

IL BUDGET DI SALUTE: ACCANTO AI PIÙ FRAGILI

Il Budget di Salute: cos'è?

Il Budget di Salute (BdS) costituisce uno strumento volto a favorire, attraverso l'impiego di risorse economiche, professionali, umane e relazionali, un miglior funzionamento sociale e una più adeguata inclusione di tutti quei soggetti fragili che versano “in condizioni di disabilità sociale concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto o potenzialmente ingravescente (malattie croniche e/o cronico-degenerative e disabilità sociale), o in stati di grave rischio e vulnerabilità per la prognosi, cioè quei cittadini in condizioni che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria e rilevanza sociale”¹.

I soggetti sopracitati sono spesso oggetto di un'istituzionalizzazione o, comunque, destinatari di risposte più o meno standardizzate nel contesto di un sistema assistenziale statico, che spesso non porta ad una loro effettiva reintegrazione sociale. L'obiettivo del Budget di Salute è, dunque, quello di mettere in atto una trasformazione delle risorse utilizzate nei processi di istituzionalizzazione in “isorisorse” che, attraverso la definizione di un “Progetto terapeutico-riabilitativo individuale (PTRI)”, costruito con la piena partecipazione della persona interessata, possano fornire un supporto sociosanitario integrato, specifico e capacitante in cui

¹ Angelo Righetti, *I budget di salute e il welfare di comunità*, Roma-Bari, Gius. Laterza & Figli, 2013.



siano coinvolti la persona stessa, i suoi famigliari e la comunità tutta, sia relativamente al versante pubblico (Comuni, Asl, altri Enti Locali) sia relativamente a quello privato, individuato come “Co-gestore”, con particolare riferimento alle organizzazioni del Terzo Settore, privato sociale e imprenditoriale.

I percorsi individuali promossi attraverso il Budget di Salute hanno lo scopo di colmare delle carenze che possano emergere nella quotidianità dei soggetti interessati, con particolare riferimento a tre ambiti, anche detti determinanti sociali della salute: casa/habitat sociale, formazione/lavoro e socialità/affettività. L’attenta valutazione di ciascun caso porterà naturalmente, nel processo di definizione del percorso personalizzato, ad azioni che mirino maggiormente verso l’uno o l’altro dei suddetti ambiti di carenza, con combinazioni che si adattino al meglio alle esigenze dei destinatari del PTRI.

È importante, inoltre, al fine di avere un quadro quanto più possibile ampio delle caratteristiche salienti del BdS, esplicitare i target ai quali gli interventi promossi attraverso tale strumento per lo più si rivolgono: “l’area materno-infantile, l’area disabilità, l’area anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, l’area dipendenza da droga, alcool e farmaci, l’area patologie psichiatriche, l’area patologie per infezioni da HIV, l’area pazienti terminali”².

Da quanto detto finora emerge la centralità della persona fragile in quanto universo unico al quale approcciarsi in modo olistico e che necessita di un percorso mirato che

² Ibidem - In tal caso, si riportano le aree di destinazione del “budget di cura” che l’autore ha riportato nel “Bando pubblico per la co-gestione dei budget di cura-progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI)” reso pubblico con determina n.2006 del 24/09/2002, adottata dall’Azienda sanitaria ex Ce (Caserta)/2. Si è preferito riportare un dato che fa riferimento ad un bando circostanziato, sia perché vi ha lavorato proprio uno dei maggiori ispiratori del Budget di Salute, quale è Angelo Righetti, sia perché è possibile in tal modo comprendere il vasto numero di casi che, per la loro stessa natura, potrebbero richiedere una mirata attenzione socio-sanitaria.



risponda a specifiche esigenze. Il rischio che si corre, attraverso l'adozione di processi aspecifici che non prevedono schemi d'azione basati sulla co-gestione, è la perpetuazione dello stato di difficoltà sociale che tali soggetti sperimentano nella loro quotidianità. D'altra parte, percorsi di co-gestione che mettano insieme energie diverse assicurano un miglioramento della dimensione sociale, non soltanto per i diretti interessati, ma per la comunità intera. E proprio ciò ha portato lo psichiatra Angelo Righetti, tra i pionieri dello strumento metodologico che definiamo Budget di Salute, a legare strettamente il suddetto concetto all'idea di welfare di comunità, ovvero, ad un modello di sviluppo sostenibile, dove ciascuno mette in campo le proprie idee ed energie, secondo lo spirito della massima condivisione, permettendo una crescita vivace di politiche sociali specifiche e innovative a beneficio di tutti i membri della propria comunità di appartenenza.

E proprio parlando di comunità, intesa come teatro dell'intersoggettività, e di valorizzazione della persona, è possibile scavare più in profondità nel tentativo di far luce sulle ragioni che stanno alla base dello strumento oggetto del presente documento e che riguardano uno dei tratti essenziali che ci caratterizzano in quanto esseri umani: il diritto a occuparsi degli altri senza finalità di potere e denaro. Ai nostri giorni nella maggior parte delle società regna l'individualismo, che non è di per sé negativo. Tuttavia, traducendosi spesso in desiderio di possesso, esso non deve essere prioritario, dovendo piuttosto lasciare il primo posto al suddetto desiderio/diritto di occuparsi degli altri, che rappresenta il nostro spirito vitale. Quando, invece, il desiderio di possesso prende il sopravvento, allora interviene un pericolo autodistruttivo. E con spirito vitale dobbiamo intendere la ragione oggettiva, ovvero la ragione che mira a coltivare e gestire le relazioni umane e che deve trovare un



equilibrio con la ragione soggettiva, che altro non è che quel desiderio di possesso, quell'individualismo di cui si è sopra fatto cenno.

Il BdS, dunque, è un dispositivo che pretende di curare e, allo stesso tempo, allargare lo spazio delle libertà sostanziali (vivere, lavorare, esplicare la propria socialità/affettività) anche a coloro che, per le ragioni dette dappprincipio, si trovano in condizioni di fragilità sociale, più o meno concomitanti o conseguenti a patologie psichiche o fisiche. Esso, pertanto, sulla base delle considerazioni appena fatte, si propone di far divenire realtà e persino allargare gli orizzonti di quanto contenuto al comma 2 dell'art. 3 della nostra Costituzione, che recita: "È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese". Tale impostazione, dunque, spinge a tenere in alta considerazione ciò che "rimane" nei più fragili, a valorizzarlo e a crearne ricchezza per tutta la comunità, evitando in tal modo di girare il volto dinanzi alla "complessità" della convivenza e assumendo che è proprio in coloro che barbaramente vengono appellati "scarti della società" che si nasconde la ricchezza delle nostre relazioni, la possibilità di allargare i diritti, la prospettiva di un welfare davvero inclusivo.

Linee programmatiche:

Progettare il Budget di Salute con la persona - Proposta degli elementi qualificanti

Quanto sopra descritto risulta quanto mai attuale, avendo ricevuto recentemente un'adeguata formalizzazione nel documento "Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona - Proposta degli elementi qualificanti", approvato dalla Conferenza Unificata nel luglio 2022 e che trova precedenti di rilievo nel DPCM 12/01/2017, nonché nella normativa vigente relativa ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), in cui già si fa riferimento a trattamenti terapeutico-riabilitativi plasmati sulle esigenze dei singoli soggetti e, dunque, caratterizzati da un profilo mirato e specifico. Sono stati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Ausl di Parma, a coordinare il gruppo di lavoro delle Regioni e province autonome che ha elaborato il suddetto documento, con un'attiva consultazione pubblica portata avanti tra luglio e settembre 2021, nell'ambito del progetto "Soggetto, persona e cittadino", finanziato dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute.

Le suddette linee programmatiche si rivolgono in primis all'ambito della salute mentale e si concentrano sulla necessità di favorire la deistituzionalizzazione dei pazienti, assicurando in tal modo un percorso maggiormente risolutivo e promuovendo, altresì, una riduzione dei costi (anche attraverso l'eliminazione delle "ospedalizzazioni inappropriate"). Tali linee, tuttavia, "possono essere intese come applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le

progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo”³.

Seguendo lo schema adottato dal documento in analisi, si propone una distinzione tra elementi qualificanti ed elementi attuativi, che devono di necessità convergere perché possano concretizzarsi esperienze personalizzate di assistenza sociosanitaria con Budget di Salute.

Tuttavia, avendo già descritto per sommi capi i contenuti della prima sezione delle Linee Programmatiche nella parte iniziale del presente documento, si dedicherà adesso maggior spazio agli elementi di carattere attuativo che costituiscono la fase spiccatamente operativa della messa in atto di un progetto terapeutico-riabilitativo individuale (PTRI).

Vengono individuati in tal senso diversi elementi che ci si appresta a descrivere, mettendo in evidenza i loro tratti essenziali:

- 1) Momenti fondamentali nella definizione di un PTRI con BdS sono la co-programmazione e la co-progettazione. Nel primo caso, l’Azienda Sanitaria, unitamente agli Enti Locali e alle Organizzazioni del Terzo Settore, collaborano al fine di individuare i bisogni del soggetto (che viene coinvolto in prima persona già in questa prima fase), le azioni necessarie e le modalità in cui metterle in atto (in tal senso è raccomandato il coinvolgimento diretto di “Utenti e Familiari Esperti”), nonché le risorse disponibili per il raggiungimento dell’obiettivo fissato. Tutto ciò dovrebbe trovare adeguata formalizzazione in

³ Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona, Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022, Conferenza Unificata (Allegato A).



un accordo di programma. Nella fase di co-progettazione, invece, la platea di soggetti coinvolti nella definizione del PTRI si amplia, giungendo a comprendere anche “associazioni, cooperative, famiglie e privati”⁴.

- 2) Le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali sono chiamati a definire un elenco di soggetti che, per le loro specificità, abbiano i requisiti per esser chiamati a rivestire, nella messa in atto di un PTRI, il ruolo di co-gestore.
- 3) Nell’attuazione di un PTRI vengono percorsi i seguenti passi: dalle realtà coinvolte (come sopra descritto) e dal soggetto destinatario del progetto individuale, già in cura ai servizi sanitari e/o sociali, viene definita un’ipotesi di progetto, che rappresenta l’esito di un’adeguata e attenta valutazione multidisciplinare e multidimensionale messa in atto dall’équipe sociosanitaria, secondo le sue competenze in ambito sanitario e sociale e secondo le istanze avanzate del diretto interessato, ovvero il soggetto destinatario del percorso medesimo; dopo la fase di co-progettazione, viene sottoscritto il BdS e individuato il Case Manager; viene, quindi, sottoscritto il contratto che consente al BdS di divenire esecutivo; la squadra sociosanitaria, coordinata dal Case Manager, opera periodiche valutazioni di monitoraggio del progetto al fine di intervenire con eventuali modifiche, se il caso lo richiede, che tengano conto dello stato di avanzamento del percorso in oggetto, avendo sempre come principale obiettivo la massimizzazione dei risultati per il soggetto e la piena realizzazione del suo Progetto di Vita.
- 4) La stipula del contratto relativo a ciascun PTRI, che può avere “intensità” diverse a seconda della complessità del caso in esame, deve avvenire alla

⁴ Ibidem



presenza di tutte le parti coinvolte: “persona, eventualmente un suo familiare/caregiver se coinvolto e con il consenso della persona assistita, un tutore/amministratore di sostegno se presente, un’équipe sanitaria curante, un’équipe dell’ufficio del servizio sociale dell’Ente Locale, un referente di un Ente del Terzo Settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell’Elenco di soggetti qualificati”⁵.

⁵ Ibidem

Esperienze sul territorio

Di seguito verrà presentata una selezione di esperienze di PTRI in BdS e di buone pratiche, precedute di volta in volta dal quadro normativo di cui ciascuna delle regioni analizzate si è dotata al fine di promuovere l'integrazione sociosanitaria. Tale panorama che ha ovviamente uno scopo esemplificativo e non mira, dunque, ad una trattazione che copra l'intero territorio nazionale, è utile, ad ogni modo, per comprendere in che direzione l'Italia si sta muovendo nel processo di deistituzionalizzazione volta a favorire una più efficace funzionalizzazione sociale dei soggetti più fragili.

Friuli Venezia Giulia

Sin dalla seconda metà degli anni '90, il Friuli Venezia Giulia si è distinto per aver messo in atto sperimentazioni in ambito sociosanitario volte alla personalizzazione dei servizi offerti soprattutto a pazienti con patologie di natura psichiatrica, disabili, anziani e tossicodipendenti. Ciò con il chiaro intento di offrire ai suddetti soggetti fragili condizioni di assistenza quanto più possibile adeguate e plasmate sulle loro particolari esigenze.

Un importante passo in avanti è stato compiuto da questa Regione attraverso l'emanazione della legge regionale 6 del 2006 che recita all'art. 41: "1) La Regione istituisce il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto a persone residenti in Regione che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di



relazione senza l'aiuto determinante di altri. 2) Tramite il Fondo si provvede al finanziamento di prestazioni e servizi destinati ai soggetti di cui al comma 1, con priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarità. 3) Il Fondo è formato con risorse regionali e nazionali, nonché con risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati. Alla ripartizione tra gli enti gestori del Servizio sociale dei Comuni si provvede secondo criteri stabiliti con regolamento regionale, tenendo conto dei dati demografici e dei fabbisogni espressi dal territorio [...]”. Tale Fondo, dunque, favorendo la domiciliarità, pone le basi per quella “deistituzionalizzazione” che ricopre un ruolo centrale nell’applicazione dello strumento BdS e cerca di scalfire la poca importanza riservata all’assistenza domiciliare che spesso si traduce nell’impossibilità di godere di sovvenzioni statali che, invece, verrebbero elargite se il soggetto venisse preso in carico da strutture convenzionate.

Un’ulteriore evoluzione nella definizione di percorsi destinati a soggetti fragili, è stata introdotta dalla legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (artt. 4-10), che favorisce un’imponente valorizzazione dell’integrazione tra l’ambito sanitario e quello sociale, chiamati ad agire congiuntamente al fine di offrire una risposta integrata che miri a promuovere la persona nella sua complessità, evitando in tal modo la tradizionale divisione tra i due settori che ancora oggi, ad ogni modo, persiste e che, talvolta, costituisce un limite nell’approccio alla salute, globalmente intesa, della persona. Gli interventi previsti dalla suddetta norma hanno carattere personalizzato e sono sostenuti dal cosiddetto “budget personale di progetto”. Tali percorsi individualizzati prevedono la collaborazione di pubblico e privato, e includono il prezioso apporto del soggetto stesso destinatario del progetto integrato, nonché dei loro famigliari, dalla

programmazione alla gestione e monitoraggio. Ed è proprio nei confini di tale budget personale di progetto che trova spazio, come sua quota, il BdS, che consiste in una conversione di risorse destinate a “servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione”⁶.

In ultimo, la Regione Friuli Venezia Giulia, con la legge regionale 14 novembre 2022, n. 16 ha compiuto ancora un passo in avanti, giacché la suddetta normativa “definisce e aggiorna gli interventi a favore delle persone con disabilità, promuove azioni d'integrazione delle politiche regionali per la disabilità, dispone il riordino dei servizi sociosanitari in materia e configura le modalità di governo dei correlati sistemi locali”⁷. In particolare, all'art. 24, la legge descrive in modo chiaro la natura e gli aspetti più tecnici del BdS, rendendo in tal modo, tale strumento di ancor più facile applicazione. Il suddetto articolo, che vale la pena riportare per via del suo potenziale carattere paradigmatico, recita: “1) La Regione, per favorire la massima personalizzazione degli interventi, prevenire forme di istituzionalizzazione non appropriata e avviare processi di deistituzionalizzazione, promuove il ricorso al budget di salute, in coerenza con l'articolo 9, comma 3, della legge regionale 22/2019, anche quale dispositivo atto alla riconversione delle risorse attualmente destinate alla residenzialità. 2) Il budget di salute prevede una dotazione finanziaria composta da risorse sia sanitarie che sociali - nonché integrabile con altre, di diversa natura - modulabile in base all'entità dell'investimento necessario alla realizzazione dei sostegni di cui la persona abbisogna. Tale dotazione finanziaria viene utilizzata, in via

⁶ Legge regionale (Friuli Venezia Giulia) 12 dicembre 2019, n. 22 (TESTO VIGENTE dal 19/12/2019) “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”.

⁷ Legge regionale (Friuli Venezia Giulia) 14 novembre 2022, n. 16 “Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia”.

privilegiata, all'interno di un rapporto di cogestione tra i soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore, improntato ai principi contenuti all'articolo 21, comma 1, e comunque nell'ambito di un sistema di presa in carico integrata, concepito secondo quanto previsto dall'articolo 23, comma 2, lettera a). 3) La quota di finanziamento relativa ai trattamenti così come individuata all'articolo 34, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 può essere utilizzata, quale componente della dotazione finanziaria di cui al comma 2 e in coerenza con quanto previsto nel progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona, anche per sostenere interventi alternativi a quelli residenziali purché erogati da soggetti accreditati, anche ai sensi di quanto previsto dall'articolo 55, comma 4, del decreto legislativo 117/2017, ovvero inseriti all'interno di un percorso di sperimentazione, così come disciplinato dall'articolo 25”⁸.

Per il Friuli Venezia Giulia, che è stato ed è tutt'oggi teatro di numerosissimi percorsi a sostegno dei soggetti più fragili, più che veri e propri esempi di applicazione del BdS, verrà di seguito proposto l'approccio che, in relazione soprattutto a persone con disabilità mentale, è chiaramente emerso nell'intervento, dal titolo “La gestione sociosanitaria nei sistemi di sostegno dell'ASS5 del Friuli Venezia Giulia per le persone in età adulta con disturbi del neuro-sviluppo e disabilità associate”, di Carlo Francescutti, direttore presso la Direzione dei Servizi Sociosanitari dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AS FO), che ha trovato spazio nel contesto del convegno “Opportunità e criticità del progetto individuale e del Budget di Salute per la disabilità mentale e intellettiva”, tenutosi a Roma nel 2019. In tale occasione il suddetto relatore ha messo in evidenza tre macro-ambiti sui quali sono imperniati i percorsi

⁸ Ibidem

personalizzati che, di fatto, mirano a offrire ai beneficiari un supporto che tenga conto di tre aspetti dell'esistenza di ciascun soggetto: l'Essere, l'Appartenere e il Divenire. Ciò ci fa ben comprendere quale sia la natura degli interventi individualizzati, oggetto della presente trattazione: percorsi fondati su una visione olistica della persona, la quale non va passivamente assistita, bensì sollecitata in tutte le sfere della sua vita, favorendone in tal modo una funzionalizzazione sociale che la veda quale soggetto attivo e capace di dare un valido contributo per la crescita personale e della propria comunità. Tornando ai tre macro-ambiti sopracitati, se ne propone di seguito la testuale descrizione offerta dallo stesso Francescutti:

- ESSERE (chi il paziente è in quanto persona) declinato come
 - 1) Essere fisico: si riferisce alla salute fisica, all'alimentazione, alla forma fisica, all'igiene personale, al vestirsi, al curare il proprio aspetto, e simili;
 - 2) Essere psicologico: si riferisce invece ad aspetti della vita interna come il controllo delle emozioni e dei sentimenti, l'iniziativa, l'auto-accettazione, l'autostima, l'indipendenza dallo stress e da eventuali problemi psichiatrici;
 - 3) Essere spirituale: è inteso come l'avere valori personali, criteri di giusto/sbagliato, buono/cattivo, cose per cui vivere o nelle quali aver fede, come il sentirsi in pace con sé stessi, l'agire per altruismo, il festeggiare le ricorrenze o gli eventi particolari, tutto in un modo che aggiunga significato alla vita.
- APPARTENERE (come si trova con le altre persone e le cose intorno a lui) declinato come
 - 1) Appartenere fisico: si riferisce al posto dove si vive, agli oggetti che si possiedono e simili;



- 2) Appartenere sociale: considera aspetti come il sentirsi in accordo con il partner, con i membri della famiglia, gli amici, l'appartenere a gruppi sociali, culturali o d'interesse;
 - 3) Appartenere alla comunità: ha per oggetto il rapporto esistente tra un individuo e le risorse a disposizione della maggior parte dei membri della comunità, p.e. avere accesso ad un'educazione, ad un impiego, all'assistenza medica e sociale, agli avvenimenti e agli spettacoli, avere una pensione.
- DIVENIRE (le cose che fa nella vita che definiscono chi è e che cosa vuole essere) declinato come
- 1) Divenire pratico: si riferisce alle abilità e attività quotidiane, come i lavori di casa, il lavoro retribuito, l'andare a scuola o seguire dei corsi, l'attività di volontariato, le quotidiane routine per la cura di sé, la gestione delle proprie pratiche burocratiche, ecc.;
 - 2) Divenire come tempo dedicato a sé: comprende le cose che si fanno per divertimento o per passione, p.e. giocare a ping-pong, andare a giro con gli amici, leggere, guardare la TV, coltivare un hobby, andare al cinema;
 - 3) Divenire come crescita: si riferisce alla capacità di adattamento ai cambiamenti della vita e alla capacità di migliorarsi, p.e. imparare cose nuove, migliorare o mantenere le capacità fisiche e le relazioni con gli altri, risolvere problemi, tirar fuori nuove idee⁹.

⁹https://www.iss.it/personalizzazione-della-cura-nei-disturbi-psichiatrici-e-del-neurosviluppo/-/asset_publisher/J2nHHnXhBFzV/content/convegno-opportunit%C3%A0-e-criticit%C3%A0-del-progetto-individuale-e-del-budget-di-salute-per-la-disabilit%C3%A0-mentale-e-intelletiva

Lazio

Anche la Regione Lazio ha agito nella direzione della valorizzazione di un approccio integrato sociosanitario volto al supporto dei soggetti fragili, attraverso diversi provvedimenti normativi e piani d'azione, tra i quali si ricordano la legge regionale 11 del 2016 (art.53), il Piano Sociale Triennale Regionale "Prendersi cura, un bene comune" (2019), nonché la Deliberazione Capitolina n. 45 del 13 marzo 2020 e la Deliberazione Regionale n. 554 del 5 agosto 2021, approvate entrambe con la finalità di dare applicazione a quanto previsto dalla Legge 112 del 22 giugno 2016, riguardante le "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

La legge regionale 11/2016, al capo VII, dedicato alle "Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria", e in particolare all'art. 53, parla di "piano personalizzato" rivolto a soggetti con fragilità e basato sulla stretta collaborazione tra operatori sanitari, sociali e socioeducativi, che sono chiamati, d'intesa con l'assistito e i suoi famigliari, ad effettuare una valutazione multidimensionale al fine di definire le specifiche esigenze del caso e mettere in atto e monitorare il piano medesimo. Capisaldi della suddetta norma sono, poi, la domiciliarità delle prestazioni sociosanitarie, nonché l'attiva collaborazione, secondo i principi di sussidiarietà e complementarità, tra azienda sanitaria, enti locali, soggetti del Terzo Settore, l'assistito e i suoi cari. I piani personalizzati descritti vengono sostenuti, sottolinea l'art. 53, 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 garantendo comunque le prestazioni socio-sanitarie essenziali”¹⁰.

Passando, quindi, al Piano Sociale Triennale Regionale “Prendersi cura, un bene comune” (2019), si può, in estrema sintesi, condensare il suo contenuto, di ampio respiro e piuttosto variegato, prendendo spunto dalle cinque parole chiave che vengono riportate nella sezione introduttiva al testo:

1. La centralità dei *livelli essenziali delle prestazioni*, chiamati a prendere il posto delle categorie;
2. *L’integrazione* a diversi livelli: “integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie”¹¹;
3. La *prossimità alla persona*, con lo scopo di privilegiare la domiciliarità, e, dunque, favorire uno dei principali determinanti sociali della salute, ovvero “casa/habitat sociale”. Si promuove, in tal modo, uno slancio verso il soggetto perché rimanga nel proprio contesto di vita e sviluppi una migliore integrazione con gli altri membri della propria comunità di appartenenza;
4. “*L’innovazione* nei processi partecipativi, nello sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche, nel coinvolgimento nella co-progettazione delle organizzazioni di Terzo Settore e nella valutazione di impatto delle attività, dei progetti e delle politiche”¹²;

¹⁰ Legge regionale (Lazio) 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”, art. 53 “Presenza in carico integrata della persona e budget di salute”.

¹¹ Piano Sociale Triennale Regionale “Prendersi cura, un bene comune” (2019), pag. 2.

¹² Ibidem



5. “Un approccio basato sulla *conoscenza* approfondita dei cambiamenti sociali specifici di ogni territorio, dell’offerta di strutture e servizi, delle vulnerabilità e delle prese in carico per la programmazione di interventi personalizzati”¹³.

Quanto, invece, alle Deliberazioni Capitolina e Regionale, cui si è sopra fatto cenno, si cercherà adesso di analizzarle mettendo in evidenza quanto siano state effettivamente in grado di dare applicazione alle Legge 112/2016.

La prima, che porta il titolo “Approvazione delle linee guida per l’attivazione degli interventi e dei servizi a sostegno dei Progetti Personalizzati delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, in attuazione della Legge n. 112/2016”, all’allegato 1, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, descrive, tra le altre cose, i cosiddetti “PP”, ovvero i Progetti Personalizzati che sulla base della valutazione effettuata dall’UVMD, vengono definiti e plasmati al fine di costituire percorsi individualizzati di supporto sanitario-sociale-educativo che tengano realmente conto dei bisogni e delle aspettative dei beneficiari. I suddetti progetti, che devono essere quanto più possibile dinamici e flessibili, seguono l’evoluzione dello stato del soggetto che ne è protagonista, adattandosi alle sue esigenze nel divenire del percorso intrapreso. L’attuazione operativa del PP avviene grazie all’utilizzo di uno strumento che, nella deliberazione in esame, viene definito “Budget di Progetto”. Esso rappresenta l’insieme delle risorse economiche, umane e strumentali, messe a disposizione del beneficiario dalla persona stessa (in una forma di compartecipazione), dalla sua famiglia, dallo Stato e dalle realtà del Terzo Settore. La Deliberazione, inoltre, sottolinea che gli interventi che possono essere finanziati

¹³ Ibidem

attraverso il Budget di Progetto affiancano e non sostituiscono eventuali altri servizi sociosanitari di cui il soggetto già usufruisce. Quest'ultimo, ancora, come sopra anticipato, può partecipare economicamente alla costituzione del Budget di Progetto soltanto in relazione alla spesa in quota sociale, essendo quella di natura prettamente sanitaria di totale pertinenza dei Distretti Sanitari. A ciò si aggiunga che l'entità di tale compartecipazione dipende dalla condizione economica del beneficiario, al fine di combattere un'"iniquità sostanziale" che si intende superare attraverso "una profonda ridefinizione dell'attuale impostazione basata su tariffe e costi standard". Si ricorda, in ultimo, che il documento in questione prevede anche che, nel caso in cui un soggetto debba per ragioni emergenziali permanere temporaneamente in una "soluzione abitativa extra-familiare", non potendo in tal caso usufruire dei benefici che potrebbero derivargli dall'assistenza presso il proprio domicilio, ha diritto ad un contributo giornaliero di 100 euro, per un massimo di 60 giorni e, comunque, "non superiore all'80% dell'importo della retta assistenziale per ricovero di pronto intervento"¹⁴.

D'altra parte, in merito alla Deliberazione Regionale n. 554 del 5 agosto 2021 (Linee guida regionali sul Durante e Dopo di noi), che porta il titolo "Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale 25 luglio 2017, n. 454 «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 23/11/2016 di attuazione»", è bene sottolineare che tale atto normativo pone a proprio fondamento la centralità della "persona con

¹⁴ Deliberazione Capitolina n. 45 del 13/03/2020, pag. 22 (Allegato 1).

disabilità nel suo contesto di appartenenza, realizzando un'effettiva integrazione sociosanitaria che renda esigibili i programmi e i Progetti di Vita"¹⁵. Anche tale documento, dunque, ha il chiaro obiettivo di offrire ai soggetti che ne hanno bisogno una presa in carico personalizzata e integrata che superi la tradizionale separazione degli ambiti d'azione della sfera sanitaria e di quella sociale. Il cammino che si intende percorrere è, pertanto, votato alla massima flessibilità e dinamicità e in esso trova piena applicazione il Budget di Progetto, la cui definizione "richiede la ricognizione di tutte le risorse economiche, professionali e comunitarie che si rendono al momento disponibili sia da parte delle istituzioni sociali e sanitarie, che da parte degli utenti, del Terzo Settore, delle Associazioni, del volontariato e della comunità locale, in quanto partecipanti alla co-progettazione e alla co-gestione dei diversi progetti personalizzati"¹⁶. Le linee programmatiche in questione hanno, altresì, lo scopo di sostituire alla logica del ricovero in strutture accreditate volto alla gestione del problema, l'adozione del concetto di "recovery", ovvero un progetto che prenda in carico la persona nella sua globalità e nel suo contesto, garantendole, in tal modo, un supporto più agevole e maggiori possibilità di essere davvero protagonista di un processo di riavvicinamento al proprio tessuto sociale di riferimento. Tale provvedimento regionale, in ultimo, mira a garantire continuità assistenziale ai soggetti presi in carico, al fine di evitare qualsiasi soluzione di continuità che possa in qualche modo compromettere il buon esito del percorso individualizzato.

Da quanto affermato sono facilmente desumibili le ottime intenzioni delle due Deliberazioni descritte, le quali mirano, come detto, alla messa in pratica delle

¹⁵ Deliberazione Regionale n. 554, 05/08/2021, pag. 2.

¹⁶ Ibidem, pag. 13.

indicazioni contenute nella legge n. 112 del 2016. Tuttavia, al di là di alcuni casi di applicazione del BdS e di buone pratiche, di cui sotto verranno riportati soltanto alcuni esempi, si evidenzia sul territorio regionale una scarsa applicazione della suddetta legge, che, ricordiamo, “è volta a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l’autonomia delle persone con disabilità”. Si riscontra, di fatto, una carente presa in carico multidisciplinare dei soggetti che ne avrebbero bisogno, e ciò intacca inevitabilmente l’intento di fornire loro un vero supporto integrato sociosanitario, nonché il processo di deistituzionalizzazione volto al superamento di un approccio passivizzante dei soggetti deboli a favore di un modello che, invece, favorisca il loro protagonismo attivo nell’affrontare i percorsi individualizzati loro dedicati.

Dopo la presentazione del quadro normativo, sopra brevemente illustrato, di cui la Regione si è dotata negli anni, si procede adesso alla presentazione di un esempio pratico di applicazione del BdS, nonché di alcune buone pratiche che sono state portate avanti sul territorio.

Il primo riguarda il distretto n. 1 della Asl Roma 6, di cui, essendo tale progetto concluso e avendo ottenuto buoni risultati, si hanno dati precisi, puntuali e, dunque, significativi al fine di apprezzare il poderoso potenziale dello strumento Budget di Salute. La sperimentazione suddetta prevedeva nella sua formulazione iniziale il reclutamento da parte dell’équipe di lavoro di 35 unità, così suddivise: 5 Persone con disabilità in età evolutiva, 5 Persone con disabilità in età adulta, 5 Persone con disturbo mentale in età evolutiva, 5 Persone con disturbo mentale in età adulta, 5 Persone con problemi di dipendenza, 5 Persone Area della famiglia e protezione sociale dei minori, 5 Persone con problemi legati all’età anziana. I soggetti da coinvolgere avrebbero, inoltre, dovuto rispettare un altro parametro, ovvero essere



già stati presi in carico dai servizi sociali o dall'azienda sanitaria di riferimento. A ciascun PVP (Progetto di Vita Personalizzato) in BdS la squadra di lavoro ha dedicato uno strumento definito "Scheda di PVP" in cui sono state inserite, dall'inizio alla conclusione del percorso, le seguenti informazioni: dati generali dell'assistito/data di inizio e conclusione del progetto/cadenza del monitoraggio, soggetti proponenti, dati anagrafici approfonditi del destinatario, persone (famigliari e non) con cui l'assistito ha delle relazioni significative nella sua quotidianità, un'anamnesi volta a raccogliere tutti i dati possibili in riferimento alla storia delle condizioni di salute/malattia/disagio con relative diagnosi già individuate, risultati dei test somministrati durante il progetto, informazioni relative a diverse aree della vita del soggetto (area abitare, area apprendimento/espressività minori, area formazione/inserimento lavorativo, area inclusione sociale, area cura della persona), una sintesi degli obiettivi e della programmazione sociosanitaria in co-gestione, verifiche dello stato del progetto che ne consentono un'adeguata modulazione nel tempo e firma di tutti i soggetti coinvolti nel PVP in BdS, che di fatto si configura come un vero e proprio contratto. In tale sperimentazione, in accordo con il Piano Sociale Triennale Regionale "Prendersi cura, un bene comune" (cui si è sopra fatto cenno), un ruolo di primo piano nell'avvio dei progetti personalizzati è stato assegnato al PUA (Punto Unico di Accesso), quale servizio di riferimento per una pre-valutazione dei casi da destinare successivamente, in caso di bisogno, alla valutazione multidimensionale operata dall'UVM. L'avvio operativo della sperimentazione in oggetto ha avuto inizio nell'ottobre 2017 e, da questa data al marzo 2018, il PUA, su sollecitazione dei soggetti proponenti, ha coordinato l'attivazione di 32 UVM (a fronte delle 35 prefissate) che hanno portato a un pari numero di PVP, ridotto a 27 per via dell'interruzione anticipata di alcuni di essi

per motivazioni varie. La sperimentazione si è conclusa nel dicembre 2018, portando a 87 il numero totale di UVM attivate dal PUA. Dopo tale data, ad ogni modo, diversi PVP sono rimasti in vita e molti altri, sulla scorta della buona prassi maturata, sono stati attivati. Da tale sperimentazione, infine, è emersa chiaramente l'importanza, per la buona riuscita dei PVP in BdS, di una presa in carico condivisa tra i servizi formali sia Sanitari che Sociali da una parte e il Terzo Settore dall'altra che "richiede certamente a quest'ultimo di svolgere un ruolo di comprimario, potendo esercitare una funzione di facilitazione e di mediazione anche nel caso in cui alcuni cittadini, a causa della loro fragilità sociale, non riescano ad interagire direttamente con i Servizi Pubblici o che dopo un primo accesso non abbiano strumenti sufficienti ed adeguati per sostenere con continuità il percorso in tutte le sue fasi."¹⁷

Si procede, quindi, con la descrizione di alcune buone pratiche nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria che hanno visto la luce sul territorio della Città metropolitana di Roma Capitale:

- 1) La prima riguarda il distretto sociosanitario RM 6.2 (Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi) e consiste nel fornire assistenza domiciliare (che integra quella erogata dall'Asl) a "persone ad alto rischio di emarginazione sociale, anche in seguito a dimissioni dalle strutture ospedaliere". Tale servizio sorge dalla necessità di contrastare l'indebolimento del sostegno offerto ai soggetti più fragili (soprattutto anziani) conseguente al distanziamento sociale imposto dalla diffusione della pandemia di COVID-19. Esso prevede la piena collaborazione tra distretto sociosanitario, servizio

¹⁷ Sperimentazione del modello operativo Budget di Salute nel distretto n.1 della Asl ROMA 6 - Relazione finale del febbraio 2020, pag. 22.



sociale facente capo ai Comuni (e servizio sociale ospedaliero nella fase di co-programmazione), Asl, cooperative sociali. Tale iniziativa conferisce un ruolo di primo piano al PUA, considerato quale centro nevralgico dell'integrazione sociosanitaria che si intende promuovere.

- 2) La seconda buona pratica riguarda l'ANCI Lazio che, in collaborazione con la Regione Lazio, Roma Capitale, altri Comuni, scuole, centri provinciali per l'istruzione degli adulti, centri per l'impiego e associazioni del Terzo Settore, ha creato presso la propria sede, sita in Roma, uno sportello di integrazione socio-lavorativa volto a fornire alle persone migranti giunte sul territorio servizi di varia natura: legale, lavorativa, psico-sociale. Lo scopo principale di tale iniziativa è agevolare l'integrazione nel tessuto sociale dei beneficiari, ai quali, inoltre, viene fornita la possibilità di intraprendere percorsi di apprendimento della lingua italiana e di formazione professionale, erogati grazie ad accordi siglati con associazioni partner.
- 3) La terza buona pratica che si intende presentare prende il nome di "SILIL", ovvero "Servizio Integrato Locale per l'Inserimento Lavorativo" delle fasce deboli. Tale progetto, rivolto ai soggetti socialmente svantaggiati residenti nel territorio del Municipio VI di Roma Capitale e in carico ai servizi territoriali, mira a consentire loro di inserirsi più agevolmente nel mondo del lavoro e renderli parte attiva dello sviluppo del tessuto sociale in cui sono inseriti. I soggetti che beneficiano in via preferenziale di tale supporto sono: minori in età lavorativa e giovani di età compresa tra 16 e 23 anni con situazioni familiari difficili, detenuti adulti cui vengano concesse misure alternative al carcere, adulti (35-

37 anni) in condizioni di svantaggio socioeconomico e invalidi fisici, psichici e sensoriali maggiorenni.

Campania

La Regione Campania ha disciplinato i PTRI con BdS attraverso la legge regionale n. 1 del 2012, la quale all'art. 46 recita: "1) La Regione Campania, nel rispetto del principio di sussidiarietà solidale e di complementarità tra gli erogatori dei servizi, promuove la centralità e la partecipazione dei cittadini attraverso percorsi terapeutico riabilitativi individuali (PTRI), con forme di co-gestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati. Nel rispetto dell'articolo 117, comma 2, lettera m), e dell'articolo 118, comma 4, della Costituzione Italiana, i progetti personalizzati definiti ai sensi dell'articolo 41, comma 3, lettera b) della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328), devono essere programmati, gestiti e monitorati da personale dell'Asl e degli enti locali, attraverso modalità di co-gestione della presa in carico, con soggetti del Terzo Settore, insieme agli utenti e loro familiari, nel rispetto del presente articolo. 2) I PTRI, sostenuti da Budget di Salute, sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. La Giunta Regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana specifiche linee guida, sentita la Commissione consiliare permanente in materia di sanità, che recepiscono la metodologia attuativa già sperimentata, fatte salve le competenze del commissario ad acta per il piano di

rientro del settore sanitario. Nelle more dell'emanazione delle linee guida è garantita la continuità delle sperimentazioni già in atto nelle Asl"¹⁸.

Come anticipato dalla suddetta legge regionale, i PTRI sono stati ulteriormente definiti e implementati attraverso 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", emanate attraverso la DGRC n. 483 del settembre 2012, in cui si riconoscono quali potenziali soggetti beneficiari di tale supporto, che prevede un consistente rafforzamento delle prestazioni domiciliari, persone con problemi psichiatrici e/o le loro famiglie, tossicodipendenti e/o le loro famiglie, disabili fisici, psichici e sensoriali. Vi si sottolinea, inoltre, al punto 12, che le azioni previste dalle linee guida in questione "non determinano aumento dei limiti di spesa trattandosi di eventuale riconversione della spesa impropria e di finanziamenti specifici presenti e/o da attivare [...]"¹⁹.

Come fatto precedentemente, al quadro normativo si fanno seguire, a titolo esemplificativo, dei casi di applicazione sul territorio campano dello strumento oggetto della presente trattazione.

In primo luogo, si ricorda la pubblicazione, da parte dell'Azienda sanitaria ex Ce/2 (Caserta), di un bando²⁰ per la ricerca di soggetti adatti alla co-gestione di PTRI con Budget di Cura. Tale bando e la relativa concretizzazione di quanto da esso previsto,

¹⁸ Legge regionale (Campania) del 27 gennaio 2012, n.1 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012-2014 della regione Campania (legge finanziaria regionale 2012)".

¹⁹ Delibera della Giunta Regionale n. 483 del 21/09/2012 - "Disciplina e definizione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali Regionali sostenuti con Budget di Salute. Adozione linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n. 1/2012".

²⁰ Regione Campania, Azienda sanitaria locale, Ambiti territoriali - Avviso pubblico: Ricerca di soggetti per la cogestione dei Budget di Cura-Progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) - Determina n. 2006 del 24/9/2002.

per quanto datato (risale, infatti, al 2002), costituisce una pietra miliare, avendo rappresentato negli anni a seguire una vivace fonte di principi ispiratori sia per la Regione Campania sia per il resto del territorio italiano. Il bando prevede una gestione mista pubblico-privato delle attività volte alla deistituzionalizzazione e rifunzionalizzazione sociale di soggetti fragili con bisogni prevalentemente sanitari dal risvolto anche sociale, nonché i beneficiari di percorsi che si configurano per lo più quali prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Il bando prevede l'attivazione di un elevato numero di PTRI secondo la seguente ripartizione:

Numero	Area	Turn-over annuo previsto
300	Materno-infantile	50%
150	Disabili	30%
200	Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative	50%
100	Dipendenze da droga, alcool e farmaci	60%
200	Patologie psichiatriche	30%
20	Patologie per infezioni da HIV	50%
30	Pazienti terminali	100%

A ciò si aggiunga, come già espresso nella sezione introduttiva del presente documento, che il bando in analisi prevede la possibilità di stipulare contratti (strumenti che di fatto permettono l'avvio del PTRI) di natura e costo diversi. I contratti, infatti, in base ai bisogni del beneficiario, possono essere distinti in contratti ad alta/media/bassa intensità. Inoltre, è previsto che almeno una volta al mese il referente dell'Asl e il referente del servizio sociale territoriale convochino un incontro con tutti gli operatori dell'équipe che si occupa in vario modo a seconda delle proprie

competenze del progetto individualizzato, per verificarne l'evoluzione, discutere eventuali criticità, concordare linee comuni di intervento (UVD integrata).

Si procede adesso, invece, con la descrizione di più recenti casi di PTRI con BdS, messi in atto tra il 2019 e il 2021, da realtà virtuose quali sono le cooperative sociali "Delfini di Terra" e "La Solidarietà". Nel corso del suddetto triennio tali cooperative hanno attivato 16 nuovi PTRI, la prima, e 10, la seconda. Tra agli habitat, su suolo campano, in cui tali progetti sono stati attivati, ricordiamo il "Borgo Sociale Roccabascerana" (in provincia di Avellino), l'"Orto di Casa Betania", l'"Albergo Diffuso di Campolattaro" e la Fattoria Sociale "Villa Mancini" (presso Benevento). A ciò si aggiungono gli interventi realizzati presso il domicilio di alcuni beneficiari dei PTRI. Tutte e quattro le realtà precedentemente menzionate fanno parte della grande rete "Consorzio Sale della Terra".

Il "Borgo Sociale Roccabascerana", sorto nel 2014 e accreditato presso la Regione Campania, si configura come una struttura immersa nel verde destinata ad accogliere adulti di sesso maschile in PTRI, i quali, al fine di combattere l'istituzionalizzazione a favore di una maggiore inclusione sociale, sono coinvolti in attività di vario genere: gruppi terapeutici, psicoterapia individuale, riabilitazione psichiatrica individuale e di gruppo, colloqui familiari, laboratori espressivo-creativi e di lettura in gruppo, cineforum, cura e manutenzione degli spazi esterni e ortoterapia, laboratorio di falegnameria, uscite settimanali di gruppo. Tale struttura, inoltre, ospita soggetti sia in qualità di habitat di PTRI con BdS sia come Casa Alloggio. In entrambi i casi a

compartecipare al costo del servizio offerto sono l'Asl, gli Enti Territoriali e i beneficiari stessi²¹.

L'“Orto di Casa Betania”, nato nel maggio 2008, è un complesso agricolo delle Figlie della Carità di san Vincenzo de' Paoli, ma di fatto da loro non utilizzato, in cui sono stati creati una serra, un orto all'aperto e il “Caffè dell'Orto”, un bar intorno al quale vengono organizzati eventi aggregativi che consentono a quanti seguono un PTRI nella suddetta realtà di stare a stretto contatto con il tessuto sociale contribuendo, da soggetti attivi, alla sua vitalità ed evoluzione. Tra coloro che beneficiano di tale servizio, avendo in tal modo la possibilità di seguire percorsi di formazione ed essere inseriti nel mondo del lavoro (dalla coltivazione degli ortaggi al bar e agli eventi che hanno come location l'Orto), si annoverano disabili, giovani con dipendenze, nonché detenuti e soggetti affidati a misure alternative. In riferimento a questi ultimi, è stato possibile constatare che la frequenza dell'Orto di Casa Betania ha determinato una riduzione del 75% del tasso di recidività²².

L'“Albergo Diffuso di Campolattaro” è dotato di 5 camere, per un totale di 20 posti letto, e ospita un progetto che porta il nome “Welcome & Welfare”. Nel suo nome sono, di fatto, condensate le due anime di tale realtà che è allo stesso tempo un albergo e un centro diurno per disabili. Al fine di promuovere la loro autonomia, i soggetti beneficiari di un PTRI presso questa struttura, sono resi parte dello staff dell'albergo nello svolgimento delle mansioni, dell'accoglienza, della sala, nella pulizia e gestione della colazione²³.

²¹ <https://consorziosaledellaterra.it/project/borgo-sociale-roccabascerana/>

²² <https://consorziosaledellaterra.it/project/orto-di-casa-betania/>

²³ <https://consorziosaledellaterra.it/project/albergo-diffuso-campolattaro/>

In ultimo, la Fattoria Sociale “Villa Mancini” nasce dalla riqualificazione, realizzata nel 2012 dalla cooperativa sociale “La Solidarietà” attraverso il Piano di Sviluppo Rurale, di un rudere e di un appezzamento di terreno donati alla Diocesi di Benevento. Tale struttura da una parte è un luogo di accoglienza, dall’altra offre la possibilità ai soggetti più fragili, che beneficiano di un progetto terapeutico riabilitativo individuale, di un inserimento lavorativo nella produzione orticola e nell’allevamento di galline ovaiole. La Fattoria ha, inoltre, ospitato laboratori creativi per la produzione di bomboniere solidali e manufatti in legno²⁴.

Sicilia

Uno degli strumenti di maggior rilievo di cui la Regione in esame si è dotata nell’ambito oggetto del presente documento è il Piano Sociosanitario “Il Servizio Sociosanitario Regionale: Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni sociosanitarie” (2017). Tale documento, dopo un excursus normativo che vede al centro l’evoluzione dell’assistenza sociosanitaria e la necessità del sodalizio tra queste due sfere al fine di fornire un servizio integrato, e un’analisi territoriale e demografica dell’area su cui il Piano insiste, ovvero l’intera Regione, rintraccia quali principali ambiti delle azioni messe in atto sulla base del suo contenuto la salute mentale e l’area anziani/non autosufficienza con particolare riferimento all’ADI (Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria). Vengono, altresì, individuate quali fondamentali determinanti di salute che indirizzano e plasmano la natura delle iniziative di sostegno messe in

²⁴ <https://consorziosaledellaterra.it/project/fattoria-sociale-villa-mancini/>

campo: l'apprendimento, l'espressività, la formazione, il reddito-lavoro, il binomio casa-habitat sociale e l'affettività-socialità. Si passano, quindi, in rassegna le più rilevanti azioni strategiche rivolte ai beneficiari dei Progetti Socio-riabilitativi Personalizzati (PSRP) e le strutture in cui dar concretezza a tali progetti, ferma restando la centralità del supporto domiciliare che favorisca una vita indipendente e la piena inclusione sociale. Vengono, poi, analizzate le fonti di finanziamento e rimarcata l'importanza del BdS. Non mancano, in ultimo, riferimenti ad azioni a sostegno di minori e soggetti dipendenti da sostanze d'abuso²⁵.

Un esempio degno di nota di applicazione sul territorio siciliano del Budget di Salute, o meglio del Capitale di Capacitazione, inteso nello studio di Gaetano Giunta e Liliana Leone²⁶ che ne fa un'attenta analisi quale evoluzione del più tradizionale BdS, è il progetto "Capacity". Tale iniziativa rientra nel macro-ambito delle politiche di social housing, rigenerazione urbana e lotta alla povertà. Essa è stata messa in atto nella città di Messina e ha visto una stretta collaborazione tra Enti Locali e Terzo Settore, con un ruolo centrale svolto dalla Fondazione Comunità di Messina. I principali risultati ottenuti al dicembre 2021 sono:

- Il risanamento di due baraccopoli, ovvero il Fondo Saccà di 4.235 mq e il Fondo Fucile di 13.110 mq, con 151 nuclei familiari in condizione di grave disagio socio-economico che hanno avuto la possibilità di avere un'abitazione, tra cui 66 di proprietà;

²⁵ Piano regionale sociosanitario (Sicilia, 2017) - "Il Servizio Sociosanitario Regionale: Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie".

²⁶ Caso Studio "Rigenerazione urbana e approccio alle capacitazioni: Il caso di studio del progetto Capacity", di Gaetano Giunta (Fondazione di Comunità di Messina) e Liliana Leone (CEVAS, Centro di Ricerca e Valutazione), 2022.



- La sperimentazione di sistemi domotici volti ad assicurare una massimizzazione del risparmio energetico e la ristrutturazione del patrimonio edilizio cittadino fondata sulla sostenibilità ambientale e senza consumo di suolo;
- La creazione per gli abitanti del territorio interessato di aree verdi e servizi socioeducativi.

Il progetto in esame ha previsto vari step di implementazione declinati su 7 assi, di cui si ripropone di seguito la tabella realizzata dagli autori dell'articolo:

Asse	Descrizione dell'Asse e principali Azioni
I	<p><u>1.1</u> – Azioni di Ricerca e Sviluppo / Prima Fase: realizzazione del condominio sperimentale (6 unità abitative) e del parco nell'area liberata dalla baraccopoli. Utilizzo di metodologie, tecnologie e materiali costruttivi dell'Architettura e dell'Ingegneria sostenibile con occupazione del 10% del suolo della ex baraccopoli / Seconda Fase: completamento del progetto pilota e avvio dell'esperienza di co-housing per un totale di 20 famiglie.</p> <p><u>1.2</u> – Acquisto di nuove case (azione diretta del Comune e tramite istituzione del capitale di capacitazione a favore dei beneficiari) / Sbaraccamento di Fondo Saccà e Fondo Fucile.</p>
II	<p><u>2.1</u> – Formazione e tutoraggio per sostenere il processo auto-costruzione salariata assistita.</p> <p><u>2.2</u> – Erogazioni di micro-credito e venture capital etico e Fondo di accantonamento a garanzia delle erogazioni in un rapporto 1:5.</p>
III	<p><u>3.1</u> – Scuola di sviluppo umano e servizi ausiliari al programma di micro-credito e di venture capital etico / Azioni per il sostegno dello sviluppo cognitivo dei bambini dell'intero territorio / Sostegno allo sviluppo cognitivo dei bambini nei primi anni di vita.</p>
IV	<p><u>4.1</u> – Servizi di socializzazione e programmi personalizzati per facilitare l'incontro fra i bisogni e i desideri delle persone con le nuove alternative create grazie alle azioni progettuali sulle aree dei funzionamenti umani scelti come prioritari.</p> <p><u>4.2</u> – Polarità educative del progetto: il Parco Sociale di Forte Petrazza. Rifunionalizzazione e fornitura di beni e di servizi / Polarità educative del</p>



	progetto: l'antica stazione di Camaro / Creazione di tre polarità spaziali con finalità socioeducative a Fondo Saccà, a Forte Petrazza e alla Ex-stazione ferroviaria di Camaro / Strutturazione sul territorio di servizi di mediazione e facilitazione sociale personalizzata sistemica alle azioni di risanamento urbano.
V	<u>5.1</u> – Lavori di realizzazione della strada di collegamento tra l'area dell'intervento progettuale e la stazione centrale dell'area metropolitana / Avvio della creazione di una viabilità dolce nell'area di intervento. <u>5.2</u> – Ammodernamento dell'impianto di pubblica illuminazione e sostituzione di sistemi di illuminazione con altri a minor consumo nell'area vasta dell'intervento.
VI	<u>6.1</u> – Protocollo d'intesa tra il comune di Messina e l'istituto nazionale di urbanistica per il programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia / P.I.C.O. (Piano Regolatore Condiviso) / Consulenza specialistica agroforestale e ambientale per la redazione del nuovo PRG della Città di Messina / Redazione della Variante al Piano Particolareggiato Ambito / Riqualificazione ambientale e risanamento igienico alveo del torrente Bisconte / Frazione di Catarratti: convenzione con l'Agenzia Comunale in house per il risanamento e la riqualificazione della città di Messina per gli studi ambientali ed immobiliari propedeutici all'ultima fase del risanamento urbano.
VII	<u>7.1</u> – Azioni di mainstreaming orizzontale e verticale.

Risulta di notevole importanza, a tal punto, esplicitare la differenza sostanziale che intercorre tra Budget di Salute e Capitale di Capacitazione, distinzione che permette di comprendere appieno la natura del progetto "Capacity". Si ricordi, innanzitutto, che tale progetto, facendo particolare riferimento alla questione "abitare", che di fatto non è l'unica da esso prevista, contempla due opzioni:

- 1) L'acquisto da parte del Comune di Messina di abitazioni, successivamente assegnate secondo una graduatoria pubblica;



- 2) La concessione una tantum di una somma di denaro (sino a 80.000 euro, pari ad un massimo del 75% del prezzo lordo d'acquisto della casa stimata secondo parametri standard), il Capitale di Capacitazione (CC) appunto, direttamente ai nuclei familiari, affinché possano in autonomia acquistare un'abitazione di loro proprietà.

Come detto, il CC viene considerato come un'evoluzione del modello "PTRI con BdS". "La principale differenza tra i due strumenti consiste nel fatto che il Budget di Salute riguarda un flusso di servizi ancorati ad una progettualità individualizzata, mentre il Capitale di Capacitazione consiste in uno stock di risorse economiche destinate a costruire il patrimonio su cui fondare i percorsi personalizzati dei nuclei familiari o di singoli individui"²⁷. Si persegue, dunque, l'obiettivo, attraverso il progetto "Capacity", di favorire un superamento dell'"approccio prestazionale ai diritti" nell'intento di considerare i beneficiari di tale contributo come i "titolari di progetti individualizzati mirati alla riconquista dei diritti civili sul piano individuale e sul piano sociale e comunitario"²⁸.

²⁷ Ibidem

²⁸ Ibidem

Conclusioni

Da quanto affermato nel corso della presente trattazione è possibile dedurre quanto imponente e innovatrice sia la portata dello strumento Budget di Salute, che mira a mettere al centro la Persona con fragilità, fornendole la possibilità di seguire percorsi sociosanitari individualizzati e integrati, che ne evitano la marginalizzazione sociale e offrono gli strumenti per continuare, nonostante le difficoltà, a coltivare il proprio Progetto di Vita.

Quanto al quadro normativo, fanno ben sperare le “Linee programmatiche: Progettare il Budget di Salute con la persona - Proposta degli elementi qualificanti”, che, approvate dalla Conferenza Unificata nel luglio 2022, hanno un respiro sovraregionale e, dunque, si spera possano rappresentare una fonte d’ispirazione, di maggior impatto rispetto alle disposizioni di carattere regionale, per tutti i territori che ospitano soggetti fragili i quali hanno il diritto di ricevere un supporto che favorisca non soltanto la salute ma anche la loro piena funzionalizzazione sociale.

Per quanto svariati siano gli esempi di applicazione del BdS sul territorio italiano, permangono, tuttavia, ancora eccessive differenze nella capacità di servirsene tra i diversi territori. Sarebbe, pertanto, necessario continuare sulla scia della costruzione di un approccio più organico e omogeneo su scala nazionale, che permetta a ciascuna regione di operare seguendo linee guida, sì, definite, omogenee e condivise, ma, allo stesso tempo adattabili alle esigenze diverse che ciascuna realtà regionale presenta per via delle proprie peculiari caratteristiche. Chiaramente dovrà essere richiesta e monitorata a livello centrale un’accelerazione da parte di chi è ancora indietro nel cammino verso la piena ed efficace applicazione delle norme e degli strumenti già in



essere e che verranno. Tale implementazione passa di necessità attraverso una presa di consapevolezza dello stato dell'arte nel proprio territorio di competenza, nonché attraverso il desiderio di migliorare i servizi offerti ai cittadini con fragilità, ovvero a quella fascia debole della società che, tuttavia, come affermato nella prima parte di questo documento, ha qualcosa da offrire. E, proprio ciò che "rimane" nei più fragili, utilizzando le parole del Prof. Angelo Righetti, merita di essere valorizzato, merita di essere affrontato pur nella sua complessità. Lo "scarto della società", appellativo che con estrema violenza talvolta viene riservato a coloro che vivono ai margini, può invero costituire una grande possibilità, che consiste nell'allargare i diritti, e, in tal modo, creare ricchezza per tutti: per coloro che affrontano le suddette situazioni di difficoltà, così come per la società intera che beneficerebbe di un welfare comunitario che, nell'offrire supporto a chi vive condizioni di debolezza di qualsivoglia genere, offre a tutti occasioni di crescita. È come un riflesso che è dare e offrire all'inizio, ma che, poi, restituisce sé stesso moltiplicato e fecondo nell'ottica di una reale inclusività.

Bibliografia

- Angelo Righetti, I budget di salute e il welfare di comunità, Roma-Bari, Gius. Laterza & Figli, 2013;
- Conferenza Unificata, Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona, Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022;
- Alceste Santuari, Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fragili – Profili giuridici di uno strumento innovativo e di partenariato pubblico-privato, Milano, FrancoAngeli s.r.l., 2022;
- Progetto esecutivo – Riassegnazioni 2019 – “SOGGETTO, PERSONA, CITTADINO: promuovere il benessere e l’inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute”, Ente Attuatore: Emilia-Romagna;
- Legge regionale (Friuli Venezia Giulia) del 12 dicembre 2019, n. 22 - TESTO VIGENTE dal 19/12/2019 – “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”;
- Legge regionale (Friuli Venezia Giulia) del 14 novembre 2022, n. 16 - “Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia”;
- Legge regionale (Lazio) del 10 agosto 2016, n. 11 – “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”
- Piano Sociale Triennale Regionale “Prendersi cura, un bene comune” (2019);
- Deliberazione Capitolina n.45 del 13/03/2020 - “Approvazione delle linee guida per l’attivazione degli interventi e dei servizi a sostegno dei Progetti Personalizzati delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, in attuazione della Legge n. 112/2016”;
- Deliberazione Regionale (Lazio) n. 554, 05/08/2021 (Linee guida regionali sul Durante e Dopo di noi) - “Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale 25 luglio 2017, n. 454 «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 23/11/2016 di attuazione»”;
- Sperimentazione del modello operativo Budget di Salute nel distretto n.1 della Asl ROMA 6 - Relazione finale del febbraio 2020;
- Legge 22 giugno 2016, n. 112 - “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”.



- Legge regionale (Campania) del 27 gennaio 2012, n.1 - “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012-2014 della regione Campania (legge finanziaria regionale 2012)”;
- Delibera della Giunta Regionale n. 483 del 21/09/2012 - “Disciplina e definizione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali Regionali sostenuti con Budget di Salute. Adozione linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n. 1/2012”;
- Determina n. 2006 del 24/9/2002 - Regione Campania, Azienda sanitaria locale, Ambiti territoriali - Avviso pubblico: Ricerca di soggetti per la cogestione dei Budget di Cura-Progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI);
- Piano regionale sociosanitario (Sicilia, 2017) – “Il Servizio Sociosanitario Regionale: Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie”;
- Caso Studio “Rigenerazione urbana e approccio alle capacitazioni: Il caso di studio del progetto Capacity”, di Gaetano Giunta (Fondazione di Comunità di Messina) e Liliana Leone (CEVAS, Centro di Ricerca e Valutazione).
- <https://welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>
- https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/salute-mentale-migliorare-l-assistenza-delle-persone-attraverso-il-budget-di-salute-al-via-la-consultazione-pubblica-delle-linee-programmatiche-nazionali.
- https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html
- https://www.iss.it/personalizzazione-della-cura-nei-disturbi-psichiatrici-e-del-neurosviluppo/-/asset_publisher/J2nHHnXhBFzV/content/convegno-opportunit%C3%A0-e-criticit%C3%A0-del-progetto-individuale-e-del-budget-di-salute-per-la-disabilit%C3%A0-mentale-e-intellettiva
- <https://consorziosaledellaterra.it/project/borgo-sociale-roccabascera/>
- <https://consorziosaledellaterra.it/project/orto-di-casa-betania/>
- <https://consorziosaledellaterra.it/project/albergo-diffuso-campolattaro/>
- <https://consorziosaledellaterra.it/project/fattoria-sociale-villa-mancini/>