Servizi di comunità e prossimità per il progetto di vita

Una proposta di “cassetta degli attrezzi” nell’ambito del percorso di unificazione delle Aziende Sanitarie di Parma

Pietro Pellegrini, | 26 maggio 2023

Introduzione

Rendere la casa della persona il primo luogo di cura e di vita vuol dire dare realizzazione al diritto delle persone all’autodeterminazione e alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio, come previsto dal DM 77/2022 e dal *Chronic Care Model*.

Questo obiettivo può essere raggiunto con azioni specifiche e procedure, valutative e operative, integrate come indicato dalle Linee di indirizzo sul Budget di Salute (BdS) cui si rimanda[note]“Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti”, Conferenza Unificata, 6 luglio 2022.[/note].

La partecipazione, il protagonismo, e la capacitazione della persona[note]Si rimanda alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 ratificata con la legge 18/2009 e alle Linee d’indirizzo per i progetti di vita indipendente (GU 4 febbraio 2020).[/note], considerata portatrice di bisogni e risorse nell’ambito di un programma di cura e di un progetto di vita autodeterminati all’interno di relazioni significative, implica una valutazione partecipata e multidimensionale alla quale possa seguire un insieme di azioni e di offerte che siano sostenute da specifici budget (sanitario, sociale, della persona, famiglia) integrati e dalle necessarie attività di supporto (amministrativo, legale e patrimoniale).

Le Aziende Sanitarie di Parma

Da circa 20 anni nel Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche di Parma si è sviluppato l’utilizzo del Budget di Salute per l’attuazione dei Progetti Personalizzati. Nel 2022 sono stati 180 ed hanno riguardato prevalentemente pazienti con disturbi mentali complessi e di lunga durata, ma sono stati utilizzati anche per persone all’esordio psicotico o con disturbi da uso di sostanze.

Dal 2020 è in atto un percorso di unificazione delle Aziende Ospedaliero Universitaria e Unità Sanitaria Locale di Parma che prevede una unitarietà dei percorsi dalla casa della persona sino ai livelli di più elevata specializzazione. In questo quadro, per dare attuazione al DM77 che prevede l’impegno del budget di salute per i “Progetti di Salute Complessi”, pare necessario integrare quanto previsto dalle Linee di indirizzo sul BdS con un insieme di servizi e strumenti che possano essere riferimento per le persone e le famiglie, onde sviluppare un welfare di comunità. I Progetti di Salute Complessi sono indicati, secondo la stratificazione del rischio del DM 77/2022 (pag. 19), per i livelli IV e V. In fase applicativa ciò richiede un approfondimento anche di tipo valutativo in relazione alle condizioni cliniche specifiche senza tuttavia mai dimenticare che in primo piano deve essere sempre il Progetto di vita e pertanto la personalizzazione e la capacitazione.

Servizi e strumenti per i Progetti di Vita

Per assicurare un’effettiva realizzazione dei Progetti di Vita nel contesto delle Cure Primarie e quindi delle Case della comunità, collegate alla Casa della Persona come primo luogo di cura e di vita, occorre prevedere la costituzione di un sistema di connessioni costituito da **Servizi di comunità e prossimità dotati di una “cassetta degli attrezzi” ricca e diversificata** (ad esempio le “Farmacie psicosociali”) in grado di unificare interventi erogati da enti diversi (Comune, Ausl, INPS, ecc.) mediante uno Sportello per il progetto di vita - collegato con le Centrali Operative Territoriali (COT), previste anch’esse dal PNRR - nell’ambito di un welfare di comunità “generativo”, partecipato dalle persone e dalle loro organizzazioni (associazioni, imprenditori, sindacato).

Questo nell’ambito di un approccio che intende prevenire la privatizzazione della sofferenza e dell’assistenza e ogni forma di abbandono. Al contempo il progetto mira ad evitare l’istituzionalizzazione e intende facilitare **la riconversione e**

l’evoluzione delle Residenze a Servizi di Comunità e Prossimità.

Questi dovranno essere in grado di collegare le Case della Comunità, di cui diventano parte integrante, e la Casa della persona. Servizi di comunità e prossimità vanno previsti, almeno uno in ogni distretto, e devono avere una sede individuabile (anche presso Strutture già esistenti, sanitarie o sociale) e raggiungibile da utenti e caregiver. La sede è il punto di riferimento organizzativo; deve avere personale dedicato (almeno un addetto più eventuali part-time), garantire una visione di carattere unitario pur in presenza di gestori diversi e coordinare le diverse articolazioni (portinerie, ecc.) costituenti il progetto. A sua volta, il Servizio di comunità e prossimità è in collegamento con la COT.

Tutta la progettualità è sostenuta da un **Patto di Comunità** in corso di definizione a livello del Comitato di Distretto con il supporto della Direzione delle Attività Sociali e Sanitarie.

Per quanto attiene agli strumenti, rappresentati **nella Carta dei Servizi,** si prevede:

- valutazione di bisogni e risorse della persona, della famiglia e del contesto ambientale. La persona non va considerata solo destinataria di aiuti, ma va vista a sua volta come una risorsa reale e potenziale per i propri familiari e la rete sociale di riferimento. Lo stesso vale per gli interventi, che sono al contempo spesa e investimento;
- stratificazione del rischio (ex DM 77/2022) che al livello 5 prevede il Progetto di Cura con Budget di Salute;
- definizione, condivisione e gestione dei rischi e Valutazione multidimensionale. Questa deve tenere conto di età, genere e preferenze della persona. Pur nell’ottica della massima personalizzazione, sul piano operativo è utile una distinzione e differenziazione tra i bisogni di supporto per gli anziani (non autosufficienti) e quelli dedicati ai giovani/adulti con disabilità;
- Progetto Personalizzato; il LEA prevede la “presa in carico della persona” e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI);
- interventi (cassetta degli attrezzi) coordinati dal Project/Case Manager per ciascuna persona (LEA art. 21). Esso funge da riferimento della persona e della famiglia; svolge la funzione di interlocutore istituzionale in grado di supportare il caregiver nell’organizzazione e nell’orientamento verso gli interventi più adeguati; prevede all’interno dei contratti di lavoro misure che permettano la conciliazione con il lavoro di cura (oltre ai permessi della legge 104/1992).

Da tale “modello di intervento”, derivano linee di servizio diverse riconducibili a un budget di salute.

Servizi per la Persona e i caregiver

La persona è presa in carico dai servizi sanitari e sociali della Casa della Comunità che possono prevedere, anche in forma integrata, l’attivazione di:

- Servizi di comunità e prossimità. Il servizio domiciliare[note]Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ex Dpcm 12 gennaio 2017, art. 22.[/note] prevede l’attivazione di assistenza personale domiciliare, articolata in più modalità e intensità possibili, da concordare con la persona e la famiglia per adattarle alla specifica situazione: da un lato, interventi per assicurare l’assistenza (assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia) e dall’altro per rendere, se necessario, l’alloggio sicuro e adeguato ai bisogni della persona. Questo implica la necessità di fornire supporti per reperire assistenti familiari[note]Il contributo per assistente familiare in Emilia Romagna è destinato alle persone con disabilità che ricevono l'assegno giornaliero da 10 o 15 euro; nel caso di stipula di un contratto regolare con un assistente familiare, per almeno 20 ore settimanali, possono ricevere un ulteriore contributo di 160 euro al mese.[/note] e per amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado di farlo; favorire lo sviluppo di forme di lavoro organizzate, che tutelino i diritti dei lavoratori e la loro formazione, ovvero Enti accreditati in grado di assicurare l’assistenza familiare, l’istituzione di Albi o Registri attraverso procedure di accreditamento e di selezione. Per l’adeguamento dell’alloggio vi sono competenze e norme specifiche. In questo ambito vanno previsti anche gli interventi per la telemedicina e teleassistenza.
- Erogazione di contributi economici a sostegno della famiglia e dei caregiver per la permanenza a domicilio (in Emilia Romagna sono previsti quattro livelli di contribuzione giornaliera come assegno di cura con i seguenti parametri economici: €10,33; 15,49; 23 e 45). Vanno previsti l’ascolto, il sostegno delle famiglie e degli assistenti familiari, l’attivazione di momenti informativi o di consulenza, di formazione e aggiornamento degli assistenti familiari, forme di *visiting* e *tutoring* domiciliare attraverso operatori della rete servizi.
- Possibilità di affidare a Enti del Terzo Settore (ETS) o volontari attività specifiche per la persona (spesa, socializzazione, sollievo a domicilio) ed espletamento di pratiche per utenze, affitti, piccole manutenzioni ed altro[note]Si vedano gli spazi delineati dalla Legge regionale 11 aprile 2023, n. 3 “Norme per la promozione ed il sostegno del Terzo Settore, dell'amministrazione condivisa e della cittadinanza attiva”.[/note].
- Pacchetti di servizi/prestazioni (pasti a domicilio, ricoveri di sollievo, trasporti ed accompagnamenti, farmaci).
- Attività sanitaria a domicilio con visite domiciliari sanitarie programmate (da parte del MMG, Infermiere di famiglia e comunità, ADI I, II, III livello e telemedicina, telemonitoraggio, COT 116117 per cure non urgenti, telesoccorso, sostegno dei caregiver, ambulatorio infermieristico, SAD) e progetti di ospedalizzazione a domicilio (con l’Unità Mobile

Multidimensionale) nel caso di situazioni post-acute, o come servizio di supporto e follow up, nel caso di pazienti cronici, oncologici (progetto Emocasa, cure palliative).
- Servizi sociali: Sportello per i progetti di vita (Agenzie per la vita indipendente), adattamento alloggio, servizi professionali e facilitazione delle relazioni di vicinato, sviluppo cohousing, housing first, abitare sociale.
- Supporto amministrativo e legale: raccordo con familiari, amministratori di sostegno e notai; supporto amministrativo per le attività di rendicontazione delle spese e altro.
- Gamma di interventi di assistenza tutelare per supportare la persona a domicilio affinché conservi libertà, diritto a partecipare e alla libera scelta.
- *Social prescribing* da parte di un operatore sociale della struttura sanitaria e/o dei Comuni/Ambiti territoriali (per socializzazione, attività motoria, culturale, ecc.).

Servizi comuni

- Portinerie di condominio/quartiere/paese
- Microaree[note]Si tratta di un'esperienza in atto dal 2005 a Trieste di presa in carico di prossimità dei bisogni sociosanitari relativi a microree di 2-3000 abitanti, con operatori e sedi dedicate che diventano punti di incontro, relazione e attivazione dei servizi. Cfr. Gallio G., Cogliati Dezza MG. (a cura di), *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Ed. Alphabeta Verlag, 2018.[/note]
- Recovery house, Cohousing
- Automutuoaiuto, Sostegno tra pari, progetti per il "dopo di noi" (legge 112 /2016)
- Volontariato e associazioni
- Case della Comunità, Farmacia, Servizi di Comunità e Prossimità
- Progetti culturali domiciliari e di microcomunità

Azioni di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito e abbandonato per sviluppare nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale tra persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale, specie con i giovani in condizioni svantaggiate (cohousing intergenerazionale) da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati.

***Recovery* istituzionale:**

- Trasformazione delle Residenze in alloggi. Differenziazione dell'offerta
- Residenze come sede dei Servizi di comunità e prossimità
- Azioni per la cura del welfare di comunità

Costituzione del Budget di Salute

I Servizi sopra descritti vengono ricondotti e "spesati" attraverso un Budget di salute, ripartito al 50% con risorse del SSN per il programma di cura e al 50% con risorse dell'utente e/o dei servizi sociali dei Comuni per il progetto di vita.

L'entità del Budget va definita annualmente, nell'ambito della programmazione sociosanitaria complessiva. In termini operativi, riferito al singolo intervento per i soggetti eligibili, il budget per la parte sanitaria è pari alla quota sanitaria per l'inserimento in Casa Residenza Anziani o Servizi Residenziali per la Disabilità, lo stesso per quella sociale. Può essere modulato a seconda dell'intensità di cura, nelle percentuali del 50%, 75% e 100% della spesa sanitaria.

La quota sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale viene erogata in base al programma di cura indipendentemente dalla condizione economica della persona, mentre per il 50% da risorse dell'utente (facendo confluire nel budget pensioni, benefici ex legge 104/1992, assegni di cura, ecc.) o dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti.

La valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni sanitarie, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi sociali a carico del cittadino.

Vengono previsti meccanismi incentivanti a seguito di progetti conclusi positivamente, di minor costo o in grado di creare soluzioni innovative che aumentino l'inclusione sociale, formativa, lavorativa, la partecipazione e il capitale sociale. Con diritto di subentro con un altro progetto in sostituzione (a costo invariato) o di sviluppo (con maggiore costo).

L'apporto di risorse, materiali e immateriali, va opportunamente valorizzato e la crescita del valore del welfare di comunità misurato con specifici strumenti.