

IL WELFARE NEL LAZIO FRA TAGLI E NUOVI BISOGNI

Le risorse diminuiscono e il welfare zoppica, ma la necessità di politiche sociali e sanitarie di sostegno aumenta. Per chi ha buone idee è ora di scendere in campo

a cura di **Chiara Castri**

Povera sanità, povero welfare. I Fondi nazionali per gli interventi sociali sono diminuiti del 63% rispetto al 2010: il Fondo nazionale per le politiche sociali è sceso dai 929,3 milioni del 2008 ai 273,9 del 2011, il Fondo per la non autosufficienza (di 400 milioni nel 2010) oggi è a zero come praticamente a zero è il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati. La dotazione del Fondo per le politiche della famiglia è a meno 72,2% rispetto al 2010, il Fondo per le politiche giovanili passa da 94,1 a 12,8 milioni. Quello per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione scende da 143,8 a 32,9 milioni, quello per l'infanzia e l'adolescenza da 30 a 3 milioni. Una cascata fredda per le Regioni, gli Enti locali e tutte le organizzazioni di Terzo settore che sul territorio dovrebbero costruire il welfare di comunità.

Il Lazio è in attesa della legge di riordino del comparto sociale mentre la presidente Polverini ha ottenuto il placet del Governo al Piano di rientro sanitario, ma le province temono di restare senza assistenza sanitaria.

Per il quarto Rapporto nazionale Auser su enti locali e terzo settore, i Comuni vanno verso un impoverimento dei servizi pubblici o l'aumento delle tariffe. Intanto, il 48,5% della spesa comunale per i servizi sociali nei comuni con più di 50mila abitanti è impiegata per affidare all'esterno, ad imprese sociali ed associazioni, la gestione di interventi e servizi sociali (strutture residenziali e ricoveri per anziani, assistenza, servizi per l'infanzia e asili nido). Un fenomeno con caratteristiche più marcate nei Comuni del Centro e del Sud. Si sa, quando le vacche sono magre e i bisogni aumentano ci si ritira nell'emergenza, si contratta il minimo sinda-

cale dei diritti. La domanda è una: si può ancora ragionare sul lungo periodo in termini di centralità della persona, integrazione socio-

sanitaria, diritto alla salute, qualità di vita? Per fortuna, le associazioni dimostrano una certa vitalità, ma anche qualche ente locale... ■

DALLE BUONE AZIONI ALLE AZIONI DI QUALITÀ

Intervista con Aldo Forte, assessore regionale alle Politiche sociali e alla Famiglia

di Chiara Castri

Uno dei rischi che l'urgenza dei tagli porta con sé, è che nell'ambito socio-sanitario non si ragioni più in termini di diritto alla salute e di benessere dei cittadini, ma solo in termini di emergenza. Soprattutto se non si realizza l'integrazione socio-sanitaria.

Assessore Forte, come si sposa la necessità di integrazione socio-sanitaria con un periodo caratterizzato da tagli sempre più grandi?

«L'integrazione socio-sanitaria è la strada da seguire, perché permette di ottimizzare le risorse e garantire l'appropriatezza, oltre ai livelli delle prestazioni alla persona. Potenziare la rete dei servizi socio-assistenziali richiederebbe maggiori investimenti, al contrario dei tagli al sociale che si stanno realizzando in modo orizzontale a livello statale. Ma la Regione sta facendo ampi sforzi per procedere sulla strada dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari. Un esempio sono i finanziamenti per la creazione di due nuovi centri per l'assistenza agli alcolisti e la prevenzione in due province del Lazio, che si

sommeranno al Centro di riferimento alcolico del Policlinico Umberto I, raccogliendone, in parte, l'esperienza. L'obiettivo è rendere omogenei sul territorio i servizi e le strutture e rispondere ai nuovi bisogni. Non a caso all'assistenza domiciliare, che per noi resta una priorità, abbiamo destinato importanti investimenti».

La Regione, le Province, i Comuni saranno in grado di puntare alla vita indipendente? I tagli fanno perdere di vista la centralità della persona?

«La centralità della persona e dei suoi bisogni resta fondamentale. Abbiamo applicato questo principio sia alla maxi delibera per il sociale di 127 milioni sia al Piano famiglia da 60 milioni, il primo mai elaborato nella Regione Lazio. In entrambi i casi le linee d'azione hanno tenuto conto dei bisogni emergenti. Tra gli interventi da oltre 40 milioni destinati ai Comuni abbiamo stabilito che 2 milioni fossero destinati alla riqualificazione dei centri anziani, le cui attività più che al tempo libero dovranno puntare al miglioramento dell'autosufficienza. E a colmare

quel gap tecnologico che complica la vita nella terza età, soprattutto considerando la progressiva informatizzazione dei servizi sociali e sanitari. Nel Piano famiglia abbiamo previsto un fondo per aiutare i genitori separati in difficoltà economica e senza casa, ormai una vera emergenza sociale».

In tempi di crisi si contratta “il minimo sindacale” dei diritti. Questa tendenza si può invertire?

«Si deve invertire. Bisogna superare il modello delle “buone azioni” e orientare l'intero settore dei servizi sociali verso “azioni di qualità”. Fuori dalla logica emergenziale, l'Assessorato sta promuovendo la professionalizzazione e la qualità, anche attraverso la pianificazione dei rapporti a medio-lungo termine, fuori dalla logica dell'intervento spot che ha caratterizzato il passato. Stiamo preferendo, ai progetti sperimentali, programmi di investimento di maggior durata e impatto sul territorio, che richiederanno uno sforzo organizzativo più importante, anche da parte dell'associazionismo e del terzo settore, per noi soggetti privilegiati di dialogo e collaborazione».

La centralità della persona e il concetto di qualità della vita esistono ancora? Si può ragionare sul lungo periodo?

«Non si esce dalla crisi senza una strategia che guardi al lungo periodo. Gli ultimi due interventi dell'Assessorato hanno segnato una svolta che va in questa direzione. Non più singole azioni, ma due piani, uno rivolto al sociale e uno alle famiglie. Penso alle iniziative di prevenzione e assistenza nell'ambito delle nuove dipendenze. O agli

interventi per aiutare le giovani coppie e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro».

Con il piano di chiusura degli ospedali le province e le zone più periferiche temono di restare senza assistenza.

«No, perché non si parla di chiusura ma di riconversione. Il nostro è un piano di rilancio della sanità e dell'intera rete di assistenza. La visione ospedalocentrica è tramontata e ripensare le strategie sanitarie e socio-assistenziali è imprescindibile, soprattutto per la gestione della cronicità e della disabilità.

Per essere efficace, un intervento sanitario necessita di un'adeguata continuità di risposta sul territorio. La Regione Lazio si sta muovendo verso questi obiettivi grazie alla riorganizzazione ospedaliera, che ci ha consentito, dati certificati dai ministeri vigilanti, di ridurre il deficit di circa 400 milioni. Un disavanzo, quello sanitario, passato dai 1.419 milioni del 2009 ai 1.044 milioni del 2010, a seguito di una politica che ha eliminato gli sprechi e non ha intaccato la qualità dell'offerta. Una riorganizzazione fondata sull'assistenza diffusa che ha nel potenziamento delle cure domiciliari uno dei suoi cardini».

Recentemente, lei ha annunciato l'approvazione della delibera di programmazione che impegna 130 milioni in favore dei Distretti e dei Comuni e 15 per l'abbattimento delle barriere per gli asili nido, ma ha parlato anche di tagli di circa 100 milioni ai trasferimenti alla Regione per il sociale. Qual è la situazione?

«Ai tagli orizzontali, a livello regionale, abbiamo risposto con una politica di responsabilità, non toccando gli ambiti che

più risentono di una situazione di crisi generale, come quello delle famiglie. Il problema, però, rimane: sarà sempre più difficile in futuro garantire la continuità dei servizi esistenti e innovare. Da qui l'importan-

za della promozione e della valorizzazione di Terzo settore e volontariato che, per la strategia dell'Assessorato, dovranno costituire elementi sempre più determinanti soprattutto nell'assistenza». ■

SERVIZI SOCIALI: C'È UNA LEGGE DA DISCUTERE

La Proposta di legge Forte cambia il sistema dei servizi, ma non risolve problemi importanti, come l'integrazione con le altre politiche, e ne apre di nuovi, come la limitazione dei diritti esigibili

di Mario German De Luca

Il 17 giugno la Giunta Regionale del Lazio ha approvato la proposta di legge sul sistema dei servizi che porta il suo nome.

Le osservazioni che seguono sono elaborate sulla base della bozza Forte, disponibile al momento, e non sul testo licenziato dalla Giunta. I due testi potrebbero essere non perfettamente coincidenti.

La proposta di legge è organizzata nella forma tradizionale con 9 sezioni (denominati Capo 1, Capo 2 ecc) e ben 64 articoli.

Tratteremo nello specifico i primi articoli e ci soffermeremo sui successivi solo quando presentano evidenti novità rispetto alle normative in materia di tutte le Regioni italiane.

Il principio di universalità

Capo I. Escludendo l'art.1, che elenca le disposizioni legislative nazionali e le Convenzioni internazionali di riferimento, gli altri 4 articoli delimitano ed orientano la co-

struzione del sistema.

Nell'art.2 (principi ed obiettivi) compare il principio dell'universalità solo del diritto di accesso e nel resto del testo sono riproposti tutti i principi generali presenti nella legge nazionale di riferimento (legge n° 328/2000). In questo articolo, sui principi generali è inserito il primo riferimento *all'obbligo dei Comuni di associarsi* per la gestione delle funzioni loro attribuite.

L'art. 3 (destinatari) ricalca la tendenza ad elencare i soggetti interessati in modo dettagliato, con il rischio di escludere alcuni.

L'art. 4, sui diritti degli utenti, inizia avvisando che il loro diritto effettivo ed esigibile è quello di *essere informati* sull'esistenza dei servizi, sui requisiti per accedere e sui criteri di priorità (che presuppone una selezione); le successive dichiarazioni sono, evidentemente, condizionate alla selezione all'ingresso nel sistema dei servizi.

L'art. 5 ripropone l'elenco di tutti i sog-

getti del sistema integrato, assegnando a tutti loro il compito di “concorrere” alla programmazione, organizzazione e realizzazione del sistema, *senza assegnare ai Comuni il ruolo centrale di responsabilità* previsto dalla stessa legge nazionale. Nel comma 2 garantisce, inoltre, a tutti i soggetti privati la libertà di svolgere attività sociali ed assistenziali anche al di fuori del sistema integrato, nel rispetto della legge.

I livelli essenziali di assistenza e la partecipazione

Il Capo II, “Sistema integrato”, esordisce ribadendo la diffusa tendenza a definire i livelli essenziali di assistenza (che rispondono a diritti esigibili) senza riferirsi a tutti quelli previsti dall’art. 22 della legge 328/2000, ma solo a quelli che la legge impone di assicurare “comunque”. Si corre il rischio di ridurre la reale esigibilità dei livelli condizionandoli alla disponibilità delle risorse. Già in questa sede si demanda alla Regione il compito di declinare i servizi che assicurano i livelli essenziali di assistenza e, nell’ art. 10, sembra che si declini il servizio sociale professionale solo con

il profilo professionale dell’Assistente sociale assicurandone, però, la presenza nel rapporto di una/o ogni diecimila abitanti.

L’ultimo articolo del Capo II è dedicato a partecipazione e consultazione. Dal testo emerge l’intenzione di declinare la partecipazione come controllo della qualità dei servizi e demanda ai singoli Comuni la valorizzazione delle forme associative, la promozione di organismi di partecipazione, le procedure di consultazione della popolazione e ogni altra forma di espressione del libero pensiero come istanze, petizioni, proposte di miglioramento dei servizi.

Questi due temi sono essenziali nei pronunciamenti delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore, nell’ottica di una effettiva esigibilità dei diritti civili e sociali e di una piena partecipazione a tutti i processi di costruzione del sistema sociale integrato e con tutti gli interlocutori dal Comune alla Regione in forme pubbliche e definite.

La trasformazione del sistema

Nell’assegnare i compiti ai soggetti del sistema si assegnano quasi tutte le prerogative



Roma. Il Social Pride del 2010. Foto di Luca Testuzza

alla Regione, sia nel testo che con rimandi ad ulteriori provvedimenti delegati alla Giunta regionale.

In particolare l'articolo 19 obbliga alla Costituzione di una Azienda Consortile tra i Comuni appartenenti allo stesso ambito territoriale. La definizione dello statuto e del funzionamento è demandata alla Giunta regionale. Questo articolo rimanda, immediatamente, all'Organizzazione del sistema locale (Capo VII dall'art. 51 all'art. 55).

In questi articoli c'è una trasformazione generale dell'organizzazione del sistema locale, con un conseguente cambio di denominazione di tutti gli organismi e strumenti precedenti, la cui definizione è delegata a successive deliberazioni della Giunta regionale.

L'ambito territoriale non coincide il territorio del Distretto sanitario, ma con il territorio della Asl ed è denominato: *Organismo per le Azioni sociali integrate (Oasi)*.

L'insieme dei sindaci i cui Comuni hanno già costituito l'*Azienda consortile* obbligatoria, costituiscono la *Conferenza* dei sindaci, che approva e verifica l'ex Piano di zona, ora denominato *Rete sociale locale* e concorre alla programmazione dell'ex Piano sociale regionale, ora denominato *Rete sociale regionale*.

È nominato un *Comitato*, presieduto dal *Presidente della Conferenza*, con modalità successivamente definite dalla Giunta regionale, che coincide con il *Consiglio di amministrazione* dell'Azienda Consortile. Presso l'Azienda Consortile è costituito un *Ufficio di Oasi* (ex Ufficio di Piano) che è la struttura tecnico-

amministrativa del sistema locale.

L'Ufficio di Oasi è posto sotto la direzione di un *Direttore* nominato dal Presidente della Regione su proposta dell'Assessore regionale competente nell'ambito di conque nominativi indicati dalla Conferenza.

Una legge compassionevole

Per concludere si può, come già detto, confermare che la proposta di legge è organizzata nella forma tradizionale, innanzitutto nella delimitazione dell'ambito di interesse alla sola riorganizzazione del sistema dei servizi e delle prestazioni sociali che, da più parti, è stato giudicato come il limite originario della stessa legge 328/2000. Lo sviluppo del testo ripropone nei fatti la definizione di un sistema di impianto per categorie di svantaggio a cui

destinare selettivamente le prestazioni assistenziali ed è, al di là delle stesse intenzioni, di tipo riparativo e compassionevole.

A 10 anni dalla legge 328/2000 è opinione diffusa che le politiche di welfare non siano solo l'organizzazione dei servizi alla persona, alla famiglia o ai gruppi di svantaggio, e che spetti principalmente alla Regione programmare e delineare un sistema di connessioni tra le politiche sociali, del lavoro, ambientali, abitative, educative, urbanistiche, culturali. Connessioni che sono la sola possibilità di passare da risposte compensative o riparative a singoli problemi, all'individuazione delle cause plurime di una condizione, per attivare processi di cambiamento dei sistemi sociali, in grado di eliminarle. ■

“Le connessioni tra le politiche sono l'unica possibilità di passare dalle risposte compensative ai reali processi di cambiamento dei sistemi sociali

DIECI PROPOSTE PER LA SANITÀ

In attesa del prossimo Piano regionale, ecco alcuni punti su cui anche il volontariato può lavorare, per dare trasparenza ed efficacia al sistema sanitario

di **Sandro Libianchi**

Il 10 Giugno scorso è stato emanato il decreto commissariale n. 40, avente come oggetto: “Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”; questo importante atto detta alle Asl precise regole per la stesura degli atti programmatori della loro attività, che dovranno essere poi sottoposti all'approvazione della Regione stessa e rappresenta il quadro della 'filosofia' applicativa di ogni azienda sanitaria, sia per la parte territoriale che ospedaliera.

Sinora la stesura di tutti questi atti di programmazione ed esecuzione ha pochissimo risentito di un'azione congiunta tra forze locali, rappresentanze dei cittadini e sindacali, ma purtroppo è stata gestita talora in maniera autocratica e senza appello da parte della sola parte politica e ciò non è un bene, in quanto ogni progetto a valenza profondamente sociale ed in questo caso addirittura “corporale”, non può prescindere da un'ampia e profonda condivisione. Esso deve essere costruito con il contributo del massimo numero di collaborazioni e consenso da parte di tutti gli attori in campo: cittadini sani e malati, operatori sanitari e sociosanitari, il mondo dell'imprenditoria sanitaria, il volontariato.

L'alto grado di complessità di ogni sistema sanitario comporta la necessità di rispondere ai bisogni espressi o rilevati attraverso un pari elevato grado di integrazione nella risposta erogata ed in particolare quelle complesse come gli interventi socio-sanitari. Tutti gli enti territoriali dovranno pertanto collaborare strettamente tra loro e mettere in campo risorse anche complementari tra loro pur secondo canali di finanziamento p ben distinti. L'elaborazione dei “Piani di zona” per servizi ad elevata integrazione sociosanitaria, può rappresentare una buona occasione di ottimizzazione dei sistemi sanitari regionali.

Di seguito una breve sintesi di alcune delle proposte che potrebbero determinare l'apertura di un momento di confronto:

1) Progressiva depoliticizzazione nella gestione delle Asl e degli ospedali, attraverso l'immediata adozione di un nuovo sistema di acquisizione e nomina della dirigenza sanitaria, fino al top management, attraverso il ricorso alla valutazione curriculare anonima o attraverso *referees* internazionali. Determinante potrà essere considerata anche un'adequata politica della formazione del personale sanitario.

2) **Umanizzazione del rapporto sistema sanitario-paziente** attraverso l'adozione di forme nuove e condivise, di comunicazione e di informazione che rivestono un ruolo rilevante nel favorire l'adozione di stili di vita e modelli comportamentali, come nel creare delle realistiche aspettative nei confronti di un corretto uso delle risorse sanitarie. L'impegno da parte dei media e della divulgazione scientifica devono essere ricondotti ad un maggiore rigore di completezza ed obiettività. La scelta consapevole tra diverse opzioni diagnostiche o terapeutiche implica un'informazione obiettiva finalizzata.

3) **Adozione di Piani Operativi di Trasparenza**, previsti dal D. Lgs. n. 150/2009, al fine di creare sistemi di valutazione civica e indagini per la soddisfazione del cliente-utente (es: pubblicità ai capitolati di spesa e verifiche di qualità sui prodotti acquistati).

4) **Empowerment dell'integrazione socio-sanitaria**, al fine di evitare risposte sanitarie al disagio sociale ed alle diverse fragilità, soprattutto in riferimento alle patologie psichiatriche, alle patologie da dipendenza ed all'abuso alcolico. A tale proposito appare determinante anche una rivalutazione tariffaria e di disponibilità delle Residenze sanitarie assistite (Rsa) e dei trattamenti di Assistenza domiciliare integrata (Adi) 7 giorni su 7, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati. In questo settore il volontariato può rappresentare una risorsa determinante.

5) **Approfondire le conoscenze sui flussi migratori**, anche attraverso specifiche sinergie internazionali.

6) **Rinforzo del peso organizzativo e professionale dei medici di famiglia e dei pediatri** per l'organizzazione delle "unità della

I principi ispiratori dei Piani sanitari nazionali

I principi generali ai quali si sono sinora ispirati i piani sanitari nazionali sono di tipo universalistico:

1. *universalità di accesso*: tutti devono avere la possibilità di accedere ai servizi sanitari secondo la reale necessità identificata dai professionisti della sanità.
 2. *eguaglianza nella accessibilità a tutti i servizi*: la programmazione territoriale dei servizi, la riduzione di ogni barriera geografica e la gratuità della prestazione sanitaria (fatta salva ogni forma di compartecipazione alla spesa sanitaria: ticket) devono essere garantite sul territorio nazionale.
 3. *condivisione del rischio finanziario*: il sistema di finanziamento deve garantire che il contributo individuale sia indipendente da ogni rischio di patologia e dai servizi erogati, ma determinato soltanto dalla capacità contributiva (esenzione dal ticket).
- Ogni evidenza scientifica dimostra che questo tipo di sistema di organizzazione determina un controllo ottimale della spesa sanitaria della sanità. L'universalità dell'accesso alle prestazioni sanitarie riduce ad esempio la mortalità infantile o prolunga l'aspettativa di vita nell'anziano.



Non si può rispondere al bisogno senza integrazione
Foto Paspring

cure primarie”, con accesso durante tutta la giornata e quindi creazione di un’importante alternativa all’ospedalizzazione. L’organizzazione di un’assistenza per percorsi di cura realizza l’“Integrazione territorio-ospedale”, dove il paziente viene accompagnato pur tutto il percorso sanitario da un responsabile della sua cura (*case manager*).

7) Incrementare il finanziamento regionale, ai sensi del D. Lgs n. 156 del 2010,

che attua la delega per la disciplina dell’ordinamento transitorio di Roma capitale, contenuta nella legge sul federalismo fiscale n. 42 del 2009, per la parte relativa agli organi di governo, cioè l’Assemblea capitolina, la Giunta capitolina e il Sindaco.

8) Riconsiderare il ruolo programmatico regionale, incrementandolo e ribadendo alle Asl un ruolo di erogatore privilegiato di prestazioni sanitarie, anche attraverso accordi con altri soggetti pubblici e privati sottoposti agli standard previsti e verificati, anche con il contributo dell’associazionismo e del volontariato.

9) Creazione di un piano regionale di governo delle liste di attesa, secondo le indicazioni (Piano nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012 - Linee guida nazionali del sistema Cup) e del D. Lgs. n. 124 del 1998 (in caso di superamento

dei tempi massimi di attesa c’è la possibilità per il paziente di ottenere la prestazione in intramoenia a spese della Asl pagando solo il ticket, se dovuto). Determinante appare anche il ripristino di una piena efficacia del sistema Recup.

10) Studio di un sistema di progetti-obiettivo, che veda integrarsi tutte le realtà sanitarie regionali, indipendentemente dalla condizione di accreditamento. ■

ROMA: PER UN MODELLO INTEGRATO DEL WELFARE PROVINCIALE

Una delibera quadro, un Comitato politico-istituzionale di coordinamento, una Consulta provinciale del terzo settore. Intervista con l'assessore Claudio Cecchini

di Chiara Castri

La Provincia di Roma ha lanciato un progetto strategico su welfare e politiche sociali. Lo ha annunciato **Claudio Cecchini**, assessore alle Politiche sociali, la Famiglia e i Rapporti istituzionali.

Cosa prevede in concreto il progetto?

«La Provincia di Roma, che da tempo sta lavorando con i distretti socio-sanitari e con i piani di zona e riceve molte richieste di aiuto e assistenza tecnica anche da parte dei Municipi, è disponibile a lavorare in chiave sperimentale e anticipatoria rispetto ai contenuti della nuova legge. L'idea è quella di una delibera quadro, che definisca un modello di *governance* del sistema di welfare del territorio, prevedendo, ad esempio, l'istituzione di un comitato politico-istituzionale di coordinamento a cui far partecipare su invito della Provincia i 17 assessori alle politiche sociali dei 17 Comuni capofila dei Distretti socio-sanitari della Provincia, l'assessore del Comune di Roma e i 19 assessori dei Municipi. L'obiettivo è avere un luogo di coordinamento e confronto politico-istituzionale. Si tratta solo di una proposta, ma ad oggi la quasi totalità dei Distretti ha già aderito e molti Municipi si sono dichiarati interessati. Speriamo di partire da ottobre con la sperimentazione di un modello integrato di pro-

grammazione e funzionamento coordinato del welfare provinciale».

Qual è, all'interno di questo percorso, il ruolo del volontariato e del terzo settore?

«È un ruolo di co-protagonismo insieme alla struttura pubblica, sia nella fase di programmazione e definizione sia in fase di esecuzione, mediante gli affidamenti della conduzione dei servizi. Un ruolo talmente strategico abbiamo un progetto per l'istituzione di una Consulta provinciale del Terzo settore, che, tuttavia, ha senso se è la sintesi di 17 consulte da istituire nei 17 Distretti socio-sanitari della Provincia e di 19 consulte nei 19 Municipi di Roma. Siamo favoriti dal fatto che in alcuni Distretti e Municipi queste consulte già esistono: semmai vanno rilanciate e rafforzate, ma credo che anche questa proposta, su cui ci confronteremo con il territorio, sia la riaffermazione concreta del principio che il Terzo settore è co-protagonista con la struttura pubblica, ovviamente nel rispetto di identità, ruoli e funzioni, ma in una logica di co-progettazione».

Ma come si sposa questo processo con gli interrogativi legati all'approvazione del bilancio del Comune?

«Sono molto preoccupato del bilancio del

Comune, ma anche del bilancio della Regione e ancor più del bilancio nazionale: tutti i discorsi di rilancio del welfare, protagonismo del terzo settore, tavoli, co-progettazione corrono il rischio di essere pregiudicati dal fatto che nella finanziaria 2011, che trasferisce le risorse alle Regioni e quindi a Province e Comuni, c'è una situazione non di tagli o lotta agli sprechi, ma di massacro. Ma la politica si giudica quando definisce le priorità, nei momenti in cui la coperta è corta. Il Fondo nazionale per la non autosufficienza è zero, il Fondo nazionale per le politiche di inclusione degli immigrati è zero, ma gettare, in Finanziaria, 476 milioni di euro come rata pluriennale per l'acquisto di 35 cacciabombardieri F31 o i miliardi di euro per rimborsare agli allevatori del Nord le multe, per l'evasione delle quote latte, vuol dire fare una politica che dimostra che i cacciabombardieri sono più importanti della non autosufficienza o delle politiche sociali. Peggio ancora, rimborsare le multe, vuol dire legittimare l'illegittimità».

In vista degli Stati generali provinciali

È L'ORA DELLA VITA INDIPENDENTE

La crisi del welfare porta ad abbassare gli obiettivi, ma per i disabili bisogna puntare alto

di **Loretta Barile**

«I portatori di handicap sono i migliori consulenti di se stessi, perché sono gli unici a sapere di cosa hanno veramente bisogno». Questa la frase di un relatore intervenuto alla Conferenza internazionale sulla Vita indipendente, che si è svolta a Roma nel maggio scorso. Abbiamo chiesto a **Dino**

del welfare di Ottobre sono previsti una serie di incontri tematici e territoriali. Cosa possiamo aspettarci?

«Se la Regione, ente di terzo livello, e la Provincia, ente di secondo livello, non determinano la loro programmazione confrontandosi con il territorio, ne è inficiata l'efficacia dell'azione. Ma occorre che la Regione approvi la sua proposta di legge e si apra il confronto. Dal 6 maggio abbiamo chiesto alla Regione di avviare il percorso e di darci notizie, ma, ad oggi, non ho saputo più nulla».

Altra questione aperta è il confronto con la Regione sul trasferimento delle risorse del Fondo sociale europeo per la formazione 2011-2013, il 30% di quelle previste.

«Abbiamo un tavolo di trattativa aperto con la Regione sui fondi per la formazione professionale. Abbiamo avuto comunicazioni iniziali di un fortissimo taglio dei fondi, addirittura del 50%, rispetto all'anno precedente. Speriamo si concluda nel più breve tempo possibile e sortisca effetti positivi». ■

Barlaam, direttore dell'Agenzia per la Vita indipendente, di aiutarci a comprendere questo concetto, per coglierne le potenzialità e le difficoltà di attuazione.

Di cosa si parla quando si parla di Vita indipendente?

«Si parte dal principio di autodeterminazione della persona, dalla capacità di programmazione di vita non determinata da un progetto deciso da altri e declinato in servizi. Nella mia esperienza, spesso l'incapacità relazionale deriva dal fatto che queste persone non vengono messe nella condizione di emanciparsi, condizione non agevolata neanche dalle normative, nelle quali non trova spazio il concetto di *empowerment* (potenziare le capacità di autostima per migliorare se stessi), che ribalta l'ottica, rende la persona protagonista di un servizio previsto e non semplice utente. Per rendere attuabile questo approccio, sarebbe necessaria una nuova strutturazione del welfare meno invasiva, ma a servizio del protagonismo di ognuno. Certo questa frontiera va oltre un concetto di autonomia, perché la persona con handicap può essere autonoma, ma non indipendente».

Nella nostra regione abbiamo difficoltà a ragionare sull'integrazione socio-sanitaria. Come si fa a realizzare un progetto di vita indipendente?

«È evidente che culturalmente noi partiamo da un'idea "riparatoria" di integrazione socio-sanitaria della disabilità. In realtà, quando si tratta di situazioni stabilizzate, non c'è da riparare ma da vivere. Le persone non autosufficienti, non possono costruire il proprio destino senza avere intorno un'adeguata assistenza personale, che consenta di trovare un proprio ambiente di vita, di coltivare affettività sociali e perso-

nali. Ma questo modello trova con difficoltà una collocazione all'interno delle politiche sia regionali che nazionali, anche se noi come associazioni riteniamo che siano maturi tempi perché la vita indipendente diventi un obiettivo.

La riforma della politica sanitaria chiede di individuare gli obiettivi prioritari e, come indica il Piano d'azione dell'Unione europea 2010/2020 sulle persone disabili, la destituzionalizzazione e la domicilia-rietà rappresentano obiettivi a cui non possiamo sottrarci dal punto di vista politico, etico e sociale».

Come associazione quali step prevedete per il raggiungimento?

«Alla base c'è il progetto personalizzato su ogni persona: non può esistere un modello standardizzato. È evidente che questo progetto personalizzato è possibile immaginando la convergenza dei diversi servizi che i vari enti sono in grado di mettere in campo. È difficile, perché ancora non esiste un'idea di come decodificare i bisogni in maniera più scientifica, ma ci si affida al buon senso degli operatori. Le associazioni possono fare molto in questo senso, mettendo a disposizione le esperienze e competenze.

Sarebbe necessario impostare una strategia di *empowerment*, favorire la costruzione di centri dove persone con disabilità possano trovare consulenze alla pari, trasferire esperienze da uno all'altro, mostrare che ci sono persone che ci sono riuscite. Questo darebbe molta fiducia: la persona deve credere nel proprio progetto». ■

“**Culturalmente noi partiamo da un'idea riparatoria di integrazione socio-sanitaria della disabilità**”

SALUTE MENTALE: SERVONO I SERVIZI TERRITORIALI

È ora di investire, non di tagliare. E di creare un governo della salute mentale e non.

Intervista con Gisella Trincas, presidente di Unasam

di **Lucia Aversano**

L'Unione nazionale delle associazioni per la Salute mentale, il 17 giugno scorso, ha organizzato, all'interno di Sanit, un convegno sulla salute mentale comunitaria, per chiederne la realizzazione. Facciamo il punto con la presidente, **Gisella Trincas**.

Crisi: cosa implicano i tagli?

«I tagli cadono su una situazione già povera. Ci sarebbero dovuti essere degli investimenti e non dei tagli. I servizi sono fragili, perché poveri e perché dotati di scarse risorse professionali (non hanno le piante organiche al completo), permangono i problemi relativi alle pratiche, ossia di come i servizi lavorano».

Cosa vorreste?

«Per i servizi territoriali, la nostra idea è quella di averli aperti h 24, così organizzati potrebbero rispondere meglio ai bisogni. Vorremmo inoltre per i Centri di Salute mentale maggiori risorse, al fine di costruire percorsi personalizzati di cura. La cura e l'intervento, infatti, sono standard nella stragrande maggioranza dei servizi: intervento farmacologico, intervento nelle urgenze e poco altro».

E le cattive prassi...

«Le cattive prassi sono le pratiche coerci-

tive. Quindi legare le persone al letto, tenere le porte chiuse, fare un uso considerevole di psicofarmaci. Interventi che non aiutano a stare meglio, ma al contrario allontanano dai servizi e non danno la possibilità di costruire rapporti di fiducia privando le persone della possibilità di farcela adeguatamente sostenuti. Non è solo un problema culturale, ma anche assenza di risorse: pochi operatori mal distribuiti, la formazione degli stessi, e forse anche una cattiva distribuzione dei servizi».

Quando parlate di cattive prassi a chi vi riferite?

«Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura, cioè servizi ospedalieri che la legge ha individuato, per fronteggiare le situazioni di urgenza e di emergenza, che hanno tra l'altro solo 15 posti letto, e che nella stragrande maggioranza dei casi non sono in grado di aiutare, curare e sostenere le persone, senza far ricorso alle pratiche coercitive».

Quale potrebbe essere la soluzione?

«Il punto dolente sta nella mancanza di una regia dei servizi. Manca un governo complessivo della situazione della salute pubblica e della salute mentale pubblica e le regioni fanno un po' quello che vogliono».

È questo che intendete quando parlate di salute mentale comunitaria?

«Quando parliamo di salute mentale comunitaria parliamo di servizi capaci di stare nel territorio, in grado di leggerne i bisogni e capaci di integrarsi con esso, dunque capaci di sviluppare azioni pratiche, con gli enti locali, con l'associazionismo e con la cooperazione sociale. A tutto questo, manca un governo centrale, perché pur essendo le Regioni ad avere la competenza esclusiva in materia sanitaria, il Governo, attraverso il Ministero della salute, potrebbe mantenere la programmazione, verificare il monitoraggio e controllare che i soldi dello Stato siano spesi in maniera adeguata».

E nel Lazio come andiamo?

«Non bene. Il problema, che si trascina da tempo, è quello delle cliniche psichiatriche private, che assorbono una quantità incredibile di risorse finanziarie pubbliche. Se le aziende sanitarie devono pagare i ricoveri delle persone, che hanno un problema di sofferenza mentale, è chiaro che le risorse per far funzionare i servizi territoriali sono assolutamente scarse. Ci dovrebbe essere una programmazione seria con tutti i soggetti interessati: Regione, Assessorato regionale della sanità e così via, per iniziare a pensare di modificare la spesa, costruendo servizi e percorsi sul territorio, perché le persone non finiscano ricoverate in una clinica privata». ■

ANZIANI: UNA BUONA PRASSI DA ESPORTARE

I Rioni storici di Roma protagonisti di un progetto sperimentale per l'assistenza domiciliare. Che fa risparmiare risorse e va incontro alle esigenze reali

di Elide Maltese

Gli “Anziani al centro”: al centro dell'attenzione pubblica, al centro delle politiche sociali, al centro di... Roma! È infatti nel I Municipio di Roma Centro Storico che si è sviluppato il nuovo progetto sperimentale per il benessere delle persone anziane e lo sviluppo dei rapporti intergenerazionali.

Ma andiamo con ordine: l'importanza di questa sperimentazione risiede nelle particolari caratteristiche che il territorio del centro storico di Roma possiede: una forte prevalenza della popolazione anziana e una

presenza di cittadini immigrati di gran lunga superiore al resto della città. Il progetto infatti vede anche il coinvolgimento attivo della popolazione del territorio, in particolare delle fasce giovanili e degli immigrati, per perseguire un altro obiettivo, quello di alzare il livello di coesione sociale, di contrastare l'isolamento della popolazione anziana, e più in generale di alzare il livello di attenzione e di responsabilità del tessuto sociale verso le difficoltà, ma anche verso le possibilità che chi è anziano vive e possiede.

«Il progetto nasce dalla radice di uno pre-



Ad oggi, con “Gli anziani al centro” sono assistite 6mila persone.

“dimissioni protette” perché consiste nell’assistere l’anziano quando esce dall’ospedale per un tempo che varia dai 2 ai 4 mesi), è messa a disposizione dalla Caritas. Infine c’è la possibilità di inserimento in una Rsa del territorio, in questo caso il Regina Margherita, per un periodo di 90 giorni. Quest’ultima è la prima a Roma che accoglie anziani dentro Roma, solitamente infatti, queste strutture sono fuori città, e quindi sono scomode e fuori mano per le famiglie che accompagnano i propri anziani.

cedente, dal titolo “Viva gli anziani”», spiega **Fabrizia Di Profio**, capo progetto, responsabile dei Servizi sociali del Municipio Roma Centro Storico, «realizzato dalla Comunità di Sant’Egidio. La Comunità ha proposto al Municipio di farlo diventare un progetto con più partner: il Municipio come capofila, poi Sant’Egidio, Caritas, le Asl e l’Ipab. Abbiamo avuto i finanziamenti dalla Regione. “Viva Gli anziani”, così, è diventato “Gli anziani al centro”, ed è stato aggiunto un altro Rione storico, l’Esquilino».

È iniziato ufficialmente un anno fa e le azioni principali, suddivise fra i vari partner, sono: il monitoraggio sul territorio, la formazione, la domiciliare leggera e l’inserimento nell’Rsa di territorio. Del monitoraggio (che in termini concreti significa: telefonate agli anziani del territorio o visite a casa per capire se hanno bisogno di qualcosa), si occupa il Municipio. Del corso di formazione per gli addetti ai lavori si occupa Sant’Egidio. La domiciliare leggera (servizio chiamato anche

Il vantaggio sociale e politico

Un progetto molto importante quindi, ma soprattutto unico, considerando che non solo manca in tutti gli altri quartieri di Roma, ma è assente anche nelle altre province del Lazio. Facendo gravare così la cura degli anziani sulle famiglie, spesso già affaticate da difficili orari di lavoro, bambini e altro, e soprattutto lasciando completamente soli quelli che non possono nemmeno affidarsi ai propri cari.

«Noi abbiamo chiesto di continuare questo progetto», continua Di Profio, «per aumentare ancora di più il numero degli anziani assistiti. Ad oggi sono 6mila. Sarebbe un vantaggio per tutti: spesso si sottovaluta il beneficio anche economico: l’assistenza di un anziano a casa costa 50 centesimi al giorno, con una diminuzione notevole dei costi della sanità pubblica. Oltre al fatto che per l’anziano rimanere a casa è, naturalmente, la condizione ideale. Più si investe nel sociale, meno si spende in spese pubbliche, più stiamo bene noi cittadini». ■