

AGRICOLTURA SOCIALE E BUDGET DI SALUTE: STRATEGIE DI INTERVENTO DEI SERVIZI SOCIOSANITARI PER UNA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

Maria Causarano (a), Aldina Venerosi (b)

a) *Hnutí Brontosaurus International, Brno, Czech Republic*

b) *Centro di riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Ruolo dell'agricoltura sociale nei modelli di *welfare*

L'agricoltura sociale è un settore dell'economia sociale che può fare da anello di congiunzione tra attività finalizzate al reddito, o alla sostenibilità economica, e la richiesta di una prestazione sociosanitaria. Questo tipo di applicazione si è espressa come vedremo più avanti in modalità diverse nei diversi Paesi europei. È importante evidenziare che le attività offerte dall'agricoltura che sposa una funzione sociale sono molteplici, dall'ambito dell'educazione, alla formazione e all'inserimento lavorativo, alla riabilitazione e cura, così come ai servizi di vita quotidiana (Tabella 1).

Tabella 1. Aree e beneficiari delle attività di agricoltura sociale (modificata da Di Iacovo et al., 2013)

Tipologia di funzione	Beneficiari
Riabilitazione/cura	Persone con basso potere contrattuale e/o con lievi/gravi disabilità
Educazione	Minori, <i>burnout syndrome</i> , malati terminali o soggetti che traggono utilità dell'apprendere il funzionamento della natura (fattoria didattica)
Attività ricreative e qualità di vita	Persone con bisogni speciali, malati terminali (con finalità socio-ricreative: agriturismo "sociale", fattoria didattica)

Il concetto di unire l'agricoltura ai servizi per la salute mentale è ben trattato da Hassink (2) e Dessein (3). In questi lavori si combinano elementi dell'agricoltura e del settore relativo alla cura e all'assistenza, e il focus è sul sistema organizzativo. Quest'ultimo vede inclusi gli enti promotori dell'attività agricola e il settore sanitario.

Secondo il parere del 2013 del Comitato economico e sociale europeo (sul tema Agricoltura sociale: terapie verdi e politiche sociali e sanitarie),

“scopo dell'agricoltura sociale è, tra l'altro, creare le condizioni, all'interno di un'azienda agricola, che consentano a persone con esigenze specifiche di prendere parte alle attività quotidiane di una fattoria, al fine di assicurarne lo sviluppo e la realizzazione individuale e di migliorare il loro benessere”.

Vi è un diffuso consenso sul fatto che l'agricoltura abbia da sempre svolto un ruolo sociale, nel passato forse come unico *welfare*, in quanto spesso principale settore di occupazione e produzione. Molti studiosi sono infatti concordi nel ritenere che la realizzazione individuale

contribuisca sia a migliorare il legame con il territorio che al benessere comune, riscoprendo i valori del mutuo aiuto, della reciprocità e del dono che da sempre fanno parte del suo codice genetico (5).

L'Europa ha risposto con crescente interesse all'idea che i servizi sociali in aree rurali possano giocare un ruolo attivo nel processo di sviluppo, migliorando i mezzi di sussistenza locali e supportando la crescita economica. Sotto tale aspetto, è stato osservato come vi siano diversi casi in Europa che ci mostrano come le aziende agricole sociali possano contribuire attivamente a migliorare i servizi sociosanitari e sostenere la quotidianità delle attività agricole rurali. Le pratiche dell'agricoltura sociale in Europa hanno tratti in comune, quali la caratteristica di essere legate a numerose attività tradizionali dell'economia rurale e di svolgersi nelle aziende agricole e in particolare nelle aziende agricole biologiche, con una forte intensità di manodopera, un grado elevato di multifunzionalità, un'apertura nei confronti del territorio, una grande diversificazione e un'alta flessibilità. Nonostante questi tratti comuni, esse presentano diverse caratteristiche a seconda degli orientamenti adottati dai diversi Paesi. A testimonianza di ciò, citando il parere della Commissione Europea, emergono tre principali approcci:

- approccio istituzionale, il quale comprende prevalentemente le istituzioni pubbliche/sanitarie (in Paesi come Germania, Francia, Irlanda, Slovenia);
- approccio privato, fondato su fattorie terapeutiche (modalità utilizzata prevalentemente nei Paesi Bassi e nella Regione fiamminga del Belgio);
- approccio misto, il quale è fondato su cooperative sociali e aziende agricole private (prevalentemente in Italia).

L'agricoltura sociale come possibile elemento perno dei modelli di *welfare* emerge quando si analizza questo settore sotto la lente dei determinanti della salute. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i determinanti di salute sono raggruppati in tre macrosistemi: 1) l'ambiente sociale ed economico; 2) l'ambiente fisico in cui l'individuo vive; 3) le caratteristiche e i comportamenti individuali.* Queste tre categorie includono le economie e lo status sociale della persona, la formazione, l'ambiente di vita, la rete di supporto familiare e sociale, il sistema sanitario, tutti fattori che insieme contribuiscono a migliorare o meno lo stato di salute delle persone. Considerando infine il macrosistema delle relazioni, è evidente che esso rientra a pieni titoli tra i determinanti di salute; esso include il tipo di relazioni che si intessono nel proprio ambiente, gli amici, la famiglia, l'ambiente lavorativo, nonché i fattori legati all'accesso e all'uso dei servizi di assistenza sanitaria, anch'essi intrisi di relazioni umane. Questi fattori sono certamente sovrapponibili ai “determinanti sociali di salute” (6, 7), che prendono in considerazione le condizioni in cui le persone sono nate, cresciute, dove svolgono il proprio lavoro, il contesto nel quale vivono, e infine l'età, come cornice che dà forma alle condizioni di vita quotidiana. Prendere in considerazione questo tipo di determinanti lungo l'intera vita di un individuo può quindi contribuire a pensare e mettere in pratica azioni efficaci e attuabili per ridurre il rischio, prevenire l'insorgenza di una malattia e promuovere la salute di un'intera popolazione. Sulla base delle analisi compiute dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS (8) è stato rilevato come sia centrale per la stabilità della salute mentale agire a livello di contesto sociale, economico e fisico in cui le persone vivono. Per questo è necessaria un'azione strategica sui determinanti sociali, economici e ambientali della salute, inclusa la salute mentale.

L'agricoltura sociale può, sotto questa lente, essere l'ambiente socioeconomico in grado di agire a livello individualizzato e di comunità per la promozione della salute e in particolare per rispondere ai bisogni delle persone con particolari vulnerabilità o svantaggi, come nel caso delle persone con disabilità mentale. L'agricoltura sociale rappresenta in questo senso uno strumento

* Si veda “Determinants of health” dell'OMS, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>; ultima consultazione 08/04/22.

operativo per la progettazione di interventi in risposta a specifici bisogni, partendo da un'analisi del contesto, individuando i bisogni, considerando le competenze progettuali da attivare, gli obiettivi generali e i beneficiari, e infine gli attori che andranno a coprogettare e cogestire tali percorsi e che nello specifico sono da ricondurre agli attori nel campo sociosanitario.

L'agricoltura sociale può in sintesi rappresentare (9):

1. un elemento di carattere strettamente terapeutico, riguardante la possibilità di sperimentare nuove forme e contesti terapeutici per pazienti con disagio psico-fisico;
2. un elemento di carattere socioeconomico e cioè la costruzione di opportunità di occupazione e reddito per un gruppo di cosiddetti soggetti deboli, includendo in questa definizione non solamente gli utenti dei servizi ma anche gli agricoltori, in quanto fascia di lavoratori a basso reddito e protezione;
3. un elemento di contesto riguardante l'ambiente fisico e, in particolare, il mantenimento della stabilità dell'ecosistema, compreso il contrasto dello spopolamento della campagna, comprendendo quindi nel concetto di ecosistema anche l'elemento umano.

Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e budget di salute come strumento metodologico dell'integrazione sociosanitaria

Normativa regionale e nazionale per l'area sociosanitaria in Italia

Per comprendere l'origine degli attuali e più avanzati modelli sociosanitari in Italia, è necessario ripercorrere le prime esperienze applicative. Le prime sperimentazioni a livello internazionale risalgono infatti agli inizi degli anni '90 del secolo scorso negli Stati Uniti con Mosley dove l'approccio era largamente diffuso e ha dato la possibilità ai soggetti con disabilità di acquisire i servizi di cui necessitano (10).

In Italia le prime riforme avvengono tra la fine degli anni '70 e gli anni 2000 con due importanti leggi, la Legge Basaglia (180/1978) e la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che prevede l'integrazione tra gli interventi sociali e quelli sanitari (328/2000). Quest'ultima, insieme ai DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), hanno delineato le basi operative per la costruzione di un sistema sociosanitario centrato sui bisogni del destinatario, che, attraverso l'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale, ha come obiettivi: il raggiungimento di un livello accettabile di funzionamento (autonomia possibile), la espressione dei propri diritti di cittadinanza (l'abitare, il lavoro, la socialità), e la partecipazione alla vita del proprio territorio. Per questo il piano di riabilitazione è pensato con un approccio partecipativo, ovvero alla sua produzione partecipano l'individuo stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Questo concetto di intervento sociosanitario ha visto la parallela affermazione dei budget individuali intesi come il finanziamento disponibile a un individuo con disabilità fisica o psichica al fine di mettere in atto il progetto individuale strutturato su specifici bisogni e flessibile dal punto di vista dei servizi e dei luoghi di fruizione ovvero non legati a un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore deciso a priori rispetto alla persona.

Storicamente il progetto individuale riabilitativo è stato sperimentato per la prima volta in Friuli, nel 1996, precisamente in seguito alla chiusura dell'ospedale psichiatrico femminile di Sottoselva, frazione del comune di Palmanova in provincia di Udine. Questa esperienza è probabilmente il primo atto di messa in opera del "Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1994-1996" del Ministero della salute, atto di implementazione della Legge Basaglia. A

Sottoselva si sperimentò un progetto pilota mirante a superare le strutture di assistenza residenziale allestite per ospitare utenti psichiatrici. Le risorse impiegate in questo tipo di assistenza pubblica, ancora incentrata sulla cura della malattia, sono dirottate nel progetto di inclusione e di reintegro sociale di persone già ospedalizzate in strutture psichiatriche. L'Agenzia per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana" pubblicò un bando di concorso o meglio una gara di appalto, in cui si superava totalmente il modello di assistenza residenziale, coinvolgendo nel progetto i "cogestori", vale a dire strutture e individui provenienti dal privato sociale disponibili a farsi carico dello sviluppo di progetti personalizzati di cura miranti al recupero di utenti psichiatrici al fine di migliorare le loro capacità di funzionamento sociale in vista di un pieno recupero dei loro diritti di cittadinanza secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affidate all'*International Classification of Functioning disability and health* (ICF). Per la prima volta in Italia un bando di gara di appalto di un servizio sanitario assume anche una valenza economico-sociale, perché nel recupero degli ex degenti psichiatrici vengono coinvolti individui provenienti dal Terzo settore, interessati alla valorizzazione e allo sviluppo economico e sociale del territorio. In seguito, sempre in Friuli Venezia Giulia, si delibera il Regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'art. 41 della Legge Regionale 31 marzo 2000, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

Anche la Campania ha avuto un ruolo cruciale nella sperimentazione dei budget di salute grazie anche allo psichiatra Angelo Righetti, basagliano fermamente convinto dell'importanza di dare centralità alla persona. Insieme a Giovanna Del Giudice e Franco Rotelli, Righetti nel 2002 diventa affidatario della gestione di una cooperativa di tipo misto sita nel capoluogo della Regione campana. Così è a partire dall'ASL di Caserta e dell'Unità Operativa per la tutela della Salute Mentale che viene introdotto per la prima volta lo strumento chiamato "Budget di cura/Budget di salute/Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato", ovvero venne sperimentato un modello basato sull'apprendimento al di fuori dalle strutture protette costruito attorno alla persona e costituito da un gruppo di convivenza. L'esperienza Friulana fu determinante in Campania per superare la logica della gara al ribasso e dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Nel modello budget di salute la finalità della gara di appalto (per i supporti al progetto terapeutico) non è più l'esternalizzazione di servizi pubblici sanitari da affidare a privati che hanno vinto una competizione al ribasso, bensì la costruzione di un ambito nuovo in cui lavorano in sinergia servizi sanitari pubblici, enti pubblici (comuni) e persone impiegate nel privato sociale. A Caserta viene inserito come terzo attore, oltre all'azienda sanitaria e al terzo settore, il Comune con le sue strutture di assistenza sociale. È da sottolineare che Caserta è terra fertile nel campo dell'agricoltura sociale e caratterizzata da una forte rete cooperativa. Questa combinazione ha dato vita a una delle prime esperienze di progettazione e budget individuale che permette alla persona di avere un servizio più attento alle caratteristiche e le risorse della persona utilizzando le risorse del territorio. Da questa esperienza in Campania il budget di salute opera da quasi vent'anni e assume la caratteristica di strumento in grado di dar vita ad un sistema di *welfare* centrato sulla persona, capace di intervenire sui diversi fattori che sono riconducibili ai determinanti della salute.

In seguito, la Regione Emilia-Romagna delibera nel 2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute" dove viene individuato il budget di salute come utile "strumento integrato sociosanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi".

Si sviluppano in parallelo e successivamente altre esperienze regionali mirate alla definizione dell'uso del budget di salute a sostegno della operatività dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI). In Tabella 2 ne viene presentata una sintesi.

Tabella 2. Discipline regionali sull'uso del budget di salute

Regione	Normativa
Friuli Venezia Giulia	Art. 41 della Legge Regionale 6/2006 istitutiva del fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto al finanziamento di prestazioni e interventi diretti al sostegno della domiciliarità ai soggetti non autosufficienti. Tale è stata seguita da diverse norme che oltre a sostenere i progetti di domiciliarità autosufficiente hanno elaborato la architettura tecnico amministrativa per lo sviluppo dei piani individuali e l'utilizzo del budget di salute come modello del loro finanziamento (DGR 671/2015 "Domiciliarità Innovativa"; DGR 2089/2017; DGR 1625/2019 "Abitare inclusivo"; DR 122/2018, DGR 1625/2019; LR 22/2019).
Campania	Art. 46 della Legge Regionale 1/2012 che disciplina e definisce i progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute (meglio precisate dalle Linee guida regionali DGRC 483 del 1° ottobre 2012), con la finalità di promuovere la centralità e la partecipazione dei cittadini, con forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrata.
Emilia-Romagna	DGR 45/2016 Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di gravi. Il budget di salute, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, è attivato per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità, interventi relativi all'abitare e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale con la finalità di contrastare e, se possibile, prevenire, la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.
Lazio	Art. 53 della Legge Regionale 11/2016 che impegna la Regione ad adottare una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute, costituito dall'insieme di risorse economiche, umane e professionali necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito.
Toscana	DGR n. 1449 del 19 dicembre 2017, in particolare l'Allegato A, che definisce un modello sperimentale regionale di presa in carico della persona con disabilità, da attuare attraverso il Progetto di vita e l'introduzione dello strumento organizzativo-gestionale denominato budget di salute (Fonte: Progetto di legge, luglio 2020).
Sicilia	Il Piano sociosanitario del 2017 prevede il budget di salute e le indicazioni per l'elaborazione e la gestione dei progetti di vita individualizzati e di vita indipendente.

Queste esperienze evidenziano alcuni fattori comuni: l'attivazione di nuove funzioni a strumento del *welfare* che siano in grado di sviluppare un progetto individuale, il suo monitoraggio e la sua sostenibilità (Unità di Valutazione Multidimensionale; Piano Terapeutico di Riabilitazione Individuale; utilizzo del budget di salute o forme assimilabili con riconversione della spesa sanitaria per le forme assistenziali residenziali).

Ad oggi le esperienze regionali hanno trovato un respiro nazionale con il progetto di legge datato luglio 2020 presentato alla Camera dei deputati dove viene data una definizione univoca

degli elementi sopracitati, incluso l'uso del budget di salute e le modalità di sua composizione. Inoltre, l'introduzione all'art. 1 del Decreto-legge numero 34/2020 (conosciuto come Decreto Rilancio) ha avviato una fase sperimentale di questo modello di *welfare* con un ruolo mandatario del Ministero della salute per il coordinamento della sperimentazione nel biennio 2020-2021, in stipula di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni di:

- Strutture di prossimità che si ispirino al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili in cui vengano coinvolte tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato locale e a enti del terzo settore non-profit.
- Progetti (che vengono proposti dalle strutture di prossimità) con modalità di intervento che riducano la logica dell'istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità, non intesa come esclusiva assistenza, che consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di continuità.

Anche in questo provvedimento (Legge del 17 luglio 2020 n. 77 di conversione del decreto Rilancio Italia) si è previsto un chiaro riferimento al *welfare* di prossimità e all'utilizzo del budget di salute. Il comma 4 bis prevede infatti

“[...] il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.”

Per questo intervento sono stanziati 25 milioni di euro con differenti autorizzazioni di spesa per il 2020 e 2021. Al termine di tale periodo le Regioni e le province autonome sono tenute a trasmettere ai Ministeri dell'economia e delle finanze una relazione che illustri le attività messe in atto e i risultati raggiunti.

La sperimentazione prevista dal decreto ha la durata di tre anni e prevede l'individuazione dell'ambito territoriale dove attivare i progetti terapeutici individualizzati, da finanziare attraverso il metodo del budget di salute, nella logica di razionalizzare le risorse sanitarie. Negli ambiti territoriali, l'azienda sanitaria locale si impegna nel riqualificare e riconvertire almeno il 10 per cento delle risorse destinate al finanziamento dei LEA sociosanitari in progetti terapeutici individualizzati, da finanziare attraverso il metodo del budget di salute. L'iter da seguire comincia nell'ufficio sociosanitario dell'ASL distrettuale, nel quale si deve costituire una unità di valutazione integrata per la presa in carico e l'effettuazione di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sociosanitari della persona affidata. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF ed è propedeutica alla progettazione del PTRI. La sua progettazione segue il criterio della centralità della persona e della coprogettazione tra il destinatario e i referenti delle agenzie sanitaria e sociale, oltre a eventuali soggetti pubblici e/o privati idonei per garantire lo svolgimento del progetto. Per quanto riguarda l'individuazione delle risorse il decreto richiama all'utilizzo di strumenti innovativi, quali ad esempio il budget di salute.

Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati

Come accennato, il PTRI è stato sperimentato la prima volta in Friuli, nel 1996 a Sottoselva. Il progetto pilota verteva sul superamento della ospedalizzazione degli utenti psichiatrici. Le risorse vennero impiegate nel progetto di inclusione e di reintegro sociale di persone già presenti in ospedali psichiatrici. I PTRI sono progetti globali, concepiti sulla persona e sviluppati sugli aspetti considerati determinanti per la salute nel suo complesso. Sono definiti già attraverso i LEA del DPCM 14 febbraio del 2001 e poi nel suo aggiornamento del 2017, dove all'art. 4 si esplicita la necessità di valutazione multidimensionale del bisogno e l'erogazione di prestazioni integrate e personalizzate con un monitoraggio periodico degli esiti. L'integrazione sociosanitaria è in ogni caso sancita dall'art. 14 della Legge 328/2000 che definisce il Progetti individuali per le persone con disabilità come strumento di *welfare* condiviso e integrato tra i destinatari, le agenzie sanitarie e sociali anche dal punto di vista delle risorse economiche, con un forte radicamento territoriale.

Il PTRI è stato utilizzato soprattutto nell'ambito della salute mentale, ma del tutto assimilabile al Progetto Individuale per le persone con disabilità previste all'art. 14 della Legge 328/2000.

I principi generali sono infatti assimilabili:

- *centralità del progetto individuale*: la progettazione non si ottiene tramite la somma di servizi da erogare già predisposti a priori, ma si sviluppa su obiettivi e risorse che devono coprire le aree di determinazione della salute, inclusa la determinante socio-economica;
- *massima partecipazione della persona con fragilità* alla stesura del proprio PTRI: transizione verso un sistema di comunità;
- *monitoraggio dell'efficacia del progetto*, in termini di miglioramento della qualità della vita della persona, che consenta, in base alle risultanze, eventuali necessari correttivi al progetto iniziale.

Nel Progetto individualizzato, le aree di valutazione del bisogno su cui tarare gli obiettivi sono riferibili alle principali aree dei determinanti di salute: Apprendimento/espressività, Casa/habitat sociale, Formazione/lavoro, Socialità/affettività (5, 10). Queste categorie aiutano a costruire il progetto intorno ai bisogni e desideri della persona stessa, con lo scopo primario delle azioni terapeutico-riabilitative di innalzare l'autonomia e il potere contrattuale del cittadino destinatario e la fruibilità dello stesso con l'obiettivo generale di raggiungere il livello di qualità di vita desiderato.

Il PTRI ha un percorso (Tabella 3) che comincia nell'ufficio sociosanitario dell'ASL distrettuale. Viene costituita una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la presa in carico e l'effettuazione di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni sociosanitari della persona affidata, come riconosciuto dalla Legge 328/2000. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta in coerenza con l'ICF, l'attuale riferimento internazionale di misura dell'handicap e della salute che si basa su indicatori positivi relativi a come le persone vivono un'esistenza produttiva anche se portatori di una malattia. Esso è stato approvato dall'Assemblea dell'OMS nel 2001 ed è oggi riconosciuto da 191 Paesi, tra cui l'Italia, dopo una sperimentazione condotta in 65 Paesi tra il 1994 e il 2001.

L'UVM è una struttura complessa attivabile sia per progetti di inserimento/dimissione in strutture residenziali sociali, sociosanitarie, sanitarie (ognuno con un suo iter) sia per situazioni multiproblematiche che richiedono di andare oltre le competenze dei servizi e di attivare risorse che non sono ordinariamente disponibili o utilizzate per quel determinato target. È composta da operatori referenti dei diversi servizi coinvolti e, all'occorrenza, da figure con specifiche responsabilità di riferimento quali Coordinatore di Polo, responsabile Area Sociale AUSL, responsabile CSM, e dai soggetti del terzo settore coinvolti o da coinvolgere nel progetto. Modalità e tempi di attivazione: per persona non seguita dai servizi si segue l'iter definito per l'attivazione alla fase 1) segnalando eventuali urgenze. Per persona già seguita è a carico degli operatori referenti.

Tabella 3. Iter di attivazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)

Fasi	Note
1 Espressione del bisogno da parte del cliente/beneficiario	Aree individuate: 1. apprendimento/espressività 2. formazione/lavoro 3. casa/habitat sociale 4. affettività/socialità
2 Attivazione dell'UVM capace di leggere e identificare i livelli di intensità del PTRI a cui corrispondono gli impegni di spesa (Bilancio di salute)	1. livello intensità alto 2. livello intensità medio 3. livello intensità basso
3 L'azienda sanitaria di riferimento (ASL) affida all'Ente del Terzo Settore (ETS) il ruolo di cogestore del progetto	Viene pubblicato un avviso pubblico per l'affidamento della cogestione del PTRI del cliente/beneficiario. Tale procedura è normata dall'art. 56 del DL.vo 117/2017 Codice del Terzo Settore, che conferma un'impostazione giuridica già presente nelle Leggi 266/1991, 328/2000 e 383/2000
4 Affidamento del <i>case manager</i>	Esperto in grado di organizzare, gestire e rendere operativo un gruppo di specialisti, operatori e responsabili settoriale del caso, attivo in specifiche aree di competenza sociale e sanitaria
5 Revisione sistematica del PTRI	L'UVM ha il ruolo di rivalutare il PTRI regolarmente su base almeno semestrale. Il PTRI dovrebbe durare 3+3 anni e eventualmente modificarlo in itinere

L'UVM è quindi costituita dai servizi pubblici sanitari e sociali con la partecipazione dello stesso destinatario/beneficiario di un PTRI e dei suoi familiari, assieme al privato sociale. È finalizzato alla definizione dei bisogni e alla coprogettazione, è il luogo della messa a punto di un progetto flessibile volto al recupero sociale dell'individuo svantaggiato, dopo l'esperienza negativa dell'ospedalizzazione e dell'esternalizzazione dei servizi. Si sottolinea che l'obiettivo di ogni PTRI qui definito ha l'obiettivo di facilitare il passaggio da un PTRI a intensità maggiore a uno di intensità minore (es. consentendo la fuoriuscita dal sistema del budget di salute e l'ingresso nel mondo lavorativo). Occorre sottolineare che i PTRI sostenuti da budget di salute hanno durata triennale non vincolante, in questo modo la persona può scegliere in qualsiasi momento di uscire dal sistema.

Nella fase di costruzione del percorso individuale, così come il monitoraggio in itinere per valutare l'efficacia, centrale è il ruolo di facilitatore, il *case manager* (responsabile del caso), che si trova a coprogettare assieme all'Ente del Terzo Settore (ETS) e l'ente pubblico, e in generale a tutti i soggetti coinvolti: servizi sanitari, servizi sociali dei Comuni, cogestori del privato sociale, familiari e destinatario del PTRI (coprogettazione). Questi soggetti pongono in essere la propria attività dopo che un altro organismo, l'UVM, ha valutato la complessità dei bisogni sanitari e sociali dell'utente con conseguente proposta all'utente del PTRI. Ricordiamo che il *case management* è una tipologia di gestione del percorso di presa in carico del paziente mutuato dalla realtà anglosassone e che si va sempre più diffondendo come modello organizzativo. Consiste nella presa in carico del paziente e nella sua supervisione continua dal momento della segnalazione a quello della conclusione del percorso assistenziale. La figura professionale di riferimento, il *case manager*, è un esperto in grado di organizzare, gestire e rendere operativo un

gruppo di specialisti, operatori e responsabili settoriale del caso, attivo in specifiche aree di competenza sociale e sanitaria (invecchiamento, malattie croniche, disagio mentale, handicap ed emarginazione). Il loro ruolo è necessario per la funzione di coordinamento degli operatori professionali che si occupano di un utente all'interno di un'equipe multiprofessionale. Tale figura professionale dovrà essere in grado di valutare i bisogni dei beneficiari, creare reti di assistenza sociale e sanitaria, svolgere funzioni di collegamento, monitoraggio, valutazione e advocacy, controllare la qualità dei servizi e degli interventi, intervenire sulle crisi, analizzare e attivare la rete, promuovere sistemi di benessere locali.

Di rilievo assume il ruolo dei cogestori del PTRI, questa componente della coprogettazione può appartenere a varie categorie associative, le imprese sociali di cui al DL.vo 155/2006, le associazioni di volontariato di cui alla Legge 266/1991, l'associazionismo locale in genere e gli enti profit. Ovviamente nel panorama italiano gli ETS rappresentano un interlocutore privilegiato, anche se nel caso della cogestione del PTRI sono chiamati alla cogestione della spesa pubblica e non alla esternalizzazione dei servizi. Preliminare all'assunzione del ruolo di cogestore è l'iscrizione a un elenco di disponibilità. La manifestazione di interesse viene espressa tramite la risposta a un avviso pubblico che può essere deliberato a vari livelli, regionale, comunale, distretto sanitario. Un esempio ben articolato di schema di avviso pubblico è presentato in (5).

Budget di salute

Il budget di salute è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (11) 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". I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati interessano infatti l'area sanitaria e sociale ma, e soprattutto, ai dettami della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità (12), ovvero i diritti di cittadinanza (apprendimento, habitat sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), dando valore alla centralità della persona e alla comunità. Poiché strutturato sui bisogni della persona, il budget di salute si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore". Le tre caratteristiche fondamentali dello strumento sono:

1. flessibilità del progetto;
2. centralità della persona e dunque personalizzazione;
3. valore della comunità.

La flessibilità è coerente con la necessità di un piano individuale centrato sulla persona, poiché i bisogni, ma anche i desideri, non sono statici nel corso della vita ed è coerente con lo strumento della coprogettazione con enti sia pubblici che privati di cui senza ormai ombra di dubbio fa parte l'agricoltura sociale.

Il budget di salute, quindi, rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie a ridare centralità alla persona e delle sue relazioni attraverso i PTRI. Si passa quindi da un modello biomedico a un modello dove le aree di intervento e quindi le risorse economiche sono riconducibili agli obiettivi individuali generali riferibili a: apprendimento/espressività, casa/habitat, formazione/lavoro, affettività/socialità).

Dal punto di vista operativo, una volta 'contrattualizzato' il PTRI con il destinatario e con i partner di cogestione (es. ETS), le risorse del budget sono trasferite o al soggetto da considerarsi cogestore, o a un conto bancario. Ricordiamo che il PTRI ha un monitoraggio con frequenza trimestrale e l'erogazione del budget è vincolata a una certificazione dello stato di corretta esecuzione e avanzamento del PTRI. Lo stato del progetto viene certificato nel breve, medio e lungo termine con un sistema di valutazione qualitativa e quantitativa. L'ASL effettua i controlli

amministrativi-contabili nonché di monitoraggio, verifica e valutazione finale. Passati i tre anni le persone in PTRI con budget di salute passano da bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale e dunque a totale carico delle ASL, a bisogni a prevalenza sociale e a rilevanza sanitaria in regime di compartecipazione (Tabella 4).

Tabella 4. Utilizzo del budget di salute nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)

PTRI	Note
Fase 2	L'ASL imputa l'importo del budget di salute (a seconda dei livelli di intensità: alto, medio, basso)
Fase 2	L'ente del Terzo settore propone il PTRI corredato da schema di sviluppo costi di cogestione
Fase 5	(in itinere) L'ASL effettua controlli di monitoraggio, nonché di verifica e valutazione finale

Come abbiamo detto, la valutazione multidimensionale del destinatario è condotta in coerenza con l'ICF che porta alla valutazione delle abilità e del funzionamento sociale e quindi alla determinazione dei bisogni e dei necessari supporti. A questo va correlato l'investimento omnicomprensivo dei budget di salute determinato dall'Unità di Valutazione Integrata distrettuale attraverso tre livelli di intensità: alta, media, bassa.

Righetti (5) definisce così questi tre livelli:

- *Alta intensità.* È prevista per persone-utenti con un indice di funzionamento sociale molto basso e misurato con la scala ICF che hanno bisogno di notevoli risorse professionali, umane ed economiche per riprendere un funzionamento sociale accettabile (processo di capacitazione). Tali persone per la complessità delle loro problematiche, la loro scarsa contrattualità e l'assenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un significativo sostegno a carattere mediativo, attivativo, sussidiario personale e sociale;
- *Media intensità.* È prevista per persone-utenti che, per lo scarso funzionamento sociale misurato con la scala ICF e l'insufficiente presenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario personale e di rete in alcune fasce orarie e/o per determinate attività e soluzioni abitative di mediazione e attivazione sociale.
- *Bassa intensità.* È prevista per persone-utenti che, per le loro condizioni di salute misurato con la scala ICF e l'insufficiente funzionamento sociale, con la presenza però di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario in alcune fasce orarie e/o per determinate attività al fine di aumentare la loro capacità di auto-determinarsi, di aumentare il potere contrattuale e l'accesso ai diritti di cittadinanza.

A questi livelli di bisogno verranno attribuiti dei costi/die che dovrebbero essere negoziati e programmati dall'ASL con il cogestore privato (ETS o altro) tenendo conto delle quote partecipative dell'area sanitaria e di quella sociale per le prestazioni sociosanitarie integrate indicate dalle norme vigenti e in particolare l'art. 3 septies del Decreto legislativo 502/1992 e suoi aggiornamenti. Nell'attuale proposta parlamentare in discussione si ipotizza che ogni ASL debba riquilibrare e riconvertire almeno il 10 per cento delle risorse previste per finanziare i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati in termini di budget di salute. Ulteriori risorse comprendono quelle provenienti dai Fondi strutturali e di investimento europeo. Ulteriori risorse

derivano da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa.

Applicazione del modello del budget di salute ai Progetti Terapeutici Riabilitativi per persone con disabilità mentale nel settore dell'agricoltura sociale

Contesto italiano dell'agricoltura sociale come opportunità terapeutica, di inclusione e di innovazione sociale

L'agricoltura sociale è un particolare ambito dell'attività agricola che offre strumenti operativi per i processi di integrazione dei servizi sociali e sanitari. Nasce dall'incontro e la cooperazione tra l'attività sociale e quella agricola affermandosi come nuovo contesto terapeutico, riabilitativo e che consente la creazione di progetti riferiti ai bisogni specifici della persona attraverso obiettivi rimodulabili. Nel nostro Paese l'agricoltura sociale oggi si basa su un sistema "misto" di integrazione pubblica e privata, nel quale convivono le due realtà: settore agricolo e terzo settore che hanno da tempo infatti iniziato a collaborare dando vita a reti di relazioni costanti nel territorio che hanno contribuito a promuovere quella agricoltura di prossimità di cui parla Senni (13).

Una serie di fattori ha contribuito alla nascita di queste esperienze (14): l'affermarsi di una coscienza relativa ai diritti di cittadinanza e sociali; una inadeguatezza di risposte da parte dello stato; una crescente domanda di servizi da parte di una società con molteplici bisogni e in trasformazione come era quella degli anni 1960-1970. In tale circostanza nacquero le prime esperienze di cooperazione sociale, organizzate da gruppi informali che concepirono e avviarono i cosiddetti "laboratori occupazionali" per persone con disabilità in diversi settori produttivi con l'obiettivo di migliorare l'assetto organizzativo e le attività. Fattore molto importante fu l'individuazione di una governance molto più democratica e con una conseguente condivisione delle scelte. In Italia e in Europa la prima cooperativa sociale è stata la Cooperativa Lavoratori Uniti, nata nell'Ospedale Psichiatrico di Trieste nel 1972, che vede promotore lo psichiatra Franco Basaglia. Quest'ultima nasce per dare luogo alla prima cooperativa di reinserimento lavorativo e allo scopo di risocializzare i pazienti e trattarli in modo più umano. Operatori sociali, medici psichiatri e pazienti si trovavano sullo stesso piano a lavorare con il duplice scopo di svolgere una funzione sociale ma anche di sviluppo imprenditoriale personale, perché i soci lavoravano come addetti alla cucina, o alla pulizia o come artigiani in laboratori dedicati e la loro serietà, quasi maniacale, portava talvolta a superare qualitativamente il lavoro delle ditte tradizionali.

La cooperazione sociale può colmare quel *gap* nell'organizzazione dell'intervento pubblico dello stato, in quanto in grado di tenere assieme livelli di occupazione e crescita con gli aspetti legati ai beni relazionali che contribuiscono allo sviluppo della persona e al mantenimento del benessere collettivo, più che con gli aspetti puramente monetari dell'impresa. Al passo delle cooperative sociali, anche se quantitativamente in misura minore, dagli anni '70 ad oggi si sono sviluppate con le stesse motivazioni alcune imprese agricole che hanno realizzato progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con fragilità, come ex-tossicodipendenti o ex-carcerati, assieme ai servizi sociosanitari locali.

Con la Legge 141/2015 viene data una definizione formale di agricoltura sociale attraverso la seguente enunciazione "attività promossa con il ruolo di facilitare l'accesso adeguato e uniforme alle prestazioni essenziali da garantire alle persone, alle famiglie e alle comunità locali in tutto il territorio nazionale e in particolare nelle zone rurali o svantaggiate, quale aspetto della

multifunzionalità delle imprese agricole finalizzato allo sviluppo di interventi e di servizi sociali, sociosanitari, educativi e di inserimento socio-lavorativo”. Inoltre, tale dispositivo illustra quali attività legate all’agricoltura sociale possono essere esercitate dagli imprenditori agricoli e dalle cooperative sociali, per realizzare: a) attività di inserimento socio-lavorativo di persone con disabilità e soggetti svantaggiati e minorenni in età lavorativa inseriti in progetti di riabilitazione e sostegno sociale; b) prestazioni e attività sociali e di servizio per le comunità locali mediante l’utilizzazione delle risorse materiali e immateriali dell’agricoltura per promuovere, accompagnare e realizzare azioni volte allo sviluppo di abilità e di capacità, di inclusione sociale e lavorativa, di ricreazione e di servizi utili per la vita quotidiana; c) prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative finalizzate a migliorare le condizioni di salute e le funzioni sociali, emotive e cognitive; d) progetti finalizzati all’educazione civica, ambientale e alimentare, alla salvaguardia della biodiversità, nonché alla conoscenza del territorio attraverso l’organizzazione di fattorie sociali e didattiche.

Alcune Regioni (Abruzzo, Basilicata, Liguria, Lombardia, Puglia, Provincia autonoma di Bolzano, Veneto) sono intervenute in materia emanando leggi ad hoc, altre (Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Umbria) hanno disciplinato l’agricoltura sociale come aspetto della multifunzionalità dell’azienda agricola e/o della diversificazione delle attività agricole, in alcuni casi citandola nel titolo della legge (Friuli Venezia Giulia, Campania, Calabria, Sardegna, Provincia Autonoma di Trento); altre ancora (Toscana, Molise) si sono limitate ad inserire specifici articoli nell’ambito di testi normativi di respiro più ampio, relativi all’agricoltura e/o allo sviluppo rurale; in un solo caso (Sicilia), nonostante il ripetuto avvio dell’iter legislativo per l’adozione di una legge specifica sul tema, l’agricoltura sociale è stata disciplinata attraverso le leggi di stabilità regionale.

Esempi di budget di salute applicati all’agricoltura sociale

Il progetto della Cooperativa ‘Al di là dei sogni’ comincia nel 2004, con l’obiettivo di accrescere il benessere psico-fisico della persona fornendo i servizi che hanno come punto di arrivo il reinserimento lavorativo, preceduto da una adeguata formazione. ‘Al di là dei sogni’ è una cooperativa sociale di tipo misto, A per i servizi sanitari e B per ciò che riguarda l’inclusione sociale e lavorativa di persone svantaggiate. Nel 2008 la Cooperativa vede la possibilità attraverso l’istituzione dei PTRI sostenuti da budget di salute in Campania, di uscire dal circuito assistenzialistico proposto dal Sistema Sanitario Nazionale. L’opportunità si rende concreta vincendo la gestione del bene confiscato “Alberto Varone”, presso Maiano di Sessa Aurunca (CE), grazie alle sue attività di agricoltura sociale. Attualmente, la cooperativa è sede del gruppo di convivenza dove vengono svolti i PTRI sostenuti da Bilancio di Salute in cogestione con la ASL di Caserta. Il numero massimo dei posti letto è di sei conviventi. In ottica di coprogettazione, la cooperativa collabora con altre realtà del terzo settore, tra cui la Cooperativa di tipo A e B Osiride, iscritta nell’albo degli enti cogestori di PTRI/budget di salute.

Il caso della Cooperativa Sociale ‘Al di là dei sogni’ è un esempio riuscito dell’utilizzo del budget di salute per la creazione dei progetti individualizzati nell’ambito dell’agricoltura sociale. Qui è stato sperimentato per circa dieci anni ed è diventata metodologia di lavoro di un modello terapeuticamente valido ed economicamente sostenibile, ottenendo dal punto di vista sociosanitario sia un miglioramento dal punto di vista della salute (riduzione dell’assunzione dei farmaci) sia dal punto di vista sociale (inclusione e risocializzazione e reinserimento nel mondo di lavoro). L’esperienza della Cooperativa permette di tracciare le fasi precedentemente definite della messa in opera del PTRI e il relativo sviluppo del budget giornaliero per attuarlo, sviluppo che passa dall’offerta di cogestione alle realtà iscritte agli albi di cogestione per il PTRI/budget di salute; offerta dove viene presentata la ‘prescrizione’ del livello assistenziale e l’area di

intervento effettuata dopo l'analisi funzionale dell'UVM, il calcolo del budget in termini finanziari e di ripartizione tra i cogestori (per ragioni di brevità non è possibile allegare l'esempio dell'avviso che è comunque disponibile presso la Cooperativa assegnataria).

La realtà della Cooperativa sociale 'Al di là dei sogni' è resa possibile da un sogno di Simmaco Perillo, assistente sociale e presidente della stessa. Diciassette ettari di terreno di un bene confiscato alla mafia diventano luogo per una nuova etica civile, una rinascita di quella economia civile e sociale che crea relazioni e produce nuovi circoli virtuosi. Dei 17 ettari, 8 sono dedicati all'agricoltura sociale in cui vengono coltivati prodotti di stagione biologici e diverse specie di ortaggi. Negli ettari dedicati poi alla 'fattoria dei sogni' è possibile visitare un orto sinergico, il frutteto, il compostaggio, l'impianto di fitodepurazione, il giardino delle piante officinali, il giardino delle farfalle, il mondo delle api. Le persone, che entrano tramite PTRI sostenuto dal bilancio di salute entrano nel vivo della cooperativa trasformando i prodotti freschi in prodotti sott'olio e conserve di qualità che infine diventano prodotto per la Nuova Cooperazione Organizzata con il progetto "facciamo il pacco alla camorra". Quest'ultima è una vera e propria proposta per creare una filiera corta e attenta ai diritti delle persone che sono dietro il prodotto, ovvero una confezione contenente i frutti di una produzione realizzata grazie al bene comune. La missione quindi è quella della riappropriazione non solo di tipo materiale o culturale ma anche di tipo semantico. Oltre ai "beni" bisogna riprendersi i termini, quelle parole che in passato non andavano pronunciate, e bisogna rimetterle nell'immaginario collettivo in termini propositivi. La cooperativa ha poi un agriturismo dove fermarsi a mangiare i cibi freschi e genuini appena raccolti. Fra i laboratori aperti ai cittadini troviamo la produzione di oggetti in vimini, la cura delle piante, pet-therapy e molto altro. Le scuole possono effettuare visite di una giornata.

I primi utenti, giunti presso la cooperativa 'Al di là dei Sogni' attraverso il sistema dei budget di salute, erano persone dimesse dai manicomi, persone anziane, cronicizzate e con abilità residue basse, cioè persone tecnicamente "non recuperabili" per come il sistema è stato concepito prima della Legge Basaglia, ma che purtroppo continua a perdurare. Essendo inizialmente un metodo sperimentale si era dato forte peso al reinserimento delle persone all'interno di una dimensione umana che si allontanava dalle logiche di ospedalizzazione, e che, sull'onda della Legge Basaglia, puntava al reinserimento del malato mentale all'interno della sua realtà territoriale. Da qui, l'enfasi posta sulla civile abitazione (gruppo di convivenza) vicina ai centri abitati in modo da reinserire le persone in una rete. L'apertura di un gruppo di convivenza in tale territorio vuol dire tornare a prendersi cura delle persone, in un luogo dove i rapporti familiari e amicali possono rimanere costanti. Ricominciare dalle relazioni, inserirsi in un settore lavorativo, agire in un normale contesto di vita. Il coinvolgimento dell'utente beneficiario ha il fine di raggiungere gli obiettivi insiti nelle finalità previste dal budget di salute, potenziamento le capacità e grazie alla contrattualità dell'individuo svantaggiato che diviene cittadino/utente. La cooperativa sociale ha dimostrato di essere andata "al di là dei sogni", perché i luoghi, un tempo vittime di sopraffazioni e di violenze sono ormai centro di attività sociali e relazioni, di una economia sociale rinata. L'alleanza con altre realtà associative e organizzative del territorio hanno permesso uno sviluppo locale nonviolento e libero. Ha saputo ricucire il tessuto sociale che una volta era terra che faceva allontanare i giovani e oggi crea inclusione e lavoro.

Per concludere, è importante ricordare che in Europa, come introdotto all'inizio, vi sono varie applicazioni e funzioni identificabili con l'investimento delle attività agricole per rispondere a esigenze di *welfare*. Un esempio che vale la pena descrivere è quello dei Paesi Bassi dove l'agricoltura sociale rappresenta un servizio sempre più in crescita caratterizzato dalla combinazione di diversi fattori: la produzione agricola e i servizi di cura e di assistenza sociale, che ben si esemplifica nella denominazione *care farming*, l'agricoltura che cura (15, 16). Nei Paesi Bassi i servizi di cura presso le aziende agricole sono tenuti soprattutto da privati, maggiormente a conduzione familiare. La produzione agricola è funzionale ai servizi di assistenza

e cura integrati. Molteplici sono i gruppi di destinatari, includendo bambini, giovani problematici, persone con malattie mentali, un passato di dipendenza, persone anziane e disoccupati a lungo termine (15).

Le prime iniziative di agricoltura assistenziale sono state avviate negli anni 1960 e 1970. Nel 1998 grazie al sostegno dei Ministeri dell'agricoltura e della salute, del benessere e dello sport, è stato istituito il Centro Nazionale di Sostegno all'Agricoltura e alla Cura. Le attività del Centro di sostegno hanno stimolato la creazione di reti tra gli agricoltori e tra e le organizzazioni di assistenza, aumentando la legittimità dell'agricoltura di cura. In combinazione con i cambiamenti nei regolamenti riguardanti il finanziamento dei servizi di assistenza, è diventato più facile per gli agricoltori di assistenza iniziare a lavorare. Dal 2003, i *care farmer* hanno beneficiato di un'ampia disponibilità di budget personali per i partecipanti (acronimo olandese: "PGB"). Questo tipo di soluzione non si differenzia molto da quella sperimentata in Italia attraverso la cooperazione sociale in agricoltura laddove si è reso disponibile lo strumento del budget di salute associato al PTRI. Vi è però una sostanziale differenza nel modo nel quale i beneficiari accedono ai piani con budget personale. Nel caso dei Paesi Bassi l'affidamento del PGB è diretto e non mediato dai servizi sociosanitari. Il PGB è infatti stato introdotto con lo scopo di diversificare l'offerta di assistenza sulla base della domanda dei beneficiari, per ridurre le liste d'attesa, e per introdurre una innovazione dei sistemi amministrativi volta ad abbattere l'eccessiva burocratizzazione (17). Con il PGB il beneficiario o i suoi rappresentanti legali possono contattare un'azienda di cura direttamente.

Attraverso la disponibilità dei PGB, le aziende sulla base del proprio spirito imprenditoriale hanno sviluppato il settore dell'agricoltura di cura differenziando l'offerta e innovando il settore sociosanitario utilizzando le opportunità fornite dai cambiamenti strutturali nel settore dell'assistenza e inquadrando l'agricoltura di cura come un'attraente alternativa orientata alla comunità, ai servizi di assistenza e una prospettiva promettente per agricoltori interessati all'agricoltura multifunzionale. Tra le motivazioni che hanno portato allo sviluppo di tale PGB vi è quello di affermare la libertà di scelta da parte del destinatario (*empowerment*) del tipo di contesto di cura e delle attività e servizi che si vogliono attribuiti (18). Parallelamente, i Paesi Bassi hanno 'liberalizzato' il settore sanitario aprendolo a nuovi fornitori di assistenza, allargando le tipologie di organizzazioni che possono ad esempio fondare fattorie di cura. Nel 2015, il finanziamento dell'assistenza sociale è stato decentralizzato con il *Social Support Act*, assicurando che venga dato il giusto supporto alle persone che vogliono vivere in maniera indipendente. Da allora, i *care farmer* e le organizzazioni regionali affrontano la sfida di dover garantire contratti con tutti i comuni in cui vivono i loro partecipanti. L'esempio dei Paesi Bassi è rilevante poiché l'evoluzione del settore delle *care farm* sembra convergere verso un *welfare* di comunità misto dove le risorse sociosanitarie vengono convogliate in investimenti, non esclusivamente di cura, che si svolgono in ambiente agricolo, e di promozione congiunta del bene individuale, collettivo e di settore. Per alcuni aspetti si avvicina al sistema delle cooperative agricole di tipo B che in Italia svolgono un ruolo molto importante per lo sviluppo dell'agricoltura sociale come modello di *welfare* in un sistema politico-organizzativo di tipo regionalizzato e distrettuale.

Anche se l'agricoltura sociale è vista come un settore di successo e innovativo, varie debolezze e sfide sono state identificate recentemente (18, 19). Le principali sfide che sono state identificate sono condivise dalle varie esperienze nazionali e riguardano: i) colmare il divario tra il settore agricolo e quello della cura ad esempio creando le competenze per gestire i rapporti con le amministrazioni e i contratti con i "fornitori" dei servizi; ii) sviluppare organizzazioni regionali professionali di agricoltori di cura e strutture di finanziamento sostenibili (19). Per quanto riguarda i vantaggi, Hassink (19) ne menziona alcuni specifici per i *care farmer*, quali ad esempio la mancanza di un obbligo di accreditamento che libera da alcuni requisiti di qualità che facilitano

lo sviluppo del settore. Inoltre, nell'ambito di questo settore si creano relazioni diverse, grazie al contatto diretto con il destinatario e la famiglia. D'altra parte, Hassink (19) sottolinea la necessità di implementare la ricerca in questo settore per una valutazione degli effetti dell'introduzione di queste novità organizzative.

In Italia, nonostante sia codificato un sistema sanitario e sociale di tipo universalistico e basato sulla capillarità dell'offerta, si sottolinea una debole capacità di innovazione che permetta nuove strategie di offerta di *welfare*. Gli esempi sopra descritti sono, come già sottolineato, ancora esperienze legate a specifici territori e amministrazioni. In questo contesto di incompleto sostegno delle istituzioni, nascono in maniera spontanea buone prassi di pratiche innovative che sono di grande ispirazione per un cambiamento di orizzonte e organizzativo del sistema sociosanitario italiano. Queste esperienze includono anche l'opportunità di avere un budget attribuito direttamente al destinatario, che lo rende capace di determinare sé stesso essendo autonomo nella scelta del progetto da proporre e seguire. La proposta diretta dell'utente costituirebbe ponti orientati a creare e mantenere quei rapporti tra sistemi di cura e di comunità e utilizzare le risorse in modo appropriato (20). Oltre alla cooperazione sociale che normalmente si accredita al sistema sanitario per potere fornire dei servizi a specifici beneficiari, si sono quindi attivate direttamente dalle famiglie di portatori di specifici bisogni esperienze di autogestione delle risorse sociosanitarie disponibili (21). Un esempio paradigmatico è quello sviluppatosi in un'area verde urbana limitrofa a un Istituto tecnico-agrario romano (22). Tale area è stata l'opportunità per un insieme di famiglie di ragazzi con autismo con alta necessità di sostegno di fondare una Cooperativa sociale agricola dove le attività di agriturismo hanno permesso di stabilire una comunità di *welfare* con la missione specifica di creare un luogo di inclusione e di autodeterminazione di ragazzi con autismo o con condizioni complesse di disabilità mentale che richiedono alti livelli di sostegno al termine del periodo di frequenza scolastica. La sostenibilità di questi percorsi individuali è basata su una opportunità amministrativa fornita specificatamente dall'amministrazione romana che prevede l'assegnazione di un assegno (assistenza indiretta) che le famiglie convertono nell'assunzione di un assistente individuale in grado di sostenere e guidare ciascun ragazzo nelle attività presenti nella Cooperativa. Le competenze che la Cooperativa ha sviluppato con il supporto di esperti universitari e del settore permettono la valutazione individuale dei livelli funzionali e delle competenze residue dei ragazzi e la conseguente stesura di piani individuali di inserimento e sostegno nelle attività presenti nella azienda agricola.

In conclusione, l'agricoltura sociale rappresenta in un'ottica *One Health*, un percorso verso un modello di società che offre un'alternativa alle produzioni intensive e alle grandi distribuzioni, riproponendo le produzioni di comunità a filiera corta, dove agricoltura e comunità possano beneficiare in termini di qualità ambientale, nutrizionale e sociale, tutti elementi paradigmatici per la promozione della salute umana. Inoltre, in questo periodo pandemico si sottolinea la funzione pubblica di spazi di rigenerazione urbana e vitalità democratica, propria di luoghi come fattorie, parchi e orti sociali per contrastare l'isolamento e l'inattività, potenziali elementi di compromissione e peggioramento della salute mentale (23).

Bibliografia

1. Di Iacovo F, Fumagalli S, Sabbadini M, Venturelli S. La coproduzione innovativa in agricoltura sociale: sentieri, organizzazione e collaborazioni nelle nuove reti locali. In: *Atti del Colloquio scientifico annuale sull'impresa social*. Torino: IrisNetwork; 2013.
2. Hassink J, Van Dijk M. *Farming for health: green-care farming across Europe and the United States of America*. Dordrecht: Springer; 2006.
3. Dessein J (Ed.) *Farming for health. Proceedings of the community of practice farming for health*. Ghent, Belgium: ILVO; 2008.

4. Dessein J, Bock BB (Ed.). *The economics of green care in agriculture*. Leicestershire: Loughborough University; 2010.
5. Righetti A. *I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche di costruzione*. Roma: Editori Laterza; 2013.
6. WHO. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832>; ultima consultazione 08/04/22.
7. World Health Organization. *Social Determinant of Health*. Geneva: WHO; 2021. (EB148.R2) Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R2-en.pdf; ultima consultazione 08/04/2022.
8. UCL Institute of Health Equity. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; World Health Organization; 2013. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf ; ultima consultazione 08/04/22.
9. Giarè F (Ed.). *Coltivare salute: agricoltura sociale e nuove ipotesi di welfare*. Roma: Istituto Nazionale Economia Agraria (INEA); 2013.
10. Starace F. *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*. Roma: Carocci Faber; 2011.
11. Italia. Disegno di Legge A. C. n. 1752 "Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati". Memoria dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (istituito con Legge n. 18 del 3 marzo 2009). *Audizione informale 31 marzo 2021. Camera dei Deputati*. Disponibile all'indirizzo: https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/005/218/Osservatorio_nazionale_sulla_condizione_delle_persone_con_disabilit%C3%A0_3_1.3.2021_.pdf; ultima consultazione 08/04/2022.
12. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>; ultima consultazione 08/04/2022.
13. Senni S. Caratteristiche delle funzioni sociali dell'agricoltura. In: ALPA (Ed.). *Le nuove frontiere della multifunzionalità: l'agricoltura sociale*. Atti del convegno, Ripatransone (AP), 2006. p. 27-52
14. Di Iacovo F, O'Connor D. *Supporting policies for social farming in Europe. Progressing multifunctionality in responsive rural areas*. Firenze: Arsia; 2009.
15. Hassink J, Zwartbol C, Agricola H.J, Elings M, Thissen JT. Current status and potential of care farms in the Netherlands. *NJAS-Wageningen Journal of Life Sciences* 2007;55(1):21-36.
16. Elings M, Hassink J. Green care farms, a safe community between illness or addiction and the wider society. *Therapeutic Communities* 2008;29(3):310-22.
17. Hassink J, Grin J, Hulsink W. Multifunctional agriculture meets health care: applying the multi-level transition sciences perspective to care farming in the Netherlands. *Sociologia Ruralis* 2013;53(2):223-45.
18. Hassink J, Hulsink W, Grin J. Farming with care: the evolution of care farming in the Netherlands. *NJAS Wageningen Journal of Life Sciences* 2013;68:1-11.
19. Hassink J, Veen EJ, Pijpker R, De Bruin SR, van der Meulen HA, Plug LB. The care farming sector in The Netherlands: a reflection on its developments and promising innovations. *Sustainability* 2020;12(9):3811.

20. Cirulli F, Venerosi A. A focus on the rights to self-determination and quality of life in people with mental disabilities. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2020;56(2):133-4.
21. Ferraro M, Trimarco B, Morganti MC, Marino G, Pace P, Marino L. Life-long individual planning in children with developmental disability: the active role of parents in the Italian experience. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2020;56(2):171-9.
22. Borgi M, Cirulli F, Ferraro M, Laghi F, Venerosi A (Ed.). *Modelli innovativi di welfare: il progetto individuale come strumento di inclusione sociale e lavorativa di persone con autismo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2020. (Rapporti ISTISAN 20/17).
23. Cirulli F, Berry A, Borgi M. Agricoltura sociale come approccio innovativo nel campo della salute mentale. In: Cirulli F, Berry A, Borgi M, Francia N, Alleva E (Ed.). *L'agricoltura sociale come opportunità di sviluppo rurale sostenibile: prospettive di applicazione nel campo della salute mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/29). p. 2-7.