

**Michele Mosca**

**SVILUPPO UMANO  
E BUDGET DI SALUTE**

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





Questo volume è stato cofinanziato dalla Fondazione con il Sud attraverso il progetto “La RES Rete Economia Sociale”, Bando sviluppo locale 2011, codice progetto 2010-SVI-07, rientrante nell’attività n.9 Promozione del sistema dei budget di salute, con soggetto capofila il Comitato don  
Pepe Diana

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

**Michele Mosca**

**SVILUPPO UMANO  
E BUDGET DI SALUTE**

**FrancoAngeli**

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# INDICE

<b>Presentazione</b>	pag.	11
<b>Introduzione</b>	»	13
<b>1. I network dello sviluppo umano</b> , di <i>Mauro Baldascino</i> , <i>Giuseppe Critelli e Michele Mosca</i>	»	27
1.1. Introduzione	»	27
1.1.1. Il fallimento del mercato dei beni comuni	»	27
1.1.2. I modelli del Partenariato-Pubblico-Privato	»	28
1.1.3. Le interazioni pubblico privato nel welfare italiano	»	30
1.1.4. Il modello del mercato sociale	»	31
1.1.5. Limiti del mercato dei servizi alla persona	»	32
1.2. I network dello sviluppo della persona umana	»	34
1.2.1. La teoria generale delle <i>capabilities</i>	»	35
1.2.2. Capacitazione e funzionamenti	»	36
1.2.3. I blocchi concettuali dell'approccio delle <i>capabilities</i>	»	37
1.2.3.1. Commodities, funzionamenti, <i>set capabilities</i> , fattori di conversione, <i>agency</i> /scelta	»	38
1.2.4. Gli aspetti applicativi dell'approccio	»	40
1.2.4.1. Il ruolo attivo delle persone	»	40
1.2.4.2. I metodi di misurazione	»	41
1.2.5. Un nuovo paradigma relazionale: modello paritario pluralista	»	42
1.2.6. Un nuovo contesto tecnico	»	47
1.2.7. Un possibile strumento di lavoro: l'ICF	»	49
1.2.8. Una contabilità dei progetti personalizzati	»	51

1.3. Conclusioni	pag.	52
Bibliografia	»	53
<b>2. Politica e innovazione sociale attraverso il welfare di comunità</b> , di <i>Alfredo Natale</i>	»	56
2.1. Introduzione	»	56
2.2. Cornice teorica e quadro metodologico	»	57
2.2.1. Salute psico-sociale, benessere individuale e collettivo	»	57
2.2.2. Psicologia critica e Psicologia della liberazione	»	57
2.3. Contesto psico-sociale e culturale di riferimento	»	59
2.4. BdS come strumento di intervento e di trasformazione sociale	»	60
2.5. Limiti e criticità del modello di intervento. Tra opportunità e rischi	»	60
2.6. Relazioni e sistema economico cooperativo	»	62
2.7. Conclusioni e prospettive future	»	64
Bibliografia	»	65
<b>3. Progetto terapeutico riabilitativo individuale: punti di forza e di debolezza</b> , di <i>Massimo Ferrillo</i>	»	67
3.1. Introduzione	»	67
3.2. PTRI: I processi maturi vanno colti	»	68
3.3. Gestire e cogestire	»	74
3.4. Storie di vita: “tutto sommato, sto bene!”	»	79
3.5. Conclusioni	»	80
Bibliografia	»	81
<b>4. Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato/Budget di salute, vantaggi e limiti di un metodo a partire da un’esperienza di cogestione</b> , di <i>Lorenzo Scalchi</i>	»	82
4.1. Introduzione	»	82
4.2. Il problema	»	83
4.3. La trasformazione imprenditoriale della cooperativa	»	85
4.4. I problemi dei beneficiari dei BdS	»	87
4.5. I problemi del lavoro nella cooperativa	»	90
4.6. Adattamento, riflessività, scelta dei fini e inclusione sociale	»	93
4.7. Conclusioni	»	96
Bibliografia	»	96



<b>5. Integrazione socio-sanitaria, salute mentale e Budget di salute: l'integrazione degli ex OPG</b> , di <i>Giuseppe Nese</i>	pag. 98
5.1. Introduzione	» 98
5.2. Promozione della salute, investimento e personalizzazione degli interventi	» 101
5.2.1. La salute: prerequisiti e contesti di promozione	» 101
5.3. La metodologia dei Progetti terapeutico Riabilitativi sostenuti da Budget di salute (PTRI-BDS)	» 107
5.4. La definitiva chiusura e il superamento degli OPG: salute mentale, integrazione sociosanitaria e PTRI/BDS in Campania	» 116
Bibliografia	» 123
<b>6. Il Budget di salute e il reinserimento sociale delle persone con disabilità: il ruolo del turismo accessibile</b> , di <i>Massimiliano Agovino, Antonio Garofalo e Katia Marchesano</i>	» 125
6.1. Introduzione	» 125
6.2. Turismo e disabilità: <i>background</i> della letteratura	» 127
6.3. La domanda potenziale del turista con disabilità in Italia	» 130
6.4. L'offerta del turismo accessibile in Italia: punti di forza e di debolezza	» 131
6.4.1. I Punti di forza dell'offerta di turismo accessibile	» 131
6.4.2. I Punti di debolezza dell'offerta di turismo accessibile	» 132
6.5. Benefici del turismo accessibile	» 134
6.6. Conclusioni	» 136
Bibliografia	» 137
<b>7. Il ruolo dei servizi sociali territoriali nell'implementazione dei PTRI finanziati da BdS</b> , di <i>Alessandro Colletti</i>	» 141
7.1. Introduzione	» 141
7.2. Il Budget di Salute e l'integrazione tra sociale e sanitario	» 142
7.3. Il ruolo problematico degli Ambiti Sociali nell'integrazione sociosanitaria	» 144
7.4. Gli ostacoli all'integrazione sociosanitaria nei PTRI/BdS	» 144
7.5. Il ruolo del terzo settore nei Budget di Salute: alcune valutazioni etnografiche	» 150
7.6. Il racconto di Alessandra	» 154
7.7. Conclusioni	» 157
Bibliografia	» 158

<b>8. Il Budget di salute come strumento di sussidiarietà orizzontale</b> , di <i>Maria Santoro</i>	pag.	160
8.1. Introduzione	»	160
8.2. Il principio di sussidiarietà: un inquadramento generale	»	161
8.3. Il principio di sussidiarietà secondo un'interpretazione giuridica	»	163
8.4. Il principio di sussidiarietà secondo un'interpretazione economica	»	167
8.5. Il budget di salute: Implicazioni giuridiche ed economiche	»	172
8.6. Conclusioni	»	177
Bibliografia	»	178
<b>9. Il Budget di salute e l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Efficacia della legge n. 68/1999</b> , di <i>Massimiliano Agovino, Antonio Garofalo e Katia Marchesano</i>	»	181
9.1. Introduzione	»	181
9.2. La politica per l'occupazione delle persone con disabilità	»	182
9.3. I soggetti beneficiari e l'offerta di lavoro	»	184
9.4. La domanda di lavoro effettiva e potenziale	»	185
9.5. I limiti all'efficace funzionamento della legge n. 68/1999	»	188
9.5.1. L'istituto dell'esonero parziale e i costi di adeguamento del posto di lavoro	»	188
9.5.2. Le politiche attive per il lavoro: il ruolo degli incentivi economici	»	190
9.6. Conclusioni	»	194
Bibliografia	»	195
<b>10. Progetto Terapeutico riabilitativo individuale, Budget di Salute e Fondazione della Salute</b> , di <i>Mauro Baldascino</i>	»	198
10.1. Introduzione	»	198
10.2. Cronicità ed esclusione sociale	»	199
10.3. Gli interventi socio-sanitari	»	201
10.4. Quale sistema di protezione sociale?	»	201
10.5. Il welfare comunitario	»	203
10.6. Presa in carico della persona e modelli di partnership pubblico-privato	»	204
10.7. Il welfare comunitario e il budget di salute	»	206

10.8. Dall'esternalizzazione alla cogestione: il ruolo del settore pubblico e del settore privato	pag.	207
10.9. Il contesto tecnico-organizzativo	»	209
10.10. Ufficio socio-sanitario e Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.)	»	210
10.11. Dalla contabilità per prestazioni alla contabilità per persona	»	211
10.12. La Fondazione della Salute	»	211
Bibliografia	»	212
<b>11. Il Budget di salute come strumento di lotta all'esclusione sociale</b> , di <i>Massimiliano Agovino e Antonio Garofalo</i>	»	214
11.1. Introduzione	»	214
11.2. Il concetto di capitale sociale	»	217
11.2.1. Il capitale sociale nella sua accezione generale	»	217
11.2.2. Il capitale sociale nel caso dei disabili	»	218
11.3. Costruzione degli indicatori di capitale sociale: Metodologia e scelta delle variabili	»	219
11.4. L'impatto del capitale sociale sull'esclusione sociale	»	221
11.5. Conclusioni	»	226
Bibliografia	»	227
<b>12. Il Budget di salute nell'esperienza dell'ASL di Caserta</b> , di <i>Rossella Montesano</i>	»	229
12.1. Introduzione	»	229
12.2. Il "Sistema" dei PTRI/BdS	»	230
12.3. Le attività e gli impegni dell'ASL di Caserta	»	230
12.4. I percorsi dell'ASL di Caserta	»	234
12.5. Procedura per l'attivazione dei bandi di affidamento ai cogestori di PTRI/BdS	»	236
Bibliografia	»	240
<b>13. I Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di salute: l'esperienza dell'ASL di Caserta</b> , di <i>Gaetano De Mattia, Immacolata Zarrella, Alessia Cesario e Antonella Cerbasi</i>	»	241
13.1. Introduzione	»	241
13.2. Budget di salute e autodeterminazione dei destinatari	»	242
13.3. Budget di salute e abitazione	»	242
13.4. L'esperienza dei P.T.R.I./BdS nell'ASL di Caserta	»	243
13.5. Storie di vita #1	»	246

13.6. Discussione	pag.	247
13.7. Storie di vita #2	»	247
Bibliografia	»	249
<b>14. Il Budget della Salute per persone con bisogni complessi: l'esperienza dell'ASL Verbano-Cusio-Ossola, a cura di Antonio Trimarchi</b>	»	250
14.1. Introduzione	»	250
14.2. Un servizio accogliente in una comunità attiva	»	251
14.3. Il Budget di Salute quale alternativa al modello bio-medico	»	254
14.4. L'esperienza dell'ASL VCO – Regione Piemonte	»	256
14.5. Sperimentazione del Budget di Salute nel territorio del Verbano-Cusio-Ossola	»	259
14.6. Destinatari degli interventi	»	263
14.7. Il BdS	»	263
14.8. Il PSG sostenuto da BdS	»	264
14.9. L'UVMD-S	»	265
14.10. Coinvolgimento delle famiglie nell'UVMD-S	»	266
14.11. Monitoraggio del PSG sostenuto da BdS	»	267
14.12. Durata del PSG sostenuto da BdS	»	268
14.13. Conclusioni	»	269
Bibliografia	»	270

## PRESENTAZIONE

Una delle conseguenze più dure della crisi, che ha colpito nell'ultimo decennio il nostro Paese, è senza dubbio il fortissimo, e in molti casi drammatico, taglio delle spese per il welfare. La violenta riduzione dei trasferimenti agli Enti locali in materia di servizi sociali ha determinato il crollo delle prestazioni e ha interrotto l'erogazione di servizi, in molti casi, essenziali.

La "supplenza" garantita dal privato sociale, e in particolare dal volontariato, non è riuscita, ovviamente, a corrispondere ai fabbisogni e alla domanda di servizi e si è manifestata, con grande evidenza, una strutturale crisi del welfare. Il giudizio su tale crisi, sulla sua portata epocale, sulla necessità di ripensare la struttura stessa del welfare, così come si è sviluppato e consolidato nel secolo scorso in tutta Europa, è unanime. Ma nei comportamenti pratici dei soggetti in gioco, a partire dalla Pubblica amministrazione, sembra prevalere un atteggiamento di "attesa". In uno schema esclusivamente quantitativo, ci si comporta come se, superata la crisi, si potesse tornare ai vecchi, tradizionali, consolidati meccanismi. Una sorta di nostalgia accompagnata, al massimo, da un'attività di denuncia e di rivendicazione: attività certamente legittima, se si guarda all'acutezza della crisi e a tanti, troppi, diritti negati; ma anche debole, in mancanza di una forte, incisiva, strategia di cambiamento.

In sostanza a me pare che non si riesca a superare il vecchio paradigma: il welfare viene "dopo" la crescita e, quindi, si possono destinare risorse al "sociale" solo in presenza di un accettabile quadro di crescita economica. Lo schema tradizionale, collaudato, ma ormai consunto, vede il welfare in una funzione "risarcitoria", riequilibratrice delle disuguaglianze "inevitabilmente" prodotte dallo sviluppo economico e dalle sue immutabili leggi; in mano, naturalmente, solo all'apparato della Pubblica amministrazione, centrale e periferica, con un ruolo marginale del Terzo settore.

Tutto questo è profondamente sbagliato e assolutamente non all'altezza delle dimensioni e delle caratteristiche della crisi e dell'evidente esigenza di una forte, marcata discontinuità.

La discontinuità è sostanzialmente da costruire riconoscendo un diverso ruolo ai soggetti in campo: Pubblica amministrazione, Terzo settore, beneficiari; distinguere i ruoli, ma favorendo coraggiose e innovative sperimentazioni. Non si tratta di chiudere la porta allo Stato, di abbandonare la partita o di prendere atto, in una logica ambigua di malintesa modernità, che, in mancanza di risorse pubbliche, del problema “dovrà farsi carico il mercato”, lasciando alla Pubblica amministrazione le situazioni e le patologie estreme.

Si tratta invece di confermare l'esigenza di importanti risorse pubbliche, ma in un quadro in cui le competenze dei diversi soggetti vengano ridefinite a partire dalla centralità delle organizzazioni del Terzo settore e della loro capacità di assicurare una dimensione comunitaria agli interventi e alle politiche.

Parlare oggi concretamente e seriamente di nuovo welfare significa parlare di sperimentazioni, di nuovi modelli, di nuovi meccanismi. Per questo motivo l'esperienza che viene qui esemplarmente illustrata da Michele Mosca è particolarmente importante. Il Budget di salute rappresenta una straordinaria iniziativa, in cui si colgono, in modo evidente, importanti innovazioni nel ruolo e nelle responsabilità dei diversi soggetti, a partire dalla comunità, dalle famiglie, dalle associazioni; anche la Pubblica amministrazione è coinvolta e favorisce concretamente tale sperimentazione nella logica di risparmiare risorse ed evitare sprechi.

Si concretizza qui la scelta di considerare i destinatari degli interventi persone e non numeri: le attività di assistenza e di prevenzione rappresentano dei veri e propri meccanismi di inclusione sociale.

Voglio segnalare, infine, un altro aspetto che rende emblematica questa esperienza: essa nasce e si sviluppa nel quadro di un progetto, *La RES Rete per l'economia sociale*, sostenuto dalla Fondazione Con il Sud. Il progetto, concluso a giugno 2016, ha raggiunto l'obiettivo di mettere in rete e potenziare le attività delle organizzazioni aderenti attraverso la creazione e il consolidamento di 3 filiere di economia sociale nei settori dell'agricoltura, del turismo e della comunicazione. A conferma di ciò, sono degni di nota i 56 inserimenti lavorativi di soggetti svantaggiati e la sottoscrizione di 15 nuovi accordi commerciali. Il coordinamento tra le diverse filiere è stato formalizzato attraverso lo strumento del “Contratto di Rete”, accordo che, al termine del progetto, coinvolgeva 11 soggetti, individuando nell'Associazione Libera e nel Comitato don Peppe Diana i componenti dell'organo di garanzia.

Insomma, un progetto di sviluppo vero e integrato in cui sviluppo economico, occupazione e servizi sociali non viaggiano in parallelo, ma si intrecciano scardinando i vecchi criteri, le vecchie distinzioni, le vecchie gerarchie. Quello che serve, soprattutto al Sud.

*Carlo Borgomeo*

## INTRODUZIONE

Sono trascorsi circa trent'anni dalla pubblicazione del primo Rapporto UNDP (United Nations Development Programme), che ha avuto il merito di affermare a chiare lettere che non c'è vero sviluppo se non collegato alle reali esigenze delle persone. Il Rapporto ha rappresentato una rottura della vecchia cornice scientifica e culturale, che aveva influenzato l'individuazione degli indicatori per misurare lo sviluppo, basandoli su una dimensione prettamente quantitativa. Non a caso il rapporto iniziava inquadrando l'oggetto del suo studio che «... *si occupa della gente e del modo in cui lo sviluppo ne amplia le scelte. Si occupa di questioni che vanno al di là di concetti quali crescita del PNL, reddito e ricchezza, produzione di beni e accumulazione di capitale. La facoltà di una persona di avere accesso a un reddito rappresenta una di queste possibilità di scelta, ma non la somma totale delle aspirazioni umane (Rapporto n. 1, 1990)*». Il Rapporto introduceva aspetti innovativi del concetto di sviluppo, legandolo in modo indissolubile a quello umano. Ci si rese conto che le mere grandezze quantitative per misurare lo sviluppo risultavano, in molti casi, inefficienti per la piena valutazione di un elemento, come quello del benessere delle persone, che ha una natura multidimensionale. Gli indicatori come prodotto interno lordo e ricchezza, sebbene fondamentali per misurare alcuni aspetti della vita delle persone, erano monchi di tutti quegli elementi di progresso sociale, che rappresentano la base essenziale per un reale benessere umano.

Venivano, così, poste le basi per avviare una riflessione su quanto la crescita della ricchezza di un paese e di altri importantissimi indicatori quantitativi, non poteva essere misurata da valori positivi riportati da variabili economiche come, ad esempio, reddito e ricchezza. Queste grandezze, sebbene necessarie per avviare e sostenere la crescita, non erano sufficienti a rappresentare i livelli di soddisfazione, motivazione e accesso alle opportunità delle

persone. Non erano, in altre parole, sufficienti ad esprimere ciò che la persona è, e ciò che fa. Era necessario andare oltre. Era necessario avviare la riflessione, per progettare tutte quelle politiche in grado di ampliare «le scelte delle persone. Scelte che, in teoria, possono essere infinite e cambiare in ogni momento». E il cambiamento era dettato dagli obiettivi che le politiche si prefiggono di raggiungere. Tutto ciò imponeva, perciò, una riflessione attenta sugli obiettivi fino ad allora perseguiti. Per tali ragioni, grandezze come la ricchezza, grandezza economica rilevante per la crescita dei paesi, diventa non più l'obiettivo prioritario per garantire lo sviluppo, ma una delle scelte in grado di ampliare le opportunità e le capacità delle persone. Un processo che, com'è stato più volte ribadito, si fonda su quattro pilastri specifici: **eguaglianza** (ampliamento delle opportunità a beneficio di ogni essere umano); **sostenibilità** (capacità di garantire la riproduzione del capitale fisico, umano e ambientale utilizzato); **partecipazione** (i processi economici, sociali e culturali attivati, per promuovere lo sviluppo, devono osservare la partecipazione dei beneficiari stessi); **produttività** (all'interno del processo economico di sviluppo, ognuno deve avere la possibilità di partecipare alla produzione dei redditi e di incrementare la propria produttività).

È così che si diede via ad una nuova visione di sviluppo, di sviluppo umano, intendendolo come ampliamento delle scelte delle persone, affinché esse possano scegliere che tipo di vita condurre e con quali modalità partecipare ai processi di produzione. Come ha affermato il premio Nobel per l'economia Amartya Sen, il cui contributo è stato fondamentale per l'avvio di questo nuovo percorso di riflessione su cosa sia veramente importante per il benessere delle persone, il concetto di sviluppo deve essere legato a quello di libertà e «può essere visto come un processo di espansione delle libertà reali di cui la gente può godere». Esso si caratterizza per essere un «criterio normativo di valutazione e di interpretazione della condizione umana», che consente di ampliare la categoria di indicatori macroeconomici utilizzati per la sua misurazione e, quindi, capace di cogliere aspetti che non possono essere misurati solo quantitativamente. Questo concetto è ripreso dal Rapporto in modo chiaro ed inequivocabile sottolineando che «lo sviluppo umano è un processo di ampliamento delle scelte delle persone. In teoria, queste possono essere infinite e cambiare nel tempo. Ma a tutti i livelli di sviluppo, le tre scelte essenziali per la gente sono vivere un'esistenza lunga e sana, acquisire conoscenze ed accedere alle risorse necessarie per un dignitoso tenore di vita. Se queste scelte non sono disponibili, molte altre opportunità rimangono inaccessibili» (Rapporto n. 1, 1990).

È all'interno di questa cornice teorica che si inserisce il budget di salute sperimentato dall'ex ASL CE2 in provincia di Caserta, che questo volume si



prefigge di rimettere al centro dell'attenzione, non solo agli addetti ai lavori ma a un pubblico più vasto. Esso costituisce, e i lavori che contiene lo chiariranno da prospettive di analisi diverse, l'insieme di «risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare a una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità». Si tratta di uno strumento di *policy*, costituito da risorse monetarie e non monetarie, che garantisce a un progetto riabilitativo individualizzato, quindi centrato sulla persona, la possibilità di avere quell'ampliamento delle scelte, che aumenta l'accesso alle *capabilities* secondo l'ottica seniana. Ma il budget di salute ha anche il pregio di aver imposto un nuovo modo di costruire le relazioni tra pubblico e privato in tema di politiche socio-sanitarie. Esso ha imposto argomenti come la compartecipazione, in termini di risorse monetarie e di impiego di risorse umane, da parte delle ASL, dei Comuni ma anche da parte della persona con bisogni, delle organizzazioni del Terzo settore e della comunità. L'ammontare complessivo di questo strumento innovativo, per attuare le politiche socio-sanitarie, è legato all'intensità della disabilità di cui è affetta la persona e, perciò, non predeterminato ex ante sulla base di una valutazione di soddisfacimento di un bisogno standardizzato, che segue logiche prestazionali.

Il processo di determinazione qualitativo e quantitativo di risorse e interventi, da individuare e assegnare alle persone in stato di disabilità segue un percorso di valutazione del reale stato di bisogno nel quale partecipano, attraverso un approccio multidisciplinare, i servizi pubblici, le organizzazioni private, la persona stessa e/o la famiglia. La sua modulazione, in termini di intensità e durata, consente un adattamento alle reali esigenze della persona e al conseguimento degli obiettivi prefissati.

Il budget di salute si presenta, perciò, come uno strumento dinamico, che consente di “modellare” sulla persona l'intervento terapeutico riabilitativo idoneo al recupero delle disabilità. Esso costituisce uno strumento gestionale per la realizzazione delle attività sociosanitarie, capace di promuovere ed innescare percorsi di riabilitazione delle persone, che perseguono l'obiettivo della “salute”, anziché quello della “cura”.

Il budget di salute rappresenta, come si sosterrà in diversi saggi contenuti in questo volume, la dimensione delle risorse (professionali/economiche/umane, che sostiene il progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) di una persona affetta da disabilità. Esso è parte di un approccio integrato di interventi ed azioni volto al miglioramento della qualità della vita della

persona definita in base alle capacità, che possono essere garantite dalla persona stessa, dalla famiglia e dalla comunità, attraverso i determinanti della salute.

Il budget di salute agisce, integrandole, sulle capacità delle persone affinché esse diventino “agenti” del proprio e dell’altrui benessere. Ispirandosi agli insegnamenti dell’approccio delle *capabilities* di Sen-Nussbaum, esso rende concreta la costruzione di quelle “opportunità” per le persone, così da orientare le azioni delle Istituzioni e della comunità possa condurre una vita definibile dignitosa.

I saggi contenuti in questo volume provano a descrivere dal punto di vista teorico e pratico lo strumento del budget di salute, evidenziandone i vantaggi e i limiti. Mauro Baldascino, Giuseppe Critelli e Michele Mosca nel capitolo *I network dello sviluppo umano. I modelli relazionali tra Pubblico e privato*, forniscono un inquadramento generale delle caratteristiche che un moderno welfare centrato sulla persona dovrebbe avere, preparando così il lettore ai temi che verranno approfonditi nel resto del volume. Vengono ripresentate le teorie economiche del *market failures* e quella dei *public goods*, mettendo in evidenza che, quando alcuni beni e/o servizi possiedono particolari caratteristiche, le istituzioni tradizionali – Stato e mercato – possono o generare una loro sottoproduzione o addirittura non produrli, provocando di fatto “*un fallimento*”. Il saggio evidenzia che, a causa delle caratteristiche di tali beni, si può generare o una sottoproduzione o una sovrapproduzione, con conseguente effetto sul prezzo che le persone pagano. Sono questi i casi in cui il mercato competitivo smette di svolgere in modo ottimale la funzione di allocazione e non è in grado di fornire beni (quasi) pubblici senza un intervento dello Stato. Tuttavia, la funzione complementare nella produzione di questi beni, da parte dello Stato, è compromessa dai continui tagli di risorse imposti dal rispetto di vincoli di budget che ne riducono sempre di più gli spazi di intervento.

Il saggio prova ad illustrare che in tali situazioni è necessario avviare una nuova modalità di relazioni tra le istituzioni pubbliche e private adottando le forme di co-progettazione e co-produzione che possono condurre a un superamento del fallimento che si registra nel campo della produzione di welfare. Per tali motivi, gli autori analizzano i principali modelli con i quali soggetti pubblici e privati si rapportano nella produzione di interventi e servizi per la persona e concentrano l’attenzione su quelli maggiormente utilizzati nei sistemi di welfare italiani. Il saggio, infine, prova anche a rappresentarne i principali limiti rispetto a un approccio ritenuto funzionale alla promozione della solidarietà sociale e alla trasformazione dei costi delle cure e dell’assistenza, in investimenti produttivi di salute.

Nel saggio di Alfredo Natale, *Politica e innovazione sociale attraverso il welfare di comunità*, il sistema dei Progetti terapeutico-riabilitativi individuali sostenuti dai budget di salute viene inteso come un dispositivo di ingegneria sociale funzionale alla ridefinizione dei rapporti di potere tra persone, gruppi e comunità. L'autore mostra come la rimodulazione delle relazioni e delle forme di collaborazione tra soggetti diversi sia finalizzata alla promozione del benessere psico-fisico e sociale delle persone e la sua azione va legata alla trasformazione complessiva dei sistemi di vita dell'uomo.

L'azione dei budget di salute impone un diverso rapporto tra sfera pubblica e privata, che richiede un riequilibrio delle responsabilità e interessi all'interno della comunità in cui si opera. L'autore sottolinea, inoltre, quanto l'innovazione generata dal budget di salute in ambito gestionale rappresenti anche una forma ibrida di relazione istituzionale, che impone una focalizzazione diversa delle finalità, oggetti e interessi dell'intervento socio-sanitario rivolto alla persona. Attraverso questo innovativo dispositivo di costruzione di politiche socio-sanitarie si può garantire una maggiore sostenibilità e inclusività degli ambienti di vita, con una efficiente organizzazione e valorizzazione delle risorse umane e relazionali e un maggiore protagonismo della comunità.

L'autore, infine, richiama una attenta e necessaria riflessione sui modelli di sviluppo delle relazioni che caratterizzano la vita delle persone e prova a evidenziare i rischi conseguenti alla possibilità di avviare fenomeni di esclusione ed emarginazione di persone e gruppi sociali, che possono compromettere e rendere inefficaci anche i processi di innovazione e di trasformazione delle relazioni tra pubblico e privato innescati dal budget di salute.

Nel saggio di Massimo Ferrillo, *Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale: punti di forza e di debolezza*, si propongono considerazioni e temi legati al budget di salute, che contribuiscono alla riflessione volta a innescare un dibattito che per l'autore è ancora troppo timido, sulle criticità che esso ha riscontrato e che possono essere superate grazie al ruolo dei diversi soggetti, pubblici e privati interessati da tale metodologia. Per l'autore nell'ultimo ventennio la diversificazione dei trattamenti riabilitativi ha rappresentato un percorso volto al riconoscimento dell'individualità di ogni singola persona, in area sanitaria riscuotendo una larga condivisione a volte, solo concettuale. Il saggio sottolinea che la sigla *PTRI, Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale*, è comparsa in molte norme regionali e circolari ministeriali come ad esempio nel D.P.C.M. del 1 aprile 2008 che lo indica quale strumento e/o modalità di *superamento* degli (O.P.G. (Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani. Tuttavia, nonostante la diffusione di concetti come inclusione sociale, funzionamento sociale, cogestione, deistituzionalizzazione, territorialità o sigle come U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata

oppure, U.V.I.D. (Unità di Valutazione Integrata Distrettuale e altre, esso presenta ancora una confusione rispetto ai ruoli e alle responsabilità degli attori coinvolti. L'autore, attraverso la presentazione di 'storie di vita', che considera fonti inesauribili di informazioni, evidenzia come la pratica di costruzione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati può rappresentare l'occasione e il tentativo di rispondere a quesiti fondamentali rispetto alla presa in carico e alla cura di persone affette da problematiche riconducibili non solo all'area della salute mentale.

Lorenzo Scalchi in *Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato/budget di salute, vantaggi e limiti di un metodo a partire da un'esperienza di cogestione*, propone un'analisi del progetto riabilitativo individualizzato attraverso un'indagine etnografica condotta in prima persona presso un ente cogestore – una cooperativa sociale operante nel settore della salute mentale in provincia di Caserta. L'esperienza è condotta dall'autore presso un gruppo di convivenza per persone con disabilità psichica in regime di budget di salute cogestiti da una cooperativa sociale. I dati e le informazioni di natura qualitativa raccolti consentono di approfondire alcune problematiche legate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali, permettendo, attraverso alcune testimonianze, di comprenderne i vantaggi e svantaggi della cogestione, in un contesto territoriale complesso dove opera la cooperativa sociale ospitante.

Il saggio di Giuseppe Nese, *Integrazione socio-sanitaria, salute mentale e budget di salute: l'integrazione degli ex OPG nel sistema sanitario*, ricolloca al centro dell'attenzione la novità introdotta dal budget di salute, in termini di ampliamento delle capacità delle persone e pone enfasi sull'approccio multidimensionale, multi-disciplinare e sull'attivazione di progetti individualizzati integrati, per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie applicata nell'ambito dell'integrazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). L'autore sottolinea che, tra gli obiettivi perseguiti dal budget di salute, particolarmente rilevante è quello che consente l'innalzamento del potere contrattuale del cittadino/paziente e la fruibilità per lo stesso delle aree/diritti casa-habitat, formazione-lavoro e socialità-affettività. Tale metodologia, partendo dall'approccio unitario alla persona, attraverso la presa in carico globale dell'individuo e del suo contesto, ha orientato gli operatori pubblici, privati, i pazienti stessi e i loro contesti, verso il recupero, la valorizzazione e il sostegno di sistemi di benessere comunitario e familiare.

L'autore evidenzia che, sebbene tutte le aree di integrazione socio-sanitaria siano state interessate da questa metodologia, tuttavia, la salute mentale ha costituito fin dall'inizio l'ambito prevalente di applicazione. Nel saggio si rimarca il ruolo di tale strumento, attraverso la presentazione dell'espe-

rienza di presa in carico di persone internate nell'ex ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa, in provincia di Caserta. Questa sperimentazione, secondo l'autore, ha sicuramente influenzato le successive modifiche legislative, come la Legge n. 81/2014, che hanno consentito il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari grazie all'applicazione della metodologia dei budget di salute.

Nel saggio di Massimiliano Agovino, Antonio Garofano e Katia Marchesano, *Il Budget di salute e il reinserimento sociale delle persone con disabilità: il ruolo del turismo accessibile*, viene posta in risalto l'importanza del reinserimento sociale e lavorativo delle persone con disabilità, povere o soggette a ogni forma di esclusione, che il budget di salute può consentire di avviare e sostenere. Gli autori affermano che, nonostante il reinserimento lavorativo sia garantito dalla Legge n. 68/1999, tuttavia il reinserimento sociale è più difficile da realizzarsi concretamente. Le cause che contribuiscono ad ostacolare tale azione sono molteplici, a detta degli autori, che però evidenziano anche il ruolo positivo che il turismo sociale può avere.

Il saggio riporta i risultati di studi empirici, che mostrano che le persone disabili hanno una bassa probabilità di partecipare ad attività turistiche rispetto ai non disabili e che tale probabilità si riduce al crescere del grado di disabilità. Esso, inoltre, prova ad analizzare lo stato di attuazione del turismo accessibile in Italia, individuando i limiti e le opportunità connessi alla domanda potenziale delle persone disabili, all'offerta del turismo accessibile in Italia e al ruolo che il budget di salute può svolgere.

Il saggio, *Il ruolo dei servizi sociali territoriali nell'implementazione dei PTRI finanziati da BdS*, di Alessandro Colletti, presenta i risultati di una ricerca condotta all'interno delle cooperative sociali impegnate nella cogestione dei servizi sociosanitari operanti nell'area di azione dell'ex ASL CE/2. Esso rimarca i punti di forza e di debolezza di questa sperimentazione condotta nel territorio di competenza dell'ex ASL. L'autore conduce uno studio di campo all'interno di alcune cooperative sociali impegnate nell'implementazione di questa metodologia di presa in carico totale della persona, osservando, in modo particolare, le forme concrete di integrazione tra intervento sociale e sanitario e il ruolo degli attori del terzo settore. Attraverso il contatto diretto con un gruppo appartamento, abitato da persone affette da patologie psichiatriche, e l'analisi di dati raccolti nei contesti istituzionali (ASL e comuni), del terzo settore (cooperative sociali) e dei beneficiari, Colletti illustra i vantaggi e alcuni limiti che la sperimentazione ha registrato in provincia di Caserta, analizzando i nodi problematici nei rapporti tra attori istituzionali del comparto sociale e di quello sanitario emersi nel caso di studio. L'autore presenta, anche, il punto di vista dei protagonisti del terzo settore e