

RICONVERSIONE DELLA RESIDENZIALITÀ IN PROGETTI PERSONALIZZATI PER LA DOMICILIARITÀ DEGLI INTERVENTI E LA COSTRUZIONE DI UN WELFARE DI INCLUSIONE

La metà dei decessi per COVID-19 in Europa sono avvenuti nelle residenze. Il tema ha drammaticamente colpito l'Europa e l'Italia. Si è scoperto che invece di proteggere persone anziane e con disabilità fisica e psichica, queste residenze erano luoghi separati dalla società ed invisibili anche ai sistemi di protezione dalle pandemie.

La **soluzione**, come è avvenuto per la chiusura dei manicomii, luoghi di segregazione e non di cura, è costruire un nuovo **welfare di inclusione** dove il ricorso ai presidi residenziali costituisca un'opzione da adottare in casi estremi ed eccezionali. L'obiettivo è di garantire l'applicazione della **Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite (CRPD)**, ratificata dal Parlamento italiano il 24 febbraio 2009¹.

In Italia sono oltre 400.000 le persone anziane, minori, disabili, con problemi di salute mentale o dipendenze ospitate in Residenze.

Il costo medio giornaliero delle rette delle residenze per persone con disabilità fisica e psichica varia da 120 a 170€ / giorno. Il numero di posti letto è variabile, da poche persone per alcune residenze sociali a molte centinaia (la media di assistiti per struttura nella ricerca dell'ISS sulle RSA era di 74 utenti).

Dare risposta ai bisogni di cura ed emancipazione delle persone anziane, minori, disabili, con problemi di salute mentale o dipendenze, garantendo i diritti sanciti dalla CRPD è possibile: lo dimostrano numerose esperienze condotte in modo diffuso sul territorio nazionale attraverso gli strumenti della progettazione sociosanitaria integrata. Tra questi, l'applicazione del Budget di Salute nelle Regioni FVG, Campania, Emilia-Romagna; i Progetti di vita indipendente, i Progetti per il Dopo di noi.

La proposta che si intende qui illustrare raccoglie gli **elementi comuni e qualificanti** delle esperienze citate. In particolare, essa è caratterizzata da:

- 1) **Individualizzazione** dei Progetti sociali e sanitari (vs. omologazione prestazionale)
- 2) Sostegno alla **domiciliarità** (vs dislocazione residenziale)
- 3) Orientamento al conseguimento del **massimo grado di autonomia e autodeterminazione** possibile (vs. passivizzazione)
- 4) Rapporto di **cogestione** dei progetti con il privato (vs. delega)
- 5) Assessment orientato alla **valutazione del funzionamento** e dei sostegni appropriati alla partecipazione (vs. disabilità / sintomi)
- 6) **Partecipazione** dei diretti interessati all'intero processo (vs. oggettivazione)
- 7) Promozione delle **reti naturali** e comunitarie di sostegno (vs. medicalizzazione)
- 8) Enfasi sui **determinanti sociali** di salute (vs. sintomi / menomazioni)
- 9) Promozione della partecipazione allo **sviluppo economico-sociale locale** (vs. impoverimento)

¹ Art. 19 (Vita indipendente ed inclusione nella società).

Obiettivo dei progetti individuali è la deistituzionalizzazione permanente con trasformazione dei costi sanitari, sociosanitari, sociali in investimenti produttivi di salute, sviluppo locale e intrapresa, attraverso sistemi di Welfare inclusivo Comunitario e Generativo.

Gli interventi sono specificamente diretti a persone che richiedono prestazioni sociosanitarie (LEA sociosanitari DPCM 12 gennaio 2017) ad elevata integrazione e caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alle aree: materno-infantile, anziani, condizioni di disabilità, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, patologie in fase terminale, inabilità o limitazioni funzionali.

I **progetti personalizzati**, previsti dall'art. 14 della legge 328/2000, ma poco utilizzati, comprendono quattro aree, corrispondenti ai principali determinanti di salute (formazione e lavoro; casa e habitat sociale; affettività e socialità; espressività e apprendimento) e sono finalizzati al conseguimento dell'autonomia, dell'autodeterminazione, dell'indipendenza e dell'interindipendenza.

La metodologia pone l'enfasi sulla **coprogettazione, cogestione e cofinanziamento**, nonché sulla valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra soggetti pubblici e privati: a) evitando l'instaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro; b) ponendo attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture; c) promovendo l'associazionismo e la cooperazione diffusa quale garanzia contro l'accentramento monopolistico e autoriproduttivo. La **metodologia dell'intervento** riconosce agli assistiti e ai loro familiari il diritto e la capacità di interpretare i rispettivi diritti/bisogni e di scegliere soluzioni adeguate; e consente che gli stessi, in quanto parte della comunità locale, si organizzino per rispondervi, sostenendo o integrando entrambe queste capacità laddove non sufficientemente sviluppate.

La **funzione principale dell'azione pubblica** è individuata *nell'incrementare l'autonomia, l'autodeterminazione, l'indipendenza e l'interindipendenza dei soggetti*, secondo principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà.

Centrale è il ruolo del beneficiario del progetto, che da oggetto di intervento deciso da altri diventa soggetto della progettazione, a cui partecipa di diritto, perché riguarda la sua vita. Come ricorda l'art. 19 della CRPD la persona deve avere **"la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non essere obbligata a vivere in una particolare sistemazione"**. Al centro del sistema vi è quindi la persona, con un nome e un volto unico e irripetibile, portatrice di esigenze e diritti, che può decidere come le altre persone della società sulla propria vita, perseguitando propri obiettivi di vita, e non una struttura e un'organizzazione (anche se non profit).

L'**innalzamento del potere contrattuale del cittadino/assistito** e la fruibilità per lo stesso delle aree/diritti formazione e lavoro, casa e habitat sociale, affettività e socialità, espressività e apprendimento ne rappresentano la parte più direttamente e rapidamente realizzabile e verificabile.

In merito alla **sostenibilità**, le esperienze realizzate hanno documentato l'efficacia della metodologia e la sua capacità, attraverso la riqualificazione delle attività, di realizzare un recupero medio del 30% delle risorse precedentemente utilizzate, che, nel caso delle prestazioni più costose (prestazioni di riabilitazione sanitaria), arriva a circa il 44%².

² Da: F. Starace. Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute, 2011, Carocci.



ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI

PER LA LIBERTÀ DI RICERCA SCIENTIFICA

Destinatari: persone che richiedono prestazioni sociosanitarie (LEA sociosanitari DPCM 12 gennaio 2017) ad elevata integrazione e sociali di Vita Indipendente.

Azioni: a) Nelle persone attualmente ospitate nelle strutture residenziali si prevede la Rivalutazione dei Progetti sociali e sanitari individualizzati, con assessment orientato alla valutazione del funzionamento e dei sostegni appropriati a favorire la partecipazione dei diretti interessati e verifica della possibilità di **ridefinizione del 50% dei progetti con Budget di Salute e per la Vita Indipendente** con sostegno intensivo alla domiciliarità (c/o abitazione propria, in cohousing, in gruppo-appartamento, condomini sociali, ecc.) orientati al conseguimento del massimo grado di autonomia e autodeterminazione possibile, da realizzare in coprogettazione, cogestione e cofinanziamento pubblico-privato (sociale e imprenditoriale).

b) Nelle persone per le quali si prevede ammissione presso strutture residenziali si richiede la **definizione prioritaria (>70%) di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati sostenuti da Budget di Salute e di Progetti Personalizzati di Vita Indipendente** con valutazione del funzionamento e dei sostegni appropriati a favorire la partecipazione dei diretti interessati, e sostegno intensivo alla domiciliarità (c/o abitazione propria, in cohousing, in gruppo-appartamento, condomini sociali, ecc.) per il conseguimento del massimo grado di autonomia e autodeterminazione possibile, da realizzare in coprogettazione, cogestione e cofinanziamento pubblico-privato (sociale e imprenditoriale).