



U.R.A.S.A.M. Lombardia

Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale

Corso Garibaldi, 127 – 20121 Milano

Tel.: 02-39265792 - Fax: 039-6918174 –e-mail: urasamlombardia@gmail.com

C.F. 97263540151 - V. Canzian Tel. 347 7035105 ; 0396851009

Milano, 20 luglio, 2012

DGR 3481 del 16/5/2012, Nuovo patto per il Welfare Lombardo

Il 4 giugno 2012 la Regione Lombardia ha convocato i soggetti del Terzo Settore per renderli partecipi della Comunicazione del Presidente di concerto con l'Assessore Boscagli relativamente alla DGR 3481 del 16/5/2012, avente ad oggetto: *Avvio del percorso di consultazione pubblica con i soggetti pubblici e privati profit e non profit per la condivisione e sottoscrizione di un Nuovo Patto per il Welfare Lombardo.*

E' annunciata una consultazione pubblica con tutti i soggetti del Terzo Settore da svilupparsi nei prossimi due mesi attraverso momenti d'ascolto, di discussione e approfondimento.

A fondamento della DGR 3481 si evocano i limiti di sostenibilità del sistema di protezione sociale causati dalla crisi finanziaria mondiale, dall'invecchiamento della popolazione, ma anche dai *limiti strutturali dovuti all'eccessiva centralizzazione del sistema e alla trasformazione che ne consegue dei cittadini in percettori piuttosto che in protagonisti attivi del proprio welfare.* La centralizzazione del sistema avrebbe così trasformato i cittadini in percettori passivi.

Regione Lombardia ritiene, perciò, necessario un "Nuovo Patto" del Welfare lombardo, *basato sull'integrazione delle risorse, di diversa provenienza, nuove modalità di coinvolgimento dei soggetti responsabili della programmazione e dell'erogazione di servizi, una nuova governance per rendere efficiente il sistema.*

Tale patto si articola intorno ai seguenti *principi per il welfare* : Libera scelta, Centralità della famiglia, Passaggio dall'offerta alla domanda, Fattore Famiglia Lombardo (FFL), Semplificazione, Integrazione, Sussidiarietà, Inclusione e coesione sociale.

Tento qui di articolare un contributo URASAM al dibattito più generale.

Considerazioni generali

1 – tempi e metodo

La prima osservazione riguarda i tempi eccessivamente stretti della consultazione, anche in considerazione del periodo che vede le associazioni di volontariato impegnate con i variegati adempimenti associativi annuali, un insieme d'obblighi da adempiere che mette a rischio l'esistenza stessa delle associazioni più piccole. Un tempo così contingentato rende impossibile una reale consultazione ed un approfondimento dei contenuti che, a partire dai principi, approdi a scelte condivise tra i diversi soggetti che sottoscriveranno il patto.

Com'è possibile creare un nuovo patto equo senza un'approfondita analisi dell'esistente, delle luci e criticità di questo Welfare? Di quest'analisi nella DGR 3481 non vi sono tracce e per farla insieme, come l'occasione potrebbe propiziarlo, occorrerebbe un tempo d'approfondimento, di confronto di co-costruzione. È preliminare a qualsiasi proposta di patto tra soggetti di pari responsabilità un'analisi regionale e zonale condivisa dei bisogni su cui programmare le politiche sociosanitarie, autorizzare gli eventuali accreditamenti, nonché effettuare l'analisi delle risorse umane ed economiche.

2 –Centralizzazione o mancanza di *governance*?

Una seconda considerazione va fatta sulle motivazioni addotte dal Presidente/Giunta sugli ipotizzati *limiti strutturali dovuti all'eccessiva centralizzazione del sistema e alla trasformazione ... dei cittadini in percettori piuttosto che in protagonisti attivi del proprio welfare.*

Credo, al contrario di quanto affermato, che non vi sia stato un eccesso di centralizzazione, bensì la non *governance* di una molteplicità di soggetti pubblici e privati che sono entrati nel sistema d'offerta dei servizi esterni che costituiscono il welfare in cui è ora difficile inserire elementi di cambiamento funzionali a risposte di presa in carico più appropriate, di maggiore inclusione sociale, più snelle e meno costose. Mi riferisco alla proliferazione nel campo della Salute Mentale delle Comunità e Residenzialità varie che assorbono la maggior parte delle risorse, non compensate da un'offerta di opportunità sociosanitarie nel territorio altrettanto consistente, impedendo così di realizzare quella psichiatria di Comunità che è il presupposto per una reale presa in carico che preveda per ciascuno un progetto di cura da condividere con il soggetto e la famiglia. La territorializzazione della cura deve contemplare una molteplicità di opportunità e di offerte da declinare nel progetto individuale: certamente la Comunità in determinati casi, possibilmente limitata nel tempo per impedire derive di cronicità, assistenza e visite domiciliari, la residenzialità leggera, l'inserimento lavorativo che incontri le possibilità del soggetto, la psicoterapia, il sostegno psicologico, esperienze di socializzazione, nonché sostegno alle famiglie.

Altrettanto problematico appare, sempre in campo Salute Mentale, l'attuale offerta di prestazioni, sanitarie, assistenziali, educative, ecc. che, se hanno una loro funzione ai fini di misurazione epidemiologica e amministrativa, poco hanno a che fare con il garantire la continuità di cura e una vera presa in carico e, inoltre, per quanto di qualità sotto il profilo tecnico, si rivelano inefficaci.

Le prestazioni in campo sanitario ben si combinano con la logica del DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, il manuale statistico delle diagnosi, che non si combina con la clinica, ma con la statistica delle patologie ed i relativi aspetti amministrativi, con la conseguente prescrizione di farmaci su base statistica dei disturbi. Il DSM nelle varie edizioni è, infatti, sorto negli USA per rispondere a esigenze di pagamento delle prestazioni da parte delle assicurazioni private ed ha trovato nelle Case farmaceutiche il primo sostenitore. I DGR, Diagnostic Related Group, ne sono il corollario per valorizzare e amministrare le prestazioni. Nella medicina la "normalità" si può misurare, valori del sangue, ecc., nel campo psichico non si sa bene cosa sia normalità, si rende allora pressante identificare ciò che è patologico, e su questo ci sono meno problemi: è patologico tutto quello che è classificato nel DSM IV, ma il DSM IV non ha nessuna credibilità scientifica. Classificare è però un modo di governare, ha una sua funzione sociale indispensabile. Di tutto ciò occorre però tenerne conto.

La dimensione relazionale, l'*ascolto*, è infatti elemento centrale in un qualsiasi rapporto di cura tra curante e utente e nel campo della salute mentale lo è ancora di più. Non solo qualifica il valore della prestazione ma è prerequisito affinché la "prestazione" data abbia efficacia riabilitativa per la persona. Senza l'elemento relazionale tra curante e soggetto, o molteplicità di curanti che intervengono nella "assunzione o presa in carico" e senza il necessario sostegno alla famiglia, non si dà "cura". La vita non è fatta solo di bisogni, di quello che ci serve ed usiamo, ma anche di ciò che mette in moto il nostro pensiero, i nostri desideri, le nostre attese e una clinica che tenga conto solo dei risultati, dell'osservazione dell'istante, ovvero la classificazione, ciò che attiene allo *sguardo*, è destinata al fallimento.

Si può dire che nel sistema lombardo, invece della "centralità della persona" così evocata ad ogni piè sospinto, abbiamo la "centralità del sistema d'offerta". Il soggetto gira "a vuoto" attorno ai vari luoghi della cura che costituiscono i Servizi, spesso verso derive di cronicità.

Non basta spostare il paradigma dall'offerta alla domanda, dalla persona alla famiglia, se non vi è una *governance*, l'insieme di regole, relazioni e persone, che sostenga il soggetto e la sua famiglia

a costruire la domanda senza lasciarli in balia del libero “mercato d’offerta”. Ciò finisce per danneggiare proprio le persone e loro famiglie con più basso potere contrattuale, caricate di stigma e non in grado di scegliere. Queste dovrebbero essere invece aiutate, accompagnate e sostenute nelle scelte perché altrimenti le subiranno. Vogliamo una sanità non di mercato, in cui la competizione spinta sia per l’erogatore l’elemento primo per rimanere nel mercato, ma con il mercato, con un mercato regolamentato.

Regione Lombardia è venuta meno nel ruolo proprio di regolare il sistema per garantire quegli obiettivi d’equità, efficienza ed appropriatezza delle pratiche che devono connotare un sistema di welfare sociale.

Il passaggio alla centralità della famiglia è forse il riconoscimento di non avere garantito la centralità della persona così tanto celebrata? E’ un tentativo di riparare un’omissione? Come dovremmo intendere la nuova *governance* evocata? Un modo più partecipato di programmazione ed erogazione dei servizi, più rispondente al bisogno della persona e della famiglia o una sorta di disinvestimento di Regione Lombardia che, di fronte alla crisi e alla scarsità di risorse, viene a bussare alle porte delle famiglie?

3- Separare e riunire

Portando la lente sul presente, un terzo elemento di discrasia alla costruzione di un efficace sistema di welfare appare evidente. Si tratta dell’anomalia lombarda che con la L. 31/97 ha ridimensionato il ruolo della Regione come proprietario e gestore della rete pubblica dei servizi, separando le ASL, soggetti pubblici di programmazione, controllo e acquisto delle prestazioni, da chi produce, le AA. OO., trasformate in soggetti di diritto privato in cui il profitto è elemento costitutivo. Come si combina con la missione primaria di recupero delle condizioni di salute della popolazione, propria di una Azienda Ospedaliera,?

Ciò ha avuto ricadute nel non recepire la legge 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d’interventi e servizi sociali", finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscano un aiuto alle persone, al proprio nucleo familiare e alle famiglie in difficoltà. Le ASL hanno ridotto l’impegno per la prevenzione e affidato a soggetti esterni le attività socio-sanitarie. Il Piano Regionale per la Salute Mentale promuove la dimensione comunitaria dei servizi, la loro declinazione nella varietà delle situazioni locali, il raccordo con la Medicina di base, i Distretti, i Piani di Zona, la collaborazione con le famiglie, gli utenti, la cooperazione sociale, il volontariato e agenzie varie. Se tutto ciò va letto in chiave favorevole, non altrettanto si può dire della *governance* che è delegata ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, in qualità di funzionari della Regione, ma privi di rapporti operativi con le strutture territoriali.

Le AA.OO. cui i DSM, Dipartimenti di Salute Mentale, afferiscono, privilegiano la parte sanitaria, anche per assecondare l’interesse e le competenze degli Psichiatri e poco sforzo di raccordo viene profuso con tutta la parte sociale e socio-assistenziale che nel campo della Salute Mentale è prevalente. A ciò si aggiunge l’impoverimento costante degli organici e delle risorse dei DSM. Nessun riferimento ai parametri degli organici stabiliti dai Progetti Obiettivo nazionali, 1994-1996 e 1998-2000 è più mantenuto.

La sofferenza di risorse dei DSM è ormai endemica, con nessuna garanzia di continuità delle attività minime, ormai assoggettate annualmente alla conferma o meno del rinnovo dei “Progetti Innovativi”. Le contenzioni negli ospedali psichiatrici, che in taluni dipartimenti raggiungono il 25% dei ricoverati, sono effetto, non tanto della pericolosità delle persone, quanto di cattive pratiche e di scarsità di personale. C’è difficoltà ad accogliere le persone dimissibili dagli OPG, Ospedali Psichiatrici Giudiziari, perché i DSM e i territori non sono pronti ad accoglierli. Intanto si gonfiano i sovraffollamenti negli stessi OPG, a Castiglione delle Stiviere per la Lombardia, oltre che nelle carceri in cui il 30 % circa dei detenuti soffre di disturbi psichici.

Va inoltre a complicare il quadro la separazione dei due Assessorati, quello della Sanità e quello della Famiglia. Al primo fanno riferimento il sanitario, al secondo il sociale, territorio, comuni, servizi socio-assistenziali.

Gli OCSM, Organismi di Coordinamento di Salute Mentale, Circolare n. 19 /SAN del 16.5.2005, sorti per definire gli indirizzi operativi per l'attuazione del Piano regionale triennale per la salute mentale, mostrano, infatti, il paradosso della separazione ASL e AO. La loro attività principale è di riparare i danni della separazione, ovvero ricomporre i rapporti tra sanitario e sociale, tra Regione, A.O., Province e Comuni per l'integrazione delle attività. Emerge evidente la difficoltà dell'appartenenza a due Assessorati con rimandi di responsabilità dall'uno all'altro, con competizioni che non hanno ragione d'esistere, dove il territorio non è nella condizione di fare la sua parte. I tagli operati al fondo sociale hanno messo in sofferenza i Comuni e tutta la dimensione sociale e socio-assistenziale di loro competenza.

In un'ottica di *semplificazione* del processo di *governance* vanno riorganizzati i soggetti istituzionali riportando al centro il territorio, prioritariamente le ASL e i Piani di Zona operando una migliore integrazione tra sociale, socio-sanitario e sanitario.

4- Libertà di scelta

La libertà di scelta per essere tale presupporrebbe un'effettiva possibilità di conoscere e poi scegliere tra più possibilità. Nel campo Salute Mentale riguarda certamente le prestazioni come ADI, Assistenza Domiciliare Integrata CD, Centri Diurni, RSA, Residenze Sanitarie Assistenziali, in cui la libera scelta del cittadino è condizionata dall'esito della valutazione e dal "budget individuale di spesa" previsto, vedi ISEE, ma prima ancora riguarda la libertà di scelta d'accesso al servizio pubblico o privato o, nell'ambito del servizio pubblico delle U.O.P., Unità Operative di Psichiatria, la scelta di uno psichiatra o di un altro. La dimensione sociale e socio-assistenziale della "cura", del trattamento individuale che è fornita dall'ente locale di residenza del soggetto e il fatto che il privato non sia inserito nella rete dei servizi pubblici, U.O.P. e Comuni, comporta per il cittadino che necessita di un trattamento complesso di cura e riabilitazione, la scelta obbligata del servizio pubblico. Il servizio pubblico, per quanto eccessivamente spostato sulla dimensione sanitaria, è certamente più integrato del privato con la rete dei servizi.

Si vorrebbe così la difesa di tale qualità maggiore del servizio pubblico, ma l'estensione di buoni e voucher, per chi usufruisce del servizio, e gli accreditamenti degli erogatori di servizi, sottoposti alla competizione spinta del mercato, va nei fatti a compromettere il mantenimento e lo sviluppo di un tale sistema di Servizi di qualità. Nelle Comunità troviamo, infatti, personale scarso e spesso assunto con contratti precari che cambiano continuamente, senza permettere la continuità di relazione con gli assistiti. Ne consegue che le Comunità, invece di essere dei luoghi di riabilitazione diventano mere aree di parcheggio o d'*intrattenimento*. Nell'area Servizi alla persona il costo del servizio è determinato principalmente dal costo delle prestazioni professionali e quindi dal costo del personale che non può essere commisurato solo al contenimento della spesa. Qualche valutazione, nonché controllo sui contratti di lavoro applicati dell'ente erogatore e sugli esiti forse meriterebbe di essere fatto.

Vi sono altre cattive pratiche come quelle del non assicurare continuità di cura ai "persi di vista", quelli che non ritornano ai servizi, e quelle per i cosiddetti casi difficili con recidive continue di uscita e rientro in Ospedale e in Comunità che, oltre a comportare dei costi di gestione elevati, sono inefficaci ai fini della cura. Come citato sopra occorre un maggiore accompagnamento nel territorio che permetta una reale integrazione sociale delle persone, anche per quelle in passaggio in Comunità, evitando di lasciare il carico totalmente alle famiglie. Buone pratiche anche in Lombardia, mostrano che con un'offerta variegata di opportunità, tra cui equipe mobili nel territorio, è possibile migliorare l'appropriatezza riducendo ricoveri e costi di gestione.

Va ricordato che la libertà di scelta contempla anche la ricerca del consenso che non può limitarsi al “consenso informato”, ma oltre a fornire, da parte del curante, tutte le informazioni che permettano all’assistito di partecipare alle decisioni riguardanti la sua salute, deve coinvolgere anche la famiglia e i partner coinvolti nel progetto di trattamento, che può contemplare farmaci, trattamenti psicoeducativi, comunitari, riabilitativi, psicoterapie, ecc. Non si deve dimenticare, inoltre, che ci troviamo di fronte a un soggetto fragile la cui autonomia e libertà di scelta sono fondamentali per la tutela soggettiva, ma non necessariamente è esente da condizionamenti affettivi o cognitivi provenienti dalla sua patologia. Rispettare la sua libertà significa in questi casi sostenere la persona e la famiglia aiutandola a diventare maggiormente autonoma, ad acquisire spazi anche piccoli di maggiore libertà.

Se la Psichiatria ha le sue particolarità, non meglio funziona il sistema in ambito Medicina Generale dove la libertà di scelta spesso non si verifica: si va per un intervento chirurgico in casi di urgenza (carcinomi e simili) e il primario offre come prima possibilità l'intervento in regime di Solvenza, che permette di saltare ogni coda. Altrimenti si va in lista e si può restare per mesi e anche anni (che in casi simili sono questione di vita o di morte), con diversità di qualità di trattamento. Così si creano cittadini di serie A, di serie B e altro ancora. Ugualmente succede per le richieste d’esami. Come si concilia ciò con la libertà di scelta?

Viviamo nel pieno di una crisi economica grave e di una competizione portata all’eccesso che, se non sono sufficientemente governate, espongono i soggetti erogatori verso derive di dumping sociali, con spinte all’abbassamento dei costi, a scapito della qualità del servizio.

In questo senso la dote o i voucher non possono ascrivere a prerogativa di libera scelta. Per prestazioni semplici (vacanze, momenti di gestione del tempo libero, ecc.) possono avere una loro giustificazione. Non altrettanto si può dire nei casi di prestazioni complesse e continuative che rilevano dell’appropriatezza della cura e della reale presa in carico dell’assistito, per la quale deve essere l’ente pubblico, ovvero l’ASL, ad effettuare la remunerazione del servizio reso. Promuovere l’autonomia e la responsabilizzazione del cittadino non può comportare la perdita del ruolo di governo della P.A.

Le parole del “nuovo patto”, già richiamate, sussidiarietà, libertà di scelta, passaggio dall’offerta alla domanda, centralità della famiglia, fattore famiglia, ridefiniscono il rapporto con i cittadini saltando l’universalità e l’esigibilità dei diritti sociali.

5 - LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Un sistema universalistico deve, infatti, garantire servizi appropriati al bisogno di cura e d’assistenza della persona nel rispetto dei LEA. Non è un caso che nel nuovo patto non siano menzionati i LEA e i LIVEAS, mentre è richiamata la l.r. 2/2012 Fattore Famiglia Lombardo, FFL, che contempla una Dote welfare, assegnando le risorse ai cittadini in base al fabbisogno d’assistenza e alle capacità economiche della persona e della famiglia, superando il sistema precedente che prevedeva il pagamento dei servizi da parte dell’ASL in funzione della spesa sostenuta dagli erogatori.

Il nuovo patto con il richiamo alla l.r. 2/2012 ignorando il prossimo DPCM, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, che si spera migliore della legge 2/2012, non fa che portare ancora maggiore confusione e fibrillazioni alimentando i contenziosi legali tra Comuni e cittadini. Molti Comuni, infatti, già chiedono la compartecipazione della famiglia al pagamento delle rette, contravvenendo quanto stabilisce il decreto legislativo 130/2000 art. 2 comma 6, secondo cui il pagamento di quote delle rette da parte dei parenti dei malati è illegittimo. Sono recenti le disposizioni del TAR di disapplicazione dei regolamenti comunali nei territori di Varese, Pavia, Milano.

Occorre considerare che in Lombardia vi sono 63.500 posti letto, di cui 57.800 accreditati, per persone malate croniche non autosufficienti ricoverate nelle R.S.A., Residenze Sanitarie Assistenziali, e una parte non trascurabile è affetta da sofferenza psichica. A questi vanno aggiunti circa 15.900 persone in lista d'attesa, 1.973 posti per Alzheimer e 647 posti per Hospice. I Centri Diurni sono 6.273. Si tratta di numeri considerevoli. (Dati : Osservatorio Federazione Nazionale Pensionati CISL, 2011)

I nuovi “Principi” per il welfare

1 - Centralità della famiglia

L'uso di parole appropriate è di primaria importanza. Nel caso specifico esse devono essere coerenti con i principi che sottendono i parametri simbolici costitutivi del diritto e dei rapporti intergenerazionali, minore-adulto e adulto-adulto. L'essere umano viene al mondo, si costituisce e cresce all'interno delle coordinate simboliche familiari, tuttavia in situazioni di potenziale pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario, è una figura terza che fa da garante per il soggetto, il Tribunale Minorile o il Giudice Tutelare. La famiglia ha certo la responsabilità dell'educazione, delle cure, anche il Consenso dell'obbligatorietà delle cure, ma l'evoluzione del diritto nazionale e internazionale considera tale Consenso dato dal genitore *un atto giuridico unilaterale* per il quale occorre l'assenso dell'interessato, ancorché minorenni. Per questo nei casi di contenzioso sono ascoltati gli adolescenti minori e anche i bambini. Ugualmente i rapporti familiari tra adulti sono regolati dalle normative vigenti. In ambito psichiatrico il Trattamento Sanitario Obbligatorio, utilizzato solo per casi specifici e rari, è regolato dalla legge. E' il singolo che è soggetto di diritto e non la famiglia. Perciò è importante che al centro rimanga la persona. Pena la confusione tra ciò che è principio e ciò che è costruito, tra legislativo e amministrativo. Non dubitiamo che la Regione con questo cambiamento di paradigma non abbia inteso dimenticare i diritti della persona, tuttavia il riferimento ai principi fondativi non può essere sottinteso, bensì esplicitato. Non è il sistema famiglia che è portatore di diritti, bensì i soggetti che la compongono.

Ciò non contraddice che la famiglia sia soggetto di diritto ad essere protetta e promossa dalla società e dallo Stato o chi per lui. E su questo, almeno in ambito Salute Mentale, ma non solo, certamente la famiglia è la grande dimenticata. Si sono aperti i manicomi e non si sono costruiti i servizi territoriali di “Psichiatria di Comunità” come previsto dalla 833 del 1978 e dai successivi Progetti-Obiettivo sopra citati. Per lo meno solo in parte. Certamente, molto è stato fatto, ma la riforma non è stata finanziata sufficientemente per realizzare quanto vi è previsto. Rimane una riforma monca perché la politica non si è assunta il compito di renderla operativa. Il risultato è certamente inadeguato sia al bisogno dei soggetti coinvolti, sia delle famiglie, sottoposte ad un carico “di pene d'inferno” superiore alle proprie possibilità e capacità. E' la famiglia che si è fatta carico del peso maggiore sopperendo alle mancanze dei servizi. La stessa OMS nel rapporto del 2001 in relazione alla realtà italiana afferma: “i benefici e i vantaggi per i malati, sembrano potersi attribuire più alle cure delle famiglie che alle offerte dei servizi”. Sono passati già diversi anni ma il giudizio oggi non è molto differente.

I dati epidemiologici, appunto le prestazioni citate, evidenziano quanto il sostegno alla famiglia sia ridotto a livelli minimi, non solo per le prestazioni socio-assistenziali, ma anche per le sanitarie e socio-sanitarie. E, nei casi in cui sia stata riconosciuta oggetto di sostegno, con forme di accompagnamento o di terapia di coppia o della famiglia, non di rado la si è colpevolizzata, facendo sentire i genitori inadeguati al loro compito, finanche responsabili della malattia del congiunto.

Dovremmo essere contenti, quindi, di trovare ora nel “Nuovo Patto” la famiglia elevata a dignità di primaria considerazione e attenzione nella *centralità della famiglia*, anche se caso mai dovrebbe essere centralità delle famiglie, non solo per le variegate forme di famiglie, ma soprattutto per il fatto che ormai più del 50 per cento delle famiglie è composto da una persona sola, almeno nelle grandi città, a cui non si può chiedere di auto curarsi. Che cosa significa *promuovere positivamente*

le prerogative sociali ed economiche ... mettendola nelle condizioni di svolgere (la dove possibile) compiti d'assistenza e cura grazie ad una rete di prossimità ... sostenendo il dispiegarsi delle relazioni di cura, agevolando l'accesso ad una pluralità di strumenti?

Che cosa succede per le famiglie composte di una sola persona, o non nelle condizioni di prendersi cura del congiunto, come avviene quando i genitori sono anziani? Cosa succede per gli anziani senza una rete parentale e sociale?

Già negli anni passati, dal 2005 circa, Regione Lombardia postulava un incremento delle attività interne alla struttura dei servizi e all'esterno con l'incremento della componente sociale, con trattamento domiciliare intensivo, con trattamenti strutturati rivolti alle famiglie, con pratiche innovative nel campo del lavoro e dell'auto aiuto, con il potenziamento delle risorse, con cambiamento della cultura degli operatori, con la promozione della partecipazione degli utenti e dei familiari, con un più stretto rapporto tra programmazione, gestione delle risorse, erogazione dei servizi e valutazione dei risultati. Cosa ne è di tutto ciò?

Famiglia risorsa e sussidiarietà - Ci fa piacere tuttavia questo "nuovo" sguardo nei confronti della famiglia, colta anche nella sua dimensione di risorsa. Non si deve dimenticare però che innanzitutto la famiglia è portatrice di bisogni, di sostegno nell'accompagnamento del proprio congiunto non autosufficiente, sociale ed economico a cui va data una risposta appropriata. Con quali risorse s'intende sostenerla?

La crisi odierna sta mettendo la famiglia a dura prova nei rapporti intergenerazionali, chiamandola, spesso, a mettere in gioco le proprie risorse all'interno del nucleo familiare, anche prolungando il sostegno ai figli che non trovano lavoro e/o a farsi carico dei nipoti quando i genitori sono impegnati nel lavoro e nello stesso tempo doversi far carico dei genitori anziani.

La famiglia è certamente anche risorsa, portatrice di un sapere acquisito nel campo che può mettere a disposizione di altri. In questo senso il lavoro delle associazioni di familiari in campo Salute Mentale è prezioso per le opportunità che offrono d'ascolto, d'auto aiuto, d'accompagnamento, opportunità di sollievo e aiuto per le famiglie di pazienti psichiatrici. E' anche vero che le associazioni devono essere sostenute per garantire loro continuità operativa di protagonismo e solidarietà. Va detto che la crisi ha ripercussioni anche sulla disponibilità delle persone a impegnarsi nel volontariato, sul loro impegno continuativo nelle associazioni, verso ripiegamenti su se stessi, sulle proprie necessità, indebolendo legami e relazioni delle reti familiari.

Vi è spazio, tuttavia, per una maggiore integrazione tra servizi e associazioni affinché questo sapere delle famiglie, ma anche quello degli utenti, possa essere messo a disposizione anche in interazione con i Servizi sanitari e sociali, non solo come offerta a latere del percorso di cura svolto dai servizi, ma innestandosi nel piano riabilitativo e di cura complessivo, in dialettica con l'intervento sanitario in una logica d'integrazione e di sussidiarietà,

Incrementare il protagonismo dei familiari e degli utenti, significa anche concordare strumenti affinché sia garantito il diritto alla costruzione del proprio progetto di vita, dalla presa in carico, al progetto terapeutico riabilitativo, a quello materiale ed esistenziale; a partire dal sollievo del familiare da compiti di cura, per favorire quella distanza necessaria che permetta di rivedere modalità relazionali che intralciano l'evolversi della cura.

Prevenzione e promozione - Mettere al centro la famiglia, affinché non rimanga uno slogan ideologico, significa sostenerla nella sua funzione di ammortizzatore sociale soprattutto con politiche di prevenzione, di sostegno e di promozione, potenziando i servizi per l'infanzia, per gli anziani, per la non autosufficienza, con strumenti di sostegno alla dispersione scolastica e all'autonomia dei giovani. Non va trascurato che già ora le politiche sociosanitarie sono fattore di sviluppo del territorio, di trascinamento dell'economia e dell'occupazione di fasce precarie della popolazione quali donne e giovani.

Nello specifico della Salute Mentale, sostenere la centralità della famiglia significa non caricarla di ulteriori compiti rientranti nelle funzioni pubbliche di adempimento dei diritti soggettivi della persona; significa, inoltre, accompagnarla nel suo percorso di sostegno del congiunto, cui vanno garantiti, appunto, i diritti individuali della persona : la continuità di cura, i percorsi di recovery, i trattamenti individuali, la casa, il lavoro, l'assistenza domiciliare, l'integrazione della persona nel contesto sociale e a costruire il dopo di noi.

Promuovere attività mirate alla prevenzione, alla continuità di cura, alla realizzazione della *cura e dei progetti individuali* **con** i soggetti coinvolti e le loro famiglie, per realizzare quei sogni che ciascuno coltiva, di cui la salute oltre a esserne parte integrante ne è anche un risultato, ha anche come effetto la realizzazione di economie.

2 – Passaggio dall'offerta alla domanda

Il cambiamento di paradigma da solo non è sufficiente a modificare delle distorsioni esistenti. Il rapporto tra offerta e domanda ha bisogno di una *governance* affinché non si creino squilibri in un senso o nell'altro. La domanda è legata all'offerta. E' l'offerta che fa la domanda. Il cittadino, lasciato in balia di logiche di mercato domanda ciò che il mercato offre. Succede in taluni SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, che il malato psichico chieda la contenzione, ovvero di essere legato al letto, quando si trova eccessivamente eccitato, o domandi dosaggi maggiori di psicofarmaci quando è eccessivamente angosciato, così affermano taluni psichiatri a giustificazione dell'uso della contenzione. Non è difficile credere che sia vero: il paziente chiede ciò che il servizio offre. Se il servizio offrisse altro ci sarebbe un'altra domanda. In altri SPDC, infatti, questo non avviene perché al posto della contenzione il servizio offre relazione, ovvero il contenimento e la riduzione dell'aggressività con tecniche di contatto fisico miranti a calmare la persona e a stabilire una relazione. Con gli effetti benefici che ne derivano per il prosieguo della cura e per l'alleanza terapeutica. Questo per dire che la domanda non è separata dall'offerta, vi è un'interazione che va governata affinché non si creino squilibri.

La domanda, in particolare in salute mentale, va costruita con il soggetto che non sempre vuole ciò che dice, ma ciò che vuole emerge dal risultato di un ascolto, di un confronto, di una negoziazione, di un approfondimento, magari di poter scegliere tra diverse possibilità che non conosceva. Ciò, ancora maggiormente quando sono in gioco questioni economiche della persona o quando la risposta deve passare attraverso strumenti come buoni o voucher o dote, a volte più virtuali che esigibili e che non necessariamente sono garanzia di presa in carico. Occorre un lavoro di connessione tra offerta e domanda, che non può ridursi alla sola assistenza ma deve contemplare anche la prevenzione, a partire appunto dalla presa in carico, di cui non vi è traccia nella delibera della Regione, e dalla valutazione del percorso fatta insieme all'assistito.

Il sistema di welfare non può perciò essere lasciato al solo libero mercato della domanda e offerta ma, come affermato in altri contributi del Terzo Settore, preliminare al mercato vi è la scelta della politica rappresentata dall'ente locale, titolare della *governance* e delle decisioni in merito alle politiche sociali, tenuto a rispondere ai cittadini che rappresenta.

Lo strumento farmaco - Anche lo strumento farmaco soggiace alla dialettica dell'offerta-domanda. Il farmaco è lo strumento del medico, l'elemento terzo che si frappone tra lui e il paziente, intorno cui ruota la "cura". Farne un uso appropriato è di fondamentale importanza. L'efficacia della prescrizione dipende anche dalla buona relazione con il medico. In campo psichico, come già affermato, il valore della relazione è amplificato. La relazione è centrale e il farmaco viene a volte a sostituire la mancanza d'offerta di relazione dovuta a carenza di personale o da personale non formato alla relazione. Vi è, infatti, un abuso di psicofarmaci, "offerti" dal medico, certamente per "curare" ma forse anche per tenere lontana la persona, appunto per mancanza di tempo; non di rado domandati dal paziente, secondo una modalità dell'uso/abuso che ne fa il tossicodipendente.

Ci sorge a volte il dubbio, come familiari, se il farmaco sia usato per sedare l'angoscia del soggetto o per sedare l'angoscia e la paura dei curanti, non sufficientemente preparati ad accogliere l'eccesso di soggettività che la persona manifesta nel momento d'acuzie. In questo, in conformità con il *pharmakos* dalla Grecia antica consistente in un rituale, simile a quello del capro espiatorio, che mirava a ottenere una purificazione mediante l'espulsione dalla città di un individuo chiamato appunto *pharmakos*, qualcosa come il maledetto. Vale a dire, un rito simbolico destinato a placare l'angoscia incombente sopra la comunità. Il *pharmakos* diventerà poi una pianta curativa, un veleno, una droga e il farmaco dell'attuale farmacologia, una sostanza che possibilmente agisca in fretta.

Il farmaco, come la droga nella tossicodipendenza, opera una sorta di allucinazione (vedi S. Le Poulichet *Tossicomanie et psychanalyse. Les narcoses du désire*, PUF, Paris 1987) che provoca un allontanamento dal rapporto con l'altro. Il tossicodipendente, infatti, non cerca la dipendenza, ma la separazione, l'autonomia dall'altro, dall'altro simile e dall'altro istituzionale, ovvero da quell'altro da cui ha difficoltà sia a relazionarsi, sia a separarsi. Così l'effetto del farmaco in psichiatria provoca una sorta di stato soporifero o di eccitazione a seconda del tipo di farmaco e della necessità. E' nel pensiero che vi è la presenza dell'altro, quell'altro con cui il malato psichico ha difficoltà a relazionarsi e, in certi casi, da cui si sente perseguitato. La sedazione lo separa dall'altro, l'eccitazione se è eccessivamente rinchiuso in se stesso lo rimette in contatto con l'altro. Ma i pensieri rappresentano proprio la sfera più intima della nostra individualità, ed è su quella dimensione che il malato psichico mostra la sua fragilità, ma nello stesso tempo il suo maggiore bisogno d'aiuto.

Non si nega quindi l'utilità del farmaco, ha la sua funzione nelle situazioni di eccesso, si discute sull'uso/abuso che ne viene fatto. Se il farmaco è utile, è altrettanto utile sapere accogliere e ascoltare la sfera più intima del soggetto, là dove ha le maggiori difficoltà, e sostenerlo nel fare fronte a qualcosa che da solo non è in grado di affrontare. Occorre fargli sentire, in primis da parte di chi ha la responsabilità della cura, che ha un posto nei nostri pensieri, che avverta, da parte nostra e di chi si prende cura, un desiderio e un interesse per i suoi piccoli e grandi miglioramenti.

La nostra amarezza di familiari è nel vedere la difficoltà, l'impossibilità per mancanza di tempo o di preparazione o di sensibilità, da parte di tanti operatori, a partire dagli psichiatri, di accogliere quella singolarità che il paziente racchiude nei suoi pensieri e che l'offerta di un ascolto attento permetterebbe di svelare e di accompagnare per l'intrapresa di un cammino verso la recovery.

E' triste sentirsi dire da uno psichiatra: "i pazienti già li sentiamo tutti i giorni, non facciamoli parlare anche nella Conferenza territoriale annuale" (si trattava di permettere a un paziente di fare un intervento durante il tempo riservato all'intervento dei familiari).

Quanto sopra, per dire che molto lavoro andrebbe sviluppato culturalmente e nella formazione degli operatori per un utilizzo più appropriato del farmaco, anche come strumento di innesto della relazione, con i relativi benefici in termini di incremento delle possibilità di recovery, di acquisizione di una maggior autonomia della persona, di minori effetti collaterali da farmaci, di sviluppo di minore cronicità, di minore utilizzo dei ricoveri in ospedale e nelle Comunità e di notevoli risparmi economici. Sono osservazioni che ad un primo sguardo appaiono in prevalenza di rilevanza sanitaria, in realtà rendono conto di come si tenda a racchiudere la cura su una dimensione che si ripiega su se stessa, mentre invece servirebbe un approccio che sappia accogliere la persona nella sua soggettività e singolarità sostenendola, fin da subito, nella sua difficoltà d'incontro con gli altri verso un percorso di maggiore interazione e integrazione con il mondo attorno.

Qualità dell'offerta e governo pubblico della presa in carico - Preliminare alla costruzione di una domanda è la qualità dell'offerta che deve essere equa, appropriata e diversificata, affinché possa incontrare il bisogno singolare che solo una presa in carico complessiva della persona è in grado di soddisfare. Regione Lombardia sembra preoccupata a semplificare la gestione delle risorse, responsabilizzando il cittadino rispetto al costo, "obbligandolo" ad adattarsi al sistema d'offerta esistente. L'accompagnamento dell'utente e della sua famiglia nel percorso dei servizi non è stato

perseguito come obiettivo. *Il trasferimento delle risorse alle famiglie beneficiarie dei servizi, attraverso l'introduzione organica di titoli d'acquisto (dote/buoni/voucher) sociali e sociosanitari e dell'istituto dell'accreditamento per l'acquisto di prestazioni non sono garanzia di continuità di cura.*

Ancora una volta è il cittadino che deve adattarsi all'offerta. Il cittadino acquistando con il voucher il servizio da enti a libero mercato, obbligati a far quadrare la qualità dell'offerta con il contenimento dei costi, eventualmente integrando con proprie risorse, si trova sguarnito di una funzione di accompagnamento. Un governo pubblico, responsabile della presa in carico dei cittadini, dei loro bisogni complessi e della gestione dei diversi soggetti coinvolti nel sistema dei servizi, sarebbe meglio in grado di garantire tale accompagnamento.

3 –Fattore Famiglia Lombardo

E' uno strumento, e non un principio, regolamentato da Regione Lombardia all'interno della Legge regionale n.2 2/2012 attraverso cui Regione Lombardia e Comuni determineranno il valore dei voucher sociali e sociosanitari, gli altri benefici economici e la compartecipazione economica ai costi delle prestazioni sociali e sociosanitarie. Come accennato nel precedente paragrafo "LEA" si pone in contrasto con i criteri attuali di legge, ISEE nazionale, (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) che prevedono nel calcolo il solo reddito dell'assistito sia che si tratti di anziani o di disabili. La modalità di calcolo dell'ISEE lombardo nel caso di accesso a RSA o CDI, Centro Diurno Integrato, mantiene per i disabili gravi il riferimento al solo reddito dell'assistito, mentre per gli anziani computa il reddito dell'intero gruppo anagrafico: la persona assistita, il coniuge e i parenti in linea retta entro il primo grado, abbandonando le tutele fornite dai LEA/1998.

Il FFL nel calcolo della quota di compartecipazione alle spese include nel reddito reale di tutta la famiglia anche i redditi ora fiscalmente esenti dal pagamento delle rette: ovvero le prestazioni previdenziali e assistenziale ad ogni titolo percepite, computate al 100% per le prestazioni residenziali e al 50% per le prestazioni semiresidenziali.

Per i patrimoni mobiliari e immobiliari che si sommano agli altri redditi nel calcolo dell'ISEE il FFL prevede una detrazione di franchigia in base al numero dei componenti il nucleo familiare, invece della franchigia massima prevista dall'ISEE nazionale. Definisce, inoltre, scale di equivalenza che tengano conto del carico familiare

Il risultato del calcolo determinerà l'entità dei benefici economici erogati o la compartecipazione alle spese del nucleo familiare.

La sperimentazione in atto nelle diverse ASL potrà fornire maggiori delucidazioni sull'entità della compartecipazione alla spesa sociale e socio-sanitaria da parte dell'assistito e della famiglia e sulle relative conseguenze. Sono stati condivisi con i portatori d'interesse le finalità e i criteri per le sperimentazioni e verrà fatta una valutazione comune dei risultati sperimentali?

4- Semplificazione e Integrazione

Come facilitare una maggiore accessibilità ai Servizi? Come operare una maggiore integrazione degli interventi ?

Mettere insieme gli assessorati della Sanità e della Famiglia, come sollecitato in precedenza, sarebbe già una scelta strutturale che semplifica e permette l'integrazione di funzioni e scelte operative, evitando competizioni senza senso e inutili attività di ricomposizione tra sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale.

Occorre far uscire il sistema socio-sanitario da una logica di programmazione delle prestazioni fondata su criteri d'accreditamento, definiti con atti amministrativi emanati di volta in volta, senza un quadro normativo generale di riferimento che permetta ai soggetti erogatori del Terzo Settore, quali le cooperative sociali o altri, di essere oltre che semplici erogatori di servizi anche costruttori

di relazioni e legami nella Comunità; legami che, quando inseriti in una programmazione locale partecipata, facilitino l'accesso a servizi e prestazioni, a soggetti e famiglie fragili. Ciò parimenti a quanto, in altre forme, fanno le associazioni di familiari. Occorre passare, quindi, dalla programmazione di prestazioni alla costruzione di legami nella Comunità locale.

Non saranno le doti e voucher sotto l'egida del libero mercato a fare la differenza, quanto le reti dei Servizi, formali e informali, dove Regione Lombardia deve promuovere luoghi e fasi di interlocuzione in cui i soggetti coinvolti concordino la programmazione dei bisogni e le modalità di risposte, all'interno di chiare politiche sociali ed economiche e dove il Piano di Zona sia parte attiva, appropriandosi del ruolo proprio di governo territoriale.

5- Sussidiarietà

A causa del differenziale tra costi e risorse disponibili, ... al nuovo welfare saranno chiamati a concorrere in maniera ancor più accentuata una pluralità di attori, pubblici e privati, nella triplice veste di progettisti, produttori e finanziatori dei servizi. ... le risorse e le prestazioni provengono non solo dalle istituzioni pubbliche ma anche attraverso un ruolo attivo del mercato, del terzo settore e delle stesse famiglie.

Sono frasi che suscitano qualche preoccupazione perché non vi si trova riferimento alcuno che associ la sussidiarietà a una forte regia pubblica in sintonia con la centralità del territorio, la programmazione sociale, l'identificazione delle priorità.

La provenienza del reperimento delle risorse sembra essere l'elemento centrale che fa da motore al resto.

In aggiunta a quanto già trattato nel paragrafo "Centralità della famiglia" in tema di sussidiarietà riferita a famiglie e associazioni di volontariato in ambito salute mentale, va detto che la sussidiarietà ha a che fare con la **responsabilità diffusa** e quindi anche personale per concorrere alla costruzione di un sistema di welfare partecipato da Cittadini, Associazioni, Terzo Settore, Enti, Imprese, Famiglie (la cosiddetta sussidiarietà orizzontale) in cui non può mancare però la **duplice funzione sociale** delle istituzioni superiori (Stato, Regioni, Province, Comuni ...) (la sussidiarietà verticale): ovvero la funzione **promozionale**, in cui il livello superiore sostiene e favorisce quello inferiore, e la funzione **protettiva**, in cui il livello superiore non interferisce nei confronti di quello inferiore, ove questo sia in grado di rispondere autonomamente a esigenze di singoli che si trova a rappresentare.

Rispetto alla **funzione promozionale** dalle frasi sopra riportate non si evince il ruolo di sostegno di Regione Lombardia verso i livelli inferiori, i Comuni, affinché possano mantenere il loro ruolo politico di governo e di mantenimento dei servizi; anzi si riscopre piuttosto un atteggiamento di delega per non dire di deresponsabilizzazione: dal ruolo attivo del mercato, alla ricerca di risorse dal privato, dal Terzo Settore, dalle famiglie.

Diverse realtà del privato che si collocano nella sfera dei diritti indicati dalla costituzione, art. 2, 3, 18, (associazioni, parrocchie, aziende, sindacati, ecc.) offrono sostegni volontaristici o con richieste di pagamento del servizio al cittadino, senza attingere a finanziamenti pubblici; ne fanno parte i Centri Diurni, che sollevando la famiglia impegnata per necessità lavorative o altro, rendono compatibile la permanenza in famiglia di soggetti particolarmente gravosi, i CAF, Centri di Assistenza Fiscale, le parrocchie con sostegni per la casa o per la sopravvivenza, le associazioni di familiari con l'accompagnamento in vacanza di soggetti non autosufficienti, ecc..

Non vi sono tracce di stimolo o di forme di sostegno a queste realtà nei recenti documenti regionali, mentre vi sono indicazioni di obblighi e adempimenti (vedi DGR 3.5.2012 n. 3540) che incidono negativamente sulla libertà dell'iniziativa privata. Per esempio, si richiede il possesso della personalità giuridica per ogni tipo di attività accreditabile; se ciò ha senso per realtà complesse e per servizi che attengono alla presa in carico, non altrettanto è giustificata per servizi più elementari come i Centri Diurni, i servizi domiciliari, ecc.

In questo senso Regione Lombardia viene meno alla sua **funzione protettiva** verso i livelli inferiori. Ci troviamo di fronte a un eccesso di burocrazia rispetto a requisiti strutturali e gestionali di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento che, oltre a incidere sui costi, non sempre è appropriata alle variegata e mutevoli esigenze di richiesta di servizio, scoraggiando l'espansione di iniziative autonome a beneficio dei cittadini, senza che queste comportino oneri a carico della P.A. Nel momento in cui i principi di sussidiarietà, partecipazione e pluralismo hanno avuto una più solenne enunciazione, vedi art.3 della legge 3 del 12 marzo 2008, si assiste a un peggioramento dei rapporti con il venire meno da parte di Regione Lombardia di forme di sostegno e con l'introduzione di onerosi meccanismi burocratici privi di ragioni.

6 -Inclusione e coesione sociale

Occorre riconoscere in modo ancora più avanzato il terzo settore come attore principale delle politiche di welfare, stimolandone la crescita attraverso una adeguata razionalizzazione normativa.

Risulta difficile pensare che basti una *razionalizzazione normativa* per stimolare la crescita del Terzo settore. Andando oltre le affermazioni di principio, ampio spazio andrebbe riservato per promuovere opportunità per le persone svantaggiate e nello specifico le politiche del lavoro che, in ambito salute mentale, soffrono di endemica trascuratezza, sia per la scarsa disponibilità delle aziende ad assumere disabili psichici, sia per la non assunzione della questione da parte delle istituzioni preposte e dalle politiche di welfare. Il lavoro è elemento qualificante in un percorso di recovery e di inclusione sociale, elevando il disabile in grado di lavorare, in generale e disabile psichico nello specifico, a soggetto attivo, anche produttore di reddito, facendolo sentire più cittadino e più integrato all'interno della Comunità sociale. In questo senso, oltre all'assunzione di disabili psichici all'interno della P.A., vanno attuate politiche di sviluppo per inserimenti lavorativi presso aziende esterne e le cooperative sociali, tipo B, che si occupano di inserimento lavorativo, favorendo la fornitura di commesse, provenienti da aziende private che non assumono disabili psichici e dalla P.A., secondo la convenzione ex art. 14, D.Lgs 276/03.

La regia anche in questo caso va lasciata all'Ente Locale attraverso i Piani di Zona e l'integrazione dei soggetti del privato sociale, l'associazionismo, le professioni, il volontariato.

7 – Conclusioni

L'OMS definisce la condizione di salute non solo come assenza di malattia ma come *stato di completo di benessere fisico, psicologico e sociale*. Non basta quindi curare ma anche prevenire, informare, sensibilizzare, promuovere comportamenti sani e orientati al benessere del cittadino. Questo cambiamento di paradigma contempla il passaggio dalla centralità della malattia alla centralità della persona, **da Disabilità ed Handicap**, ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) 1980-1999, **a persona con disabilità**, ICF (International Classification of Functioning) 2001.

Il centro d'attenzione si sposta da una cura centrata sul modello medico che cura la malattia verso un modello sociale che mette al centro la vita della persona, dove la responsabilità non attiene solo all'individuo ma anche alla collettività, dove la modificazione dell'ambiente si pone come elemento imprescindibile, dove il concetto di **funzionamento sociale** ha a che fare con il rispetto dei diritti del cittadino con le relative politiche per il cambiamento sociale.

Il sistema di Welfare facendosi carico del benessere delle persone si pone all'interno di queste coordinate che non sono solo di cura dello "stato dell'arte" ma si pone come elemento di prevenzione del disagio, di promozione di opportunità, di cambiamento culturale, di coesione sociale e di una nuova attenzione e "cura" di sé e degli altri. In tal senso il welfare si configura così come opportunità per assicurare qualità di vita e benessere di tutta la Comunità in una prospettiva di gestire il disagio, la sofferenza, i comportamenti sociali e di mettere in atto i necessari cambiamenti.

Da mero elemento di spesa il welfare può diventare un vero motore del cambiamento e fattore di crescita.

Credo debba essere questa l'ottica che deve sottendere il "Nuovo Patto" : un'occasione in una situazione di crisi, a partire da sinergie e integrazioni di saperi e risorse, per creare occupazione e sviluppo sociale. Poco si addice quindi una politica di tagli, se non per potare rami secchi e per correggere distorsioni. Occorrono invece azioni che trovino fondamento sulle buone pratiche, sulle aspirazioni dei cittadini, sul loro desiderio di partecipazione e di coesione sociale.

Riassumo i punti per noi imprescindibili sopra articolati:

La centralità della persona, l'equità d'accesso ai servizi, la continuità di cura e di presa in carico, politiche di inclusione sociale tra cui il lavoro e la casa, la partecipazione del Terzo Settore, dalla programmazione ed erogazione dei servizi alla costruzione della politica del welfare, in una prospettiva di sussidiarietà.

Un ringraziamento va a Regione Lombardia, all'Assessorato alla Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale, per l'opportunità di riflessione e approfondimento sui temi che ci riguardano e che confidiamo diventino, anche nel futuro, prassi di costante confronto e partecipazione.

Valerio Canzian
URASAM Lombardia