ai rapporti di rete, sia le ricadute sui beneficiari in termini sanitari e/o di reinserimento socio lavorativo.

2. Il contesto europeo della personalizzazione dei servizi

Vari strumenti volti alla personalizzazione della cura e dei servizi, specialmente diretti a destinatari con problematiche di lungo periodo, sono stati utilizzati in Nord America e in Europa dagli anni '90, con una grande variabilità negli obiettivi e nel funzionamento, nonché nei contesti di riferimento, e con il denominatore comune delle difficoltà dei governi nel controllare i costi della spesa sociale e sanitaria e della tendenza verso approcci alla salute più attenti all'individuo nella sua interezza. L'idea alla base dei *personal budget* e strumenti simili, caratterizzati anche dall'integrazione tra vari attori, è che la riduzione dei costi di assistenza sociale e sanitaria avvenga delegando il controllo del budget all'utilizzatore finale e riducendo così il ricorso a cure residenziali o intensive, a favore di cure di lungo periodo a casa e comunque all'interno della comunità di appartenenza (Van Berkel R., Valkenburg B., 2007; Wirrmann Gadsby E., 2013; Exworthy M. *et al.*, 2017).

L'interesse nei confronti di *personal budget* e strumenti affini è crescente in letteratura, presso gli organismi incaricati dei servizi socio-sanitari a livello nazionale e a livello comunitario, e varie forme di budget di salute e di pagamenti diretti sono nate per dare una soluzione sostenibile alla domanda crescente posta ai sistemi sanitari di cure complesse e di lungo periodo, dati gli esistenti vincoli finanziari. Le esperienze che si stanno diffondendo e vengono testate in varie realtà in Europa vengono variamente denominate, con dizioni che comprendono, tra le altre, "personal budget", "direct payments", "individual budget", "personal health budget", "social budget", "person-centred budget", "self-management model", "independent living fund", "integrated care" (Wirrmann Gadsby E., 2013; European Commission, 2018c).

Il *personal budget*, spesso denominato anche *personal health budget*, è definito come un'attribuzione di fondi agli utilizzatori per supportare direttamente i loro fabbisogni individuali di salute e benessere, pianificata e concordata tra l'individuo e i servizi socio-sanitari, spesso attraverso un professionista, il *care planner* (Wirrmann Gadsby E., 2013). Le autorità competenti forniscono agli individui con i requisiti per l'aiuto un proprio budget, che permette loro di acquisire un tipo di assistenza e servizi più vicini ai loro fabbisogni e al loro stile di vita e di essere "inclusi" nella comunità di appartenenza, all'interno della quale "co-producono servizi" (Hatton C., Waters J., 2011; European Platform for Rehabilitation, 2016). L'individuo diviene teoricamente un "integratore di servizi", l'integrazione avviene a livello individuale ed è guidata dall'individuo stesso, che ha un parziale controllo del supporto di cui ha bisogno (Webber M. *et al.*, 2014; Exworthy M. *et al.*, 2017). In alcune realtà i fondi vengono erogati sotto forma di pagamento diretto, in altre come budget indiretto che viene speso per conto dell'utente da una terza parte (es. servizi socio-sanitari), ferma restando da parte dell'utente stesso la scelta di come soddisfare i propri fabbisogni.

L'obiettivo dello strumento, esplicitando l'aspetto finanziario del servizio sanitario a livello individuale e permettendo al destinatario di decidere come il budget verrà speso, è quello di offrire maggiore scelta, controllo e flessibilità all'utente, anche in merito a fabbisogni non strettamente medici, ad esempio sociali e personali, che impattano sul benessere globale della persona. Al centro del *personal budget* è il piano di cura del destinatario/fruitori, all'interno del quale egli decide i propri obiettivi di benessere e salute e le modalità per raggiungerli attraverso il budget attribuito (Wirrmann Gadsby E., 2013; Fleming P., 2016).

Dall'esame di alcune ricerche sul tema della personalizzazione dei servizi socio-sanitari in alcuni Paesi europei, emerge che, nonostante la difficoltà nell'operare una generalizzazione e l'assenza allo stato attuale di evidenze sia in termini di impatto sui sistemi di welfare, che sugli utilizzatori, sono prevalentemente due i modelli in essere. Il primo è più aperto per quanto riguarda i criteri di attribuzione dei pagamenti, il secondo, il più diffuso, più pianificato e restrittivo per quanto riguarda i beni e i servizi acquistati per il soddisfacimento dei fabbisogni dell'individuo ricevente. Tale modello prevalente, entro cui si colloca anche l'esperienza di alcune regioni italiane, è caratterizzato dal calcolo di un budget individuale per una persona eligibile, dalla presenza di un raccordo tra domanda e offerta di servizi, sulla base dei fabbisogni del

ricevente, dall'esistenza di una progettazione basata sulla persona, dall'approvazione del budget da parte del finanziatore, dalla scelta di una modalità di allocazione del budget stesso (Wirrmann Gadsby E., 2013).

Tra i fattori in grado di influenzare maggiormente i risultati del processo, emerge il ruolo determinante degli *stakeholders* e delle reti formali e informali. Le seconde, denominate, tra l'altro, "natural supports", comprendono famiglia, partner, amici, vicini, colleghi e i membri della comunità di appartenenza. Le reti formali includono assistenti socio-sanitari, professionisti di raccordo tra servizi e utenti, medici, educatori, fornitori dei servizi, ecc. La presenza di una rete di supporto informale viene ritenuta un elemento chiave per il coinvolgimento attivo degli utenti all'interno della comunità, in un'ottica di vita indipendente; in caso di carenza nel supporto informale, il ruolo delle reti formali diventa essenziale nella definizione dei fabbisogni e delle preferenze dell'individuo destinatario del budget.

Tra gli elementi facilitatori nell'implementazione dei budget, il fatto che, guidati in una fase iniziale da forme di supporto anche formali, vedano il coinvolgimento della comunità nella definizione dei fabbisogni. L'integrazione nella comunità di appartenenza è anche uno degli obiettivi del finanziamento individualizzato e rappresenta una differenza sostanziale rispetto ai servizi socio-sanitari tradizionali erogati dal livello centrale (Fleming P., 2016). Un altro degli elementi cruciali, e nello stesso tempo critici, per la buona riuscita dei *personal budget* in termini di qualità della vita e di benessere fisico e mentale dei fruitori sembra essere il supporto ("care planning", "brokerage") fornito sia nella fase di pianificazione, che in quella di gestione: l'impatto positivo dello strumento è massimizzato da un processo di supporto efficace in termini di informazione, controllo sulla spesa, burocrazia (Hatton C., Waters J., 2011; Wirrmann Gadsby E., 2013). Di contro, in letteratura sono riportate anche una serie di criticità legate prevalentemente alla complessità dello strumento, che risiede soprattutto nella molteplicità degli attori coinvolti e nel cambiamento culturale, strutturale e delle modalità di lavoro richiesto a tutti i partecipanti al processo (utilizzatori, famiglie, servizi socio-sanitari, operatori a vario titolo coinvolti). Tale complessità è alla base della lentezza nell'adozione e nell'implementazione dei *personal budget* in vari Paesi europei e della più difficile adozione da parte di alcuni gruppi di beneficiari (Wirrmann Gadsby E., 2013; Welch E. *et al.*, 2017).

In generale, la grande variabilità dei modelli e degli esiti della loro implementazione sembra quindi risiedere in numerosi fattori di contesto, in primis il processo in atto in Europa verso la trasformazione della *governance* dei servizi e della modalità di fornitura degli stessi, e in generale la trasformazione dei sistemi di welfare, lo specifico contesto nazionale, il contesto di politica sociale e la tradizione/regime di welfare, i diversi contesti presenti degli Stati, il settore di politica sociale in cui lo strumento è applicato (Van Berkel R., Valkenburg B., 2007).

2.1 La personalizzazione e integrazione dei servizi socio-sanitari nel quadro delle politiche dell'UE

Gli indirizzi dell'UE nell'ambito della sanità e del sociale per il periodo di programmazione 2021-2027 partono dalla proposta di Quadro Finanziario Pluriennale della Commissione Europea del maggio 2018. Quest'ultima costituisce la base per le proposte legislative della Commissione per il prossimo periodo di programmazione, tra cui la proposta di regolamento del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+), nel quale sono stati integrati gli interventi dell'ex FSE, interventi in materia di occupazione e innovazione sociale, interventi in materia di sanità pubblica. Rispetto al precedente FSE, che era focalizzato su occupazione, inclusione sociale e formazione, il programma FSE+ include quindi la politica sanitaria, collegandola strettamente a quella sociale, ed è il principale strumento per gli investimenti sulle persone, per la promozione di pari opportunità, per protezione sociale, inclusione e salute.

Il Quadro Finanziario per il 2021-2027 (European Commission, 2018a) assegna un ruolo importante alla dimensione sanitaria, che verrà finanziata in maniera specifica dal FSE+ e indirettamente nell'ambito di altri settori e strumenti, quali ricerca, mercato digitale, Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) e Fondo di Coesione. La parte del programma FSE+ dedicata alla politica sanitaria supporterà, in modo complementare rispetto alle politiche nazionali, politiche pubbliche volte ad assicurare un elevato livello di protezione della salute in UE e completerà altre azioni del FSE+. Potenziali beneficiari dei fondi per la sanità di FSE+ sono, oltre alle autorità sanitarie degli Stati membri, soggetti pubblici e privati, organizzazioni non governative,

ecc.. Il Fondo Sociale sarà inoltre il principale strumento finanziario per l'implementazione del Pilastro Europeo dei Diritti Sociali, adottato da Parlamento, Consiglio e Commissione europei durante il vertice sociale per l'occupazione equa e la crescita, che si è svolto a Göteborg nel novembre 2017. Esso mira a definire nuovi e più efficaci diritti per i cittadini e include tre categorie principali: pari opportunità e accesso al mercato del lavoro, condizioni di lavoro eque, protezione sociale e inclusione. Tra i 20 principi su cui il Pilastro si basa, nell'ambito della categoria protezione sociale e inclusione, viene sancito il diritto dei cittadini a servizi di cura di lungo periodo accessibili e di qualità, in particolare cure domiciliari e servizi di comunità (European Union, 2017). La discussione sulla dimensione sociale dell'UE si è arricchita anche con il Documento di riflessione sulla dimensione sociale dell'Europa, che sottolinea la necessità, a fronte di nuovi problemi sociali, di modernizzare i sistemi di welfare nazionali, i quali, nonostante i processi di riforma in corso, non sono ancora in grado di rispondere alle sfide esistenti, non solo da un punto di vista finanziario, ma anche del tipo di servizi e di reti di protezione forniti. Per andare verso un rafforzamento della dimensione sociale dell'UE e preservare il modello europeo, viene suggerito di rivedere il bilanciamento di competenze tra Unione e Stati membri e di potenziare, ferma restando la centralità in campo sociale e sanitario delle autorità nazionali e locali e dei loro partner sociali, il supporto dell'UE agli Stati in termini di investimenti verso la convergenza sugli obiettivi di promozione dell'innovazione sociale (European Commission, 2017).

Il tema della personalizzazione e integrazione della cura è presente nel dibattito istituzionale in UE, in un'ottica di riforma e di investimento a lungo termine in nuovi modelli di cura, che permettano lo sviluppo di nuove partnership pubblico-private, il potenziamento di investimenti privati nella fornitura di servizi, l'adozione di approcci innovativi in ambito sociale e sanitario, quali quelli integrati e di comunità, basati su una visione olistica delle problematiche e su modelli più incentrati sulla persona. (European Commission, 2018c). Per andare verso un modello di questo tipo, diventano cruciali gli investimenti anche in elementi intangibili, quali la conoscenza. Tra gli strumenti volti a stimolare investimenti pubblici e privati in ambito sanitario e nella direzione della modernizzazione dei sistemi di welfare nazionali, e anche nell'ambito dello sviluppo di soluzioni innovative, servizi e nuovi modelli di cura, il Fondo Europeo per gli Investimenti Strategici (EFIS), prevede la possibilità di supportare progetti in varie aree della sanità, tra cui l'innovazione dei sistemi sanitari (European Commission, 2018b). Il Fondo è un'iniziativa varata congiuntamente dal gruppo BEI, costituito dalla Banca europea per gli investimenti (BEI) e dal Fondo europeo per gli investimenti (FEI), e dalla Commissione europea per colmare le attuali lacune di investimento nell'UE. E' uno strumento e una componente del Piano di investimenti per l'Europa, varato nel 2014 dalla Commissione europea per mobilitare e sostenere gli investimenti nell'economia reale, al fine di uscire dalla crisi economica finanziaria e di innalzare il livello di investimenti (European Commission, 2016).

3. Le esperienze dei budget di salute in Italia

Il welfare sanitario e sociale negli ultimi anni ha subito modifiche sostanziali, passando da un modello assistenziale, istituzionalizzato, con costi sempre più elevati per la collettività, ad un welfare di servizio, che ha affidato al pubblico la funzione di programmazione, acquisto e controllo, lasciando al quasi - mercato l'erogazione dei servizi stessi sulla base di tariffari prefissati (Starace F., 2011) e con orientamenti estremamente diversificati, se non contraddittori, che vanno a riscrivere le stesse condizioni e modalità di relazione fra cittadini e istituzioni (Monteleone R., 2005). In tal modo viene quasi equiparato il soggetto bisognoso al consumatore di merci, in una sorta di presunta "sovranità del consumatore" (Righetti A., 2013), cui viene offerta la possibilità di scegliere tra più fornitori di servizi, che solo apparentemente sono di mercato, in quanto finanziati principalmente dallo Stato. Questo sistema, se da un lato è divenuto più efficiente, dall'altro ha perso in efficacia in quanto ha escluso le relazioni sociali, estromettendo i portatori dei bisogni: i soggetti, la famiglia, la collettività. Ma la malattia più grave che forse oggi affligge il "welfare" è l'impersonale burocratismo che dissipa la solidarietà e corrode la convivenza collettiva (Jurgen H., 1998). La localizzazione degli interventi pone peraltro diversi interrogativi in relazione ad un assetto omogeneo dei diritti sociali e a forme di governo di processi tendenzialmente frammentati (Bifulco L., 2005).

Il budget di salute, indicato dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale", risponde a tali finalità. Nel rispetto della definizione di sanità, sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità⁴, quale "lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", i percorsi abilitativi individuali interessano più aree, relative sia agli aspetti sociali che di diritto di cittadinanza: apprendimento/espressività, casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività. Sono questi i temi sui quali si costruisce il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (PRTI), nella logica della centralità della singola persona, con un nome e un volto, e del valore della comunità quali assunti imprescindibili per una realizzazione di una progettualità individuale. Il budget di salute è indirizzato a persone con disabilità psichica o fisica, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc. per le quali il percorso riabilitativo deve prevedere sia aspetti sanitari che sociali. Ciò richiede una forte integrazione, sia di risorse umane che finanziarie, tra il sociale e il sanitario, nella logica di sostenere la vita autonoma delle persone con disabilità o con problemi di salute mentale, creando un contesto includente che veda il coinvolgimento delle famiglie e del privato sociale.

Il budget di salute è stato sperimentato negli Stati Uniti nei primi anni novanta del secolo scorso (Starace F., 2011) e ha dato la possibilità ai soggetti con disabilità di acquistare i servizi di cui necessitavano; ha poi trovato applicazione sia in Europa che in alcune regioni italiane. Il quadro normativo nazionale di riferimento ha creato i presupposti affinché tali realtà potessero nascere. La tabella 1 riporta i principali provvedimenti emessi negli ultimi anni in Italia.

Tabella 1 - Quadro normativo nazionale

Provvedimento	Oggetto
D.lgs 229/99	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale
Legge 8 novembre 2000 n. 328	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
D.P.C.M. del 14 febbraio 2001	Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.
D.P.C.M. del 12 gennaio 2017	Definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), in sostituzione del D.P.C.M. del 29 novembre 2001
Legge 22 giugno 2016, n. 112	Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

Fonte: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

Diverse regioni italiane hanno adottato il budget di salute quale strumento integrato di gestione degli interventi socio sanitari.

La Regione Friuli Venezia Giulia, con la legge regionale n. 6 del 2006, ha gettato le basi per un sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevedendo, all'art.5, la predisposizione di un "progetto assistenziale individualizzato, definito d'intesa con la persona destinataria degli interventi ovvero con i suoi familiari, rappresentanti, tutori o amministratori di sostegno", nella logica della centralità dell'individuo. L'attenzione alla persona e poi ribadita anche dall'articolo 41, che prevede l'istituzione di un Fondo per l'autonomia possibile (FAP) e per l'assistenza a lungo termine, rivolto a persone che non possono provvedere alla cura della propria persona e finalizzato a mantenere una normale vita di relazione, senza l'aiuto determinante di altri. Il FAP, regolamentato con apposito provvedimento⁵, stabilisce i soggetti beneficiari e prevede, tra le tipologie di intervento, anche il sostegno a progetti sperimentali personalizzati a favore di persone affette da problemi di salute mentale, con tre assi di intervento: casa e habitat sociale, lavoro e formazione

⁴ Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, Firmata a New York il 22 luglio 1946, approvata dall'Assemblea federale il 19 dicembre 1946 Strumenti di ratificazione depositati dalla Svizzera il 29 marzo 1947, entrata in vigore il 7 aprile 1948.

⁵ Decreto del Presidente della Regione n. 35/2007 e successive modifiche.

professionale, socialità e affettività. Il finanziamento di questi progetti, della durata massima di tre anni (art. 8 ter), viene assicurato da un budget di salute, che si aggiunge e non sostituisce gli interventi già previsti nello svolgimento dei compiti istituzionali di prevenzione, cura e riabilitazione. I servizi affidati all'esterno non riguardano quindi più pacchetti predefiniti, quali strutture residenziali o interventi identici per gruppi di persone, ma il budget si riferisce ad una singola persona e al suo progetto individuale, quindi con obiettivi, risultati e processi, garantendo una miglior qualità del progetto stesso e il suo monitoraggio e valutazione. Il budget di salute è classificato in tre gruppi: alta intensità, che prevede un'assistenza fino a 24 ore al giorno, media intensità (fino a 14 ore al dì) e bassa intensità (max 32 ore settimanali), cui corrispondono anche modalità abitative diverse.

La legge 11 del 2016 della Regione Lazio, all'art. 53, Presa in carico integrata della persona e budget di salute, recita "al fine di dare attuazione alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute" e alle relative raccomandazioni del 2009, adotta una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute, costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito. Sono state avviate sperimentazioni nel Distretto sociosanitario Roma 6/1, nel 2016⁶, che hanno visto in primis un'azione di formazione indirizzata a tutti gli operatori sanitari, sociali, del terzo settore, delle associazioni e del volontariato coinvolti nel lavoro dei servizi rivolti alle persone. Il programma sperimentale prevedeva, oltre alla ricognizione delle poste finanziarie in bilancio degli Enti pubblici, l'individuazione degli utenti, l'istituzione di un'Unità di Valutazione Multiprofessionale con la definizione di precise responsabilità tecniche e di spesa, nonché il monitoraggio, con il coinvolgimento di tutti gli attori protagonisti, compresi gli utenti ed i loro familiari.

La Campania, con DGRC n. 483 del 2012, ha approvato le "Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario attraverso la metodologia dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute" che definiscono gli elementi caratterizzanti il PTRI, gli obiettivi e i destinatari del budget di salute, nonché il ruolo del pubblico e del privato e le tre aree di intervento: casa/habitat sociale, formazione/lavoro e apprendimento/socialità/affettività. Alle Linee guida è seguito, 11 febbraio 2013, un apposito regolamento attuativo. In questo quadro, la ASL di Caserta 2 ha sperimentato, d'intesa con i comuni degli ambiti territoriali sociali e con il terzo settore, la metodologia dei PTRI – Budget di salute. Anche la ASL n.2 di Napoli ha intrapreso questa strada e, con delibera aziendale del 2015, ha individuato le cooperative sociali di tipo B disponibili alla cogestione di Progetti di Intervento Socio Sanitario (P.I.S.S.), in favore dei cittadini della ASL stessa in condizioni tali da richiedere progetti individuali caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali. Lo strumento per la cogestione del P.I.S.S. indicato è il Budget di Salute. Va evidenziata, tra le norme, la legge regionale n.5 del 2012, relativa all'agricoltura sociale e alla disciplina delle fattorie e orti sociali, la quale individua all'art.3, tra i soggetti che possono svolgere attività di agricoltura sociale, anche i co-gestori dei PTRI, sostenuti dal budget di salute. Alcune cooperative sociali, gestori di fattorie sociali, hanno intrapreso questa strada, ospitando presso le loro strutture persone con PTRI, avviando percorsi virtuosi di collaborazione e di coordinamento tra il pubblico e il privato sociale.

La Regione Emilia Romagna ha promosso con un apposito finanziamento dedicato (DGR 478/2013; DGR 805/2014), il "Programma Budget di salute", per facilitare la diffusione di questo approccio negli interventi socio-sanitari di tutti i Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) regionali. Con questo obiettivo sono stati realizzati nel 2013 oltre 200 progetti individualizzati sul territorio regionale, in alternativa o in superamento della residenzialità assistita, senza contare i progetti già attivati nelle aziende che per prime avevano sperimentato il modello del budget di salute e che hanno proseguito questa attività anche con risorse proprie, degli Enti locali e delle Fondazioni. I primi risultati di queste esperienze sono stati presentati in un convegno regionale nel 2013⁷ e successivamente discussi con la Consulta regionale per la

⁶ La sperimentazione del Budget di Salute, <http://www.superando.it/2016/12/14/la-sperimentazione-del-budget-di-salute/>.

⁷ <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/convegno-budget-di-salute-2013>.

salute mentale. Valutati i primi risultati incoraggianti, anche a fronte delle specificità di interventi non sempre assimilabili al modello del budget di salute, la Consulta ha incoraggiato la prosecuzione di questi percorsi, e con DGR n. 1554/2015 sono state approvate le relative Linee di indirizzo.

Altre regioni, quali il Piemonte e il Veneto, hanno adottato provvedimenti che, pur non prevedendo lo strumento del budget di salute, vanno nella direzione della costruzione di percorsi riabilitativi personalizzati, costruiti in una logica di co-progettazione.

La Regione Sicilia, cui è dedicato il prossimo paragrafo, ha inteso collegare il budget di salute all'agricoltura sociale, nell'auspicio che si possano "creare le condizioni all'interno di un'azienda agricola che consentano a persone con specifiche esigenze di prendere parte alle attività quotidiane di una fattoria, al fine di assicurarne lo sviluppo e la realizzazione individuale, contribuendo a migliorare il loro benessere" (European Economic and Social Committee, 2013).

4. Il caso siciliano

La funzione sociale dell'agricoltura, emersa in vari contesti europei negli ultimi due decenni, si colloca nell'ambito della multifunzionalità dell'impresa agricola e della diversificazione dell'attività della stessa in attività di fornitura di servizi. Le pratiche di agricoltura sociale rappresentano infatti per l'azienda agricola opportunità innovative di fornitura di servizi e di diversificazione dell'attività in un'ottica di generazione di reddito, e consentono agli agricoltori di espandere il proprio ruolo sia nella comunità rurale di appartenenza, che nella società. Esse sono inoltre in grado di generare benefici di carattere socio-economico per i destinatari, per le aree rurali e le comunità locali in cui si svolgono, e nei confronti della società nel suo complesso (O'Connor D. *et al.*, 2010; Dessein J. *et al.*, 2013; Tulla F. *et al.*, 2014; Lanfranchi M. *et al.*, 2015; Bock B., 2016; García-Llorente M. *et al.*, 2016). Le caratteristiche dell'agricoltura sociale, quali la interdisciplinarietà dell'approccio utilizzato e la cooperazione e la creazione di reti tra soggetti (agricoltori, operatori socio-sanitari, persone svantaggiate/beneficiari, comunità locali, amministratori pubblici, ecc.) e ambiti diversi (agricoltura, sanità, ecc.), la pongono a pieno titolo tra le partnership pubblico-private, i servizi di comunità e le forme di welfare innovativo in corso di sperimentazione e sviluppo in vari contesti europei.

In Sicilia, pur in assenza di una normativa specifica regionale sull'agricoltura sociale, la presenza diffusa di realtà che la praticano e la sensibilità del settore pubblico sul tema, in particolare negli ambiti sanitario e sociale, hanno permesso il superamento di tale quadro. Grazie all'attenzione della Regione e alle pratiche esistenti e operanti sul territorio, nonché alle competenze degli operatori, le attuali carenze normative sono state compensate da politiche pubbliche e da pratiche che si sono sviluppate dal basso. Lo strumento del Budget di salute (BdS) è presente da circa un decennio nei documenti di politica sanitaria e sociale della Regione Sicilia. Dall'analisi dei documenti ufficiali il budget di salute appare quale strumento "catalizzatore" dei processi di *empowerment* individuale, di gruppo (con particolare riferimento al nucleo familiare) e comunitario. La necessità, sempre auspicata e scarsamente realizzata, di servizi socio sanitari integrati e la creazione di una rete di connessione territoriali, trovano nel BdS un fattore facilitante ed innovativo. Il primo riferimento in ordine cronologico è contenuto nel Piano Sanitario Regionale 2011/13, a seguire il Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale della Regione Sicilia del 2012, il Programma per la realizzazione di interventi per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) (ai sensi della legge n. 9 del 17/2/12) ed infine il Piano regionale socio-sanitario del 2017.

Nel Piano Strategico Regionale per la Salute Mentale del 2012 si descrivono obiettivi e funzioni del BdS, che viene presentato come l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Secondo questa unità di misura, il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) sociosanitario si configura come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità, all'interno del BdS. La centralità della persona e delle sue relazioni necessita di servizi efficienti e di integrazione delle risorse. In tale direzione convergono

diverse indagini valutative sui Bds, che evidenziano come le prognosi positive siano più significative con tale approccio piuttosto che con la terapia medica.

Nel Programma per la realizzazione di interventi per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), il Bds è strettamente collegato alla progettualità integrata del Piano terapeutico Individuale (PTI) e, più in generale, alla presa in carico “globale-comunitaria”. Questa scelta metodologica presuppone, sul piano gestionale, l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività terapeutiche domiciliari e abitative, di sostegno socio-familiare, formativo e socio-lavorativo, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio e l'utente il ruolo di protagonista della sua vicenda esistenziale. Un PTI potrà comprendere più interventi contemporaneamente o più interventi nel corso dell'evoluzione del quadro clinico e sociale, avendo comunque determinato il quadro complessivo delle prestazioni possibili. Ciò che può essere determinato da un modulo dipartimentale in sede di progettazione è l'intensità assistenziale complessiva dei PTI che necessitano di un Budget di Salute socio-sanitario. I PTI potranno essere suddivisi secondo le caratteristiche di alta, media e bassa intensità assistenziale. La governance di questo complesso sistema di relazioni di aiuto e di cura è del Dipartimento di salute mentale (DSM) che, di concerto con i Servizi Sociali del Comune di residenza del cittadino, elaborerà le strategie terapeutiche/abilitative personalizzate. Il PTI, così inteso, prefigura una trasformazione delle cure e della riabilitazione in un progetto individualizzato di autonomia e di capacitazione del soggetto, in grado di assicurare all'interessato un progressivo ed idoneo reinserimento nel tessuto sociale.

Tutti gli interventi proposti dalla Regione Sicilia si fondano su un consolidato convincimento culturale, affermatosi nel nostro Paese con la legge n. 18 del 3 marzo 2009 di ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni. Da segnalare infine che il Decreto Assessorile 127/2014 della Regione Sicilia, nell'ambito del Programma Operativo del Piano Strategico Nazionale 2012 “Linea progettuale 11 Salute mentale” contiene, tra l'altro, un progetto specifico di inclusione sociale dei pazienti dimessi dagli OPG, individuando risorse e un approccio coerente con la concreta gestione dei budget di salute. Questo provvedimento, seppur in un'ottica emergenziale, ha dato la possibilità alle nove aziende sanitarie provinciali, seppur per un segmento particolarmente delicato e complesso di pazienti psichiatrici, di sperimentare la concreta gestione dei Bds. Nel documento sopra citato vengono finanziati 50 Bds, tuttora in essere, per “soggetti internati in OPG e per i soggetti già in carico all'OPG in atto inseriti in strutture terapeutiche riabilitative”. Il Bds è annuale ed è rinnovabile per una seconda annualità, la spesa finanziata per anno è di 40.000 euro per paziente.

4.1 Le interviste a testimoni privilegiati

Oltre all'analisi dei documenti ufficiali delle politiche sanitarie della Regione Sicilia, è stata realizzata una *survey* intervistando quali testimoni privilegiati due operatori pubblici sociali e sanitari delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) siciliane e quattro operatori del terzo settore. Gli operatori sociali e sanitari sono il direttore del Modulo di Psichiatria del distretto sanitario di Caltagirone in provincia di Catania e il sociologo dirigente del servizio di inserimento socio-lavorativo (SIL) del Dipartimento Salute Mentale (DSM) dell'ASP di Palermo. Gli operatori del terzo settore sono un educatore professionale, presidente della Cooperativa sociale “Terra Nostra” – Fattoria Sociale a Caltagirone, due operatori della cooperativa sociale Naturamica di Longi (Me) – Fattoria Sociale e il cappellano dell'OPG Barcellona Pozzo di Gotto (Me) e animatore della cooperativa sociale Solidarietà (Me).

È stato somministrato un questionario con risposte aperte, volto a far emergere genesi, funzionamento, modalità organizzative, strumento utilizzato per il percorso riabilitativo. Dall'analisi qualitativa dei dati raccolti, emergono alcune interessanti informazioni sia sui percorsi organizzativi e terapeutici riabilitativi, sia sulle criticità e i limiti dello strumento Bds.

Gli intervistati concordano sulla titolarità terapeutico-riabilitativa, economico-finanziaria ed organizzativa a carico delle Aziende Sanitarie Provinciali, che si sono avvalse di due finanziamenti del Servizio Sanitario

Nazionale per gli anni 2012 e 2013 (progetti PSN Budget OPG e Progetto TSMEA). In tutte e tre le esperienze territoriali analizzate (Palermo, Messina e Catania) è stata seguita un'identica procedura: le ASP hanno pubblicato un bando per una manifestazione d'interesse indirizzata agli enti no profit e successivamente è stato istituito un albo aziendale. I Bds e i PTI sono stati condivisi con i soggetti iscritti all'albo, con i quali il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ha stipulato un contratto di prestazione di servizi socio-sanitari.

Le modalità organizzative e la gestione del Bds rispondono in sintesi a: definizione dei bisogni di salute tra utente, familiari, operatori DSM, altri attori coinvolti formali e/o informali; evidenza pubblica con invito alle cooperative sociali e associazioni senza fini di lucro iscritte all'Albo Aziendale a partecipare alla elaborazione e realizzazione del PTI; valutazione, da parte di una commissione del DSM dei requisiti di idoneità posseduti dalle cooperative e associazioni. L'utente sceglie fra le proposte presentate.

Il PTI definisce in maniera chiara i seguenti aspetti: attori coinvolti; ruoli; periodicità degli incontri; modalità di raccordo tra domanda e offerta di servizi; eventuali criticità nelle relazioni con i servizi sanitari; eventuale consulenza/supervisione della cooperativa che fa l'accoglienza.

Gli strumenti utilizzati per individuare il percorso riabilitativo, concordato tra utente, equipe curante, familiari, assistente sociale del comune e altri, se necessario, sono: progetto di vita (programma individuale); progetto personalizzato (casa, lavoro, socialità, affettività); altro. Si insiste molto sull'asse lavoro. Gli intervistati, sia gli operatori pubblici, che i rappresentanti delle cooperative sociali, concordano sulla scelta di un approccio orientato al "case management" che integra gli operatori del DSM con le cooperative sociali, i profili professionali di cura e di assistenza sociale ed anche le risorse sociali informali. Il rappresentante della cooperativa sociale "Terra nostra" sottolinea alcuni aspetti metodologici del progetto terapeutico individuale e quindi del BdS. Al fine di graduare il passaggio ad una condizione ambientale/relazionale nuova e di favorire la conoscenza reciproca tra gli attori coinvolti, nonché di sostenere una sempre più consapevole adesione al progetto da parte del paziente, titolare del budget di salute, il percorso pensato è scandito in due fasi temporali. La fase I (durata 3 mesi) si concentra sugli assi socialità/affettività, formazione/lavoro e habitat sociale, in maniera integrata, tra il ricovero in Comunità Terapeutica Assistita (CTA) e la permanenza diurna presso la Fattoria Sociale "Terra Nostra" per 4 giorni settimanali di 3 ore al giorno, per un totale di 48 ore mensili. Terra Nostra è un luogo caratterizzato dalla coesistenza di reti lavorative e sociali e dalla dimensione del "fare", che, inteso sia come esperienza personale che come modalità di partecipazione alla vita sociale, costituisce un passaggio fondamentale per lo sviluppo dell'autostima e dell'autonomia. Per tutta la durata del progetto, le modalità di partecipazione del paziente sono costantemente monitorate e accompagnate attraverso l'osservazione diretta di un equipe composta dal responsabile del progetto, dal tutor aziendale, dagli operatori del DSM di Catania e di Caltagirone, dal *case manager*. Il paziente esce dalla comunità per essere accompagnato in azienda, viene coinvolto in attività, quali la cura dell'orto e l'accudimento degli animali, in cui non sarà primario il prodotto realizzato, ma la relazione creata con il gruppo di lavoro. Al completamento dei primi 3 mesi, valutati gli output, si propone al paziente un'intensificazione del percorso intrapreso. La fase II (durata 9 mesi) prevede il trasferimento presso la Fattoria Sociale "Terra Nostra" o civile abitazione da condividere, e un maggiore coinvolgimento nell'attività in fattoria, privilegiando le inclinazioni/attitudini eventualmente emerse, con un'azione importante di affiancamento (formazione on the job) e tutoraggio, che verrà assicurato, oltre che da personale specializzato, dal gruppo di operatori, volontari.

Gli obiettivi/risultati attesi sono, in termini di autonomia: lo sviluppo di autonomia funzionale nella cura della persona; lo sviluppo della capacità di gestire autonomamente i propri spazi di vita; l'autonomizzazione della gestione della propria terapia farmacologica; la riduzione del disagio comportamentale. In termini di integrazione sociale, emerge che essi riguardano: la partecipazione ad attività di gruppo; lo sviluppo di nuove relazioni amicali e/o sentimentali; l'inserimento nell'ambito dell'attività lavorativa presso la fattoria sociale; lo sviluppo di nuove competenze propedeutiche ad un inserimento lavorativo; la gestione autonoma ed attiva del tempo libero.

Nella gestione del singolo caso è stata prevista una periodicità degli incontri dell'equipe integrata (DSM e cooperative sociali). Nell'esperienza della cooperativa Sociale Naturamica di Longi – Messina prevalgono le relazioni informali e la risorsa familiare, sono invece meno presenti (anche per motivi logistici) gli operatori sanitari e del DSM. Manca quasi completamente la supervisione e la consulenza. La gestione del Bds è delegata alla cooperativa e alle risorse informali.

In conclusione, i punti di forza dell'esperienza siciliana quali emergono dalle interviste sono principalmente la necessità di adempiere ad una norma nazionale (chiusura degli OPG), che potrebbe aver facilitato la sperimentazione e l'inserimento di metodi e contenuti innovativi; una positiva collaborazione a livello distrettuale tra servizi della sanità pubblica e soggetti del terzo settore; la condivisione di risorse e competenze tra operatori; una regia e una governance chiare ed univoche da parte delle aziende sanitarie provinciali (ASP). Le principali criticità emerse sono collegate alla disponibilità di risorse finanziarie per i prossimi anni, la presenza eccessivamente "leggera" ed episodica degli enti locali, l'integrazione tra sociale e sanitario a livello territoriale e degli assessorati regionali ancora debole e poco applicata, malgrado i documenti di policy regionale, le resistenze e i ritardi nel superare la fase della sperimentazione e nell'estendere il Bds a tutti i pazienti.

Questionario sul budget di salute

Compilatore _____

Struttura di appartenenza _____

- Riferimenti normativi del budget di salute e sua genesi
- Ammontare del budget
- Chi lo finanzia
- Tempi di pagamento

- Modalità organizzativa
 - o Attori coinvolti
 - o Ruoli
 - o Periodicità degli incontri
 - o Modalità di raccordo tra domanda e offerta di servizi
 - o Eventuali criticità nelle relazioni con i servizi sanitari
 - o Eventuale consulenza/supervisione della cooperativa che fa l'accoglienza

- Strumento utilizzato per individuare il percorso riabilitativo
 - o Progetto di vita/programma individuale standard
 - o Progetto personalizzato
 - o Altro (specificare)

- Modalità di individuazione della struttura ospitante
- Monitoraggio programma individuale: periodicità e referenti
- Valutazione in termini di ricadute personali e collettive – punti di forza e di debolezza
- Eventuali suggerimenti
- Assessorato/ente di riferimento

Conclusioni

Il contesto europeo e nazionale in tema di welfare vede una graduale transizione verso sistemi pubblico-privati e aperti alla partecipazione dei servizi sociali e sanitari, delle comunità locali, delle famiglie e dei destinatari stessi nella definizione e gestione dei servizi. Si tratta di processi che derivano dal cambiamento nei rapporti tra Stato, mercato e società civile, verso uno scenario in cui il livello pubblico sempre più definisce il quadro di riferimento e assume la direzione e il coordinamento della fornitura di servizi. La novità sta nel ruolo che il mercato e la società civile hanno iniziato a svolgere nella fornitura di servizi, spesso innovativi e basati sulla costruzione di reti che vedono la partecipazione di enti pubblici, pazienti, famiglie, comunità locali.

Il welfare pubblico-privato è nello stesso tempo un'esigenza dettata dalla riduzione delle risorse pubbliche e una risposta all'evoluzione delle società contemporanee. Tra le molteplici forme di partecipazione del privato e di altri soggetti, nonché di personalizzazione dei servizi socio-sanitari, i budget di salute, che in Europa vengono variamente denominati e definiti e presentano caratteristiche anche eterogenee, sembrano fornire la possibilità di dare una risposta sostenibile alla domanda di cure di lungo periodo rivolta a sistemi sanitari in crescente difficoltà. Le esperienze in corso in vari Paesi europei e in alcune regioni italiane sono recenti e, nonostante l'interesse presente in letteratura, tra gli operatori dei settori socio-sanitari e a livello di istituzioni, non esistono ancora evidenze in termini di impatti sui sistemi di welfare e sugli utenti. Sicuramente alcune tra le caratteristiche di *personal budget*, budget di salute, *direct payments*, *person-centred budget*, *self-management models*, tra le varie denominazioni esistenti, quali il ruolo delle reti formali e informali nella loro costruzione e gestione e il coinvolgimento delle comunità locali di appartenenza, ne fanno forme di organizzazione e pratiche sociali innovative da studiare e monitorare con attenzione.

L'esperienza in corso in Sicilia, che ha come destinatari principalmente pazienti psichiatrici, rappresenta una pratica innovativa caratterizzata dalla collaborazione pubblico-privato. Essa è originata dall'esigenza di attuare la normativa nazionale sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, quindi si muove in un contesto particolarmente complesso ed emergenziale e trova nel segmento della rete del servizio sanitario pubblico (i Dipartimenti di Salute Mentale e l'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia) un interlocutore istituzionale attento, che trasforma un obbligo pubblico in un'opportunità di cura all'interno di un piano strategico per la salute mentale. In questo caso il settore pubblico partecipa attivamente, adottando un metodo di lavoro in un'ottica di rete, anche valorizzando le relazioni di collaborazione informali tra servizi socio-sanitari, operatori del terzo settore, aziende agricole che svolgono attività di agricoltura sociale e comunità locali.

L'originalità dell'esperienza siciliana risiede nel fatto che, pur in assenza di un quadro normativo regionale sull'agricoltura sociale (AS), la presenza diffusa di realtà di AS sul territorio e gli strumenti di politica regionale sanitaria hanno reso possibile il superamento, con politiche dal basso, delle rigidità e dei tempi istituzionali. In questo caso non si è trattato di enfatizzare la dimensione informale nelle buone prassi innovative di welfare comunitario, ma di individuare un nesso efficace di valorizzazione ed uso intelligente della normativa esistente innestandola in un tessuto sociale e di servizi di cura offerti dalle aziende agricole e dalle cooperative sociali già accreditate dal servizio sanitario regionale. E' proprio in forza dei provvedimenti adottati e della redazione di una serie di documenti di indirizzo politico da parte dagli Assessorati regionali competenti in materia di sanità e di sociale a partire dal 2011, che è stata aperta la strada all'utilizzazione dei BdS come elementi di servizi socio-sanitari integrati e di rete.

Le pratiche già esistenti sul territorio e le competenze degli operatori hanno così superato la mancanza di una legge regionale, avviando di fatto una sperimentazione, tuttora in corso, che coinvolge un segmento particolarmente complesso di destinatari. I provvedimenti della Regione hanno così aperto una possibilità rilevante, delineando uno strumento che, funzionando anche nelle situazioni più complesse, può essere adattato ad altri ambiti e gruppi di utenti.

L'evoluzione della politica sanitaria e sociale a livello sia europeo che nazionale è nella direzione di una sempre maggiore attenzione alla persona, ponendo le sue esigenze e necessità al centro di un processo di

riabilitazione e di inclusione nella società civile. Questa modalità, costruita mediante la collaborazione e la partecipazione di vari soggetti pubblici e privati, potrà sempre più offrire risposte concrete e efficaci alle fasce deboli della popolazione, nella prospettiva che non siano più un “problema” per la società, bensì una risorsa. In tale logica l’agricoltura sociale può essere uno dei luoghi che, per le caratteristiche ed i tempi propri del mondo agricolo e rurale, riesce ad offrire opportunità di inclusione sociale.

Bibliografia

- Bauman Z. (2010), *L’etica in un mondo di consumatori*. Bari-Roma: Edizioni Laterza.
- Bifulco L. (2005), Geometrie dell’integrazione: le governance di Campania, Friuli Venezia Giulia e Lombardia. *La rivista delle politiche sociali* 5: 181-201.
- Bock B. (2016), Rural marginalisation and the role of social innovation; a turn towards nexogenous development and rural reconnection. *Sociologia Ruralis* Vol. 56, Issue 4, 552 -573.
- Carter Anand J., Davidson G., Macdonald G., Kelly B., Clift-Matthews V., Martin A., Rizzo M. (2012), *The Transition to Personal Budgets for People with Disabilities: A Review of Practice in Specified Jurisdictions*. A National Disability Authority Working Paper. <http://nda.ie/Policy-and-research/Research/Research-publications/Personal-Budgets-/The-Transition-to-Personal-Budgets-for-People-with-Disabilities-A-Review-of-Practice-in-Specified-Jurisdictions/>.
- Castegnaro C., Cicoletti D. (2017), *Budget di salute: un dispositivo a sostegno del diritto a una vita autonoma*. <https://welforum.it/budget-salute-un-dispositivo-sostegno-del-diritto-vita-autonoma/>.
- Cicoletti D. (2016), Verso il budget di progetto/di salute: una transizione possibile. <http://www.lombardiasociale.it>.
- Dessein J., Bock B., de Krom M. (2013), Investigating the limits of multifunctional agriculture as the dominant frame for Green Care in agriculture in Flanders and the Netherland. *Journal of Rural Studies* 32, 50-59.
- Di Iacovo F., O’Connor D. (eds.) (2009), *Supporting policies for Social Farming in Europe – Progressing Multifunctionality in Responsive Rural Areas*. ARSIA, Firenze.
- European Commission (2016), *The Investment Plan for Europe, state of play*. https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/investment_plan_booklet_en.pdf.
- European Commission (2017), *Reflection Paper on the Social Dimension of Europe*. COM(2017) 206, 26 April 2017.
- European Commission (2018a), *A modern budget for a Union that protects, empowers and defends - the Multiannual Financial Framework for 2021-2027*. COM(2018) 321 final, 2/5/18.
- European Commission (2018b), *Health care, let’s invest EU*, EFSI fact sheet 19 June 2018. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/investment_plan/docs/2018_investment_plan_en.pdf.
- European Commission (2018c), Report of the seminar *Financing integrated care and population health management*. Directorate-General for Health and Food Safety, 22 May 2018, The Hague. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/investment_plan/docs/ev_20180522_mi_en.pdf.
- European Economic and Social Committee (2013), *Opinion of the European Economic and Social Committee on Social Farming: green care and social and health policies*, 2013/C 44/07.
- European Platform for Rehabilitation (2010), “*Personal budget*” for people with disability, Analysis Paper, July 2010. <https://www.epr.eu/publications/>.
- European Platform for Rehabilitation (2016), *Co-production of services*, Briefing paper, December 2016. https://www.epr.eu/wp-content/uploads/EPR_Paper_on_Co-production_2016.pdf.

- European Union (2017), *European Pillar of Social Rights*, 16 November 2017. ISBN 978-92-79-74092-3 doi:10.2792/95934.
- Exworthy M., Powell M., Glasby J. (2017), The governance of integrated health and social care in England since 2010: great expectations not met once again?. *Health Policy* 121: 1124-1130.
- Fleming P. (2016), *How personal budgets are working in Ireland. Evaluating the implementation of four individualized funding initiatives for people with a disability in Ireland*. Mental Health and Social Research Unit, Maynooth University. Research brief, May 2016. https://www.genio.ie/system/files/publications/PERSONAL_BUDGETS_IRELAND_MAY16_0.pdf
- García-Llorente M., Rossignoli C.M., Di Iacovo F., Moruzzo R. (2016), Social Farming in the Promotion of Socio-Ecological Sustainability in Rural and Periurban Areas, *Sustainability* 8, 1238.
- Giancaterina F. (2015), *Il progetto personalizzato del budget di salute. Inclusione sociale in ambiente di lavoro*. Osservatorio ISFOL n. 4: 71-77.
- Hassink J., Hulsink W., Grin J. (2014), Farming with care: the evolution of care farming in the Netherlands. *NJAS - Wageningen Journal of Life Sciences* 68: 1-11.
- Hatton C., Waters J. (2011). *The National Personal Budget Survey*. Lancaster University, In Control, June 2011. <https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/>.
- Jurgen H. (1998), *La nuova oscurità. Crisi dello stato sociale e esaurimento delle utopie*. Edizioni lavoro, Roma.
- Lanfranchi M., Giannetto C., Abbate T., Dimitrova V. (2015), Agriculture and the social farm: expression of the multifunctional model of agriculture as a solution to the economic crisis in rural areas. *Bulgarian Journal of Agricultural Science* 21 (No 4), 711-718.
- Maino F. (2014), L'innovazione sociale nell'Unione Europea: uno stimolo per il rinnovamento del welfare. *Quaderni di Economia Sociale* 1: 10-15.
- Monteleone R. (2005), La contrattualizzazione nelle politiche sociosanitarie: i voucher e i Budget di cura. In: Bifulco L., *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma
- O'Connor D., Lai M., Watson S. (2010), *Overview of Social Farming and Rural Development Policy in Selected EU Member States*, European Network for Rural Development, NRN Thematic Initiative on Social Farming, European Communities, December 2010. <http://enrd.ec.europa.eu/enrd-static/fms/pdf/A9746FA3-0D7E-1772-5CC7-11217C8EC059.pdf>.
- Righetti A. (2013), *I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche*. Roma; Bari : Laterza.
- Starace F. (a cura di) (2011) *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*, Carrocci Faber Roma
- Tulla A.F., Vera A., Badia A., Guirado C., Valldeperas N. (2014), Rural and Regional Development Policies in Europe: Social Farming in the Common Strategic Framework (Horizon 2020). *Journal of Urban and Regional Analysis*, 6: 1-35.
- Van Berkel R., Valkenburg B. (ed.) (2007), *Making it personal. Individualising activation services in the EU*, The Policy Press, University of Bristol.
- Webber M, Treacy S., Carr S., Clark M., Parker G. (2014), The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *Journal of mental health*, Abingdon, England, pp. 146-55. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.
- Welch E., Jones K., Caiels J., Windle K., Bass R. (2017), Implementing personal health budgets in England: a user-led approach to substance misuse. *Health and Social Care in the Community* 25(5): 1634-1643. doi: 10.1111/hsc.12396.
- Wirrmann Gadsby E. (2013), *Personal Budgets and Health: a review of the evidence*. Centre for Health Services Studies, University of Kent. <https://pdfs.semanticscholar.org/4e17/992ef37a79514f15d8db3f6e48cd732fb4c7.pdf>.

ABSTRACT

The paper analyzes personal budgets, instruments of definition of economic, professional and human resources aiming at stimulating personal development processes by the means of individual projects based on a more holistic approach to health care and wellbeing, including personal and social needs.

Personal budgets and similar instrument of personalization of health and social care, existing in several European experiences, developed and are currently developing in the context of the evolution and reform of welfare systems in Western societies towards social practices and services developed and delivered at local level and on a local basis, more shaped on the individual and its needs and going in the direction of a public-private welfare, involving local communities, families, social and health services. This evolution has been in recent years recommended by the European Commission, recognizing the need for member States of developing social innovation strategies as partnerships among public, private and third sectors and of bringing together private and public investment in order to revitalize the health and social sector and to face common challenges.

After analyzing, by examining relevant literature, the European context and models in the field of personalized health and social services implemented in several EU countries, the paper outlines the reference framework for individualized and person-centred care models existing at EU level and attempting to stimulate the development of innovative health management solutions also in the direction of integrated care. The focus is then put on the case of Italy, with an overview of the regional cases in which personal budgets are in use, and on the ongoing experience in Sicilia. The selected case is characterized by the peculiarity of linking the instrument of personal budget to the expanding phenomenon of social farming, characterized, among other aspects, by networking and cooperation between different stakeholders groups, as farmers, disadvantaged people, social/health services and professionals, local communities, administrators (Di Iacovo F., O'Connor D., 2009). By interviewing privileged witnesses, the case of Sicilia, its genesis, organization pathways, dedicated instruments, monitoring and evaluation and other aspects are described.