

SOLO I VENTI, FORSE, NON CAMBIANO MAI DIREZIONE. GLI UOMINI SÌ!

COME CAMBIARE IL NOSTRO WELFARE DEI SERVIZI

FAUSTO GIANCATERINA

GIA DIRIGENTE DELL'U. O. DISABILITÀ E SALUTE MENTALE DI ROMA CAPITALE

Dobbiamo tornare a produrre - prima che azioni ripetitive o improvvisate - idee forti, portanti e valide che costituiscano un solido riferimento di concretezza, coerenza e consistenza evolutiva per i servizi che riguardano direttamente le persone, ed in particolare le persone che fanno fatica a tenere il passo

UN LUNGO PROLOGO

Dopo tanti anni di lavoro diretto con e per il "mondo" della disabilità, ora svolgo il mio "volontariato" partecipando attivamente a consulte, a incontri formativi con operatori, con cittadini/utenti e con pubblici amministratori. In queste occasioni, a parte piccoli racconti di positive e geniali soluzioni, sento sempre più spesso il racconto degli stessi problemi, delle stesse richieste di soluzioni che non arrivano, della stessa povertà dei mezzi disponibili. Sembra di sentire quei tanti ritornelli stanchi delle nenie un po' ossessive che usiamo per far addormentare i bambini. Di solito ne esco con un fastidioso senso di impotenza e di pericolo per imminenti regressioni su servizi faticosamente conquistati.

Le risposte si sono rattrappite e intanto, tutt'intorno, subdolo e minaccioso, si sente forte l'eco di uno sgretolarsi del nostro *welfare sanitario*, che sentiamo sempre più inadeguato e ridotto. *I colpi più efficaci* stanno assestando la cultura *neoliberista* e tutti i seguaci del *post/welfarismo*, i quali, sbandierando il diritto individuale alla libertà di scelta e giocando sul lento assottigliarsi delle risorse disponibili, rappresentato come un fatto inevitabile, vogliono convincerci che bisogna rassegnarsi al fatto che lo Stato non potrà più "arrivare" a tutti. Questi signori, in alternativa, propongono affascinanti soluzioni "fai da te", presentandole come alternative e/o complementari al nostro sistema pubblico e universalistico. In realtà, vogliono privatizzare la sanità pubblica, non fanno altro che portare acqua ai mulini delle

aziende private di assicurazioni sanitarie, aiutati, per la verità, anche da strutture sanitarie pubbliche e/o convenzionate che, con una gestione opaca delle liste d'attesa, fanno subire al cittadino lunghi tempi di attesa, mentre viene loro fatto intendere che tutto diventerebbe più rapido e ragionevole se si accettasse di accedere a prestazioni a pagamento o attraverso assicurazioni integrative o con pagamento diretto, utilizzando, magari, strutture private o il sistema di accesso di libera professione "intra moenia", praticato dallo stesso personale medico di quella struttura pubblica e/o convenzionata.

Si tratta, quindi, di un pericoloso scivolamento verso un sistema che, oltre a favorire soluzioni individuali di mercato, condiziona pesantemente l'accesso e la fruibilità dei servizi alla disponibilità di risorse economiche personali. Del resto, un'altra discriminazione è già in parte in atto a causa del sistema dei *ticket* sanitari: in molte regioni molti cittadini, per questo motivo rinunciano a curarsi o per indisponibilità economica o per scelte personali di altre priorità d'impiego delle poche risorse. Tutto questo avviene in quel mondo della cura che ha come principale riferimento la struttura ospedaliera. Ma il problema si complica se proviamo a mettere lo sguardo nelle strutture sanitarie territoriali e soprattutto, se non ci fermassimo a considerare in modo restrittivo il concetto di salute. Vale a dire se non ci fermassimo al concetto di salute (o sanità) come solo sistema di cure in caso di malattia, e non parlassimo, invece (come sarebbe più

giusto e scientificamente più valido), di *salute* come quell'insieme di azioni che portano la persona verso uno stato di ragionevole *bene-essere* complessivo.

Domanda: stiamo a guardare che ci sfilino da sotto i piedi il nostro *welfare sanitario* o vogliamo partecipare ad azioni per esigere che le *politiche sanitarie* di ogni regione garantiscano almeno i LEA, quali diritti costituzionalmente esigibili, e che, oltre a garantire il diritto alla cura in caso di malattie, debbano prendere in considerazione anche i determinanti sociali di salute, rapportandosi e coordinandosi con le politiche sociali, economiche, ambientali, culturali per una produzione di salute, cioè di *bene-essere* dei cittadini?

Difendere un *welfare sanitario* pubblico e universale da quelle insidie di cui sopra, richiede anche di contrastare la tendenza ad imporre alla dirigenza dei servizi una valutazione di impronta economicista e prestazionale (basterebbe chiedere ai direttori generali delle ASL su quali parametri venga valutato il loro lavoro!) e per cui gli operatori, pressati da richieste di standardizzazione dei processi, si sentono responsabili degli atti e non degli esiti¹. Si tratta di contrastare alcune culture dominanti che tentano di farci seguire un pensiero debole, settoriale, rassicurante e a volte autoreferenziale, ma che in realtà paralizzano la nostra capacità di proporre e produrre cambiamento.

Per reagire serve produrre: pensiero forte, proposte, soluzioni, un *nuovo* contro un *vecchio* modo di essere professionisti; servirebbe una voglia matta di ricerca, di come produrre nuova cultura sociale e professionale. In una parola serve che - come ripeterebbe il compianto Bomprezzi, (e che ormai sta diventando una mia patologica ossessione): *Riprendiamo il cammino delle idee!*²

Questo invito lo rivolgo a tutti coloro che, quindi, non vogliono rassegnarsi e non vogliono mortificare la loro azione e il loro lavoro, riducendolo a semplice quotidiana sequenza di prestazioni professionali

standardizzate e ripetitive, svuotate di ogni capacità di lettura dei segni di cambiamento che ci vengono dalle persone delle quali cerchiamo di accompagnare l'esistenza.

Dobbiamo tornare a produrre - prima che azioni ripetitive o improvvisate - idee forti, portanti e valide che costituiscano un solido riferimento di concretezza, coerenza e consistenza *evolutiva* per i servizi che riguardano direttamente le persone, ed in particolare le persone che *fanno fatica a tenere il passo*.

Senza questa prospettiva rischiamo di restare unicamente dispensatori di sollievo dai bisogni!!

Non servono dichiarazioni teoriche e rassicuranti di lotta all'emarginazione se poi accogliamo, in nome di pseudo/necessari interventi specialistici, la creazione di etichette selettive per tipo di patologie. Sono processi generativi di esclusione, di contenitori specialistici anche se belli e accoglienti o di piccole dimensioni, molto lontane, per la verità, dagli antichi ghetti manicomiali e simili, ma pericolosamente esposte a scivolamenti neo-istituzionalizzanti.

Creiamo, senza accorgerci, delle classificazioni che generano a loro volta scale di priorità (prima i "gravissimi" e/o le emergenze e poi...), dando l'alibi ad amministratori pubblici che non credono più in programmi di *welfare* universale, ma spingono verso un *welfare* selettivo, o peggio, residuale. Noi, però, che stiamo cercando nella nostra quotidianità di non cadere nella trappola di pratiche autoconsolatorie e autoreferenziali, che non vogliamo rifugiarsi nella tecnicità specialistica e settoriale, avendo capito benissimo che, come ci insegna Andrea Canevaro, lo sviluppo delle capacità adattive delle persone, avviene soprattutto nelle varietà e molteplicità delle relazioni, vale a dire attraverso i rapporti con coloro che le persone incontrano nella quotidianità - a volte caotica e imprevedibile - della vita sociale.

¹ Cfr.: Vecchiato T., Editoriale: *Clinica professionale*, Studi Zancan, 1/2018.

² Cfr.: Giancaterina F., *Servizi: è tempo di cambiamento. Riprendiamo il cammino delle idee!*, in: *Disabilità complessa e servizi*, Gruppo Solidarietà, Moie di Maiolati (AN), 2016, p. gg. 16-32.

Questa prospettiva inclusiva ci aiuterà a produrre quel cambiamento per il benessere delle persone, attivando i "contesti vitali", quelli della normalità sociale, con dinamiche sociali che fanno di vicinanza e di appartenenza a quelle comuni esigenze uguali per tutte le persone.

Quindi: "*Riprendiamo il cammino delle idee*" è un invito a incamminarci verso la costruzione di un equilibrato lavoro che non si limiti a risposte tecniche, ma che sia capace di produrre partecipazione del contesto sociale, stimolandone, se necessario, la nascita e la crescita.

E' un invito a iniziare un percorso formativo permanente tentando, prima di tutto, di fare *manutenzione* in casa propria, partendo dagli *impliciti valoriali* di "normalità", "individualità", "selettività", "competitività"³. Si tratta di interrogarci e mettere sotto lente, riflettendo criticamente su tali convinzioni e valori che riteniamo acquisiti una volta per tutte e che pensiamo non sia più necessario riesaminare e rimettere in discussione, non accorgendoci che sono questi impliciti valoriali a dare senso e motivazione al nostro agire professionale, specie quando si tratta di accompagnare l'esistenza - cangiante e multidimensionale - di quelle persone che ci chiedono un sostegno e una mediazione discreta e competente per fare insieme un pezzo di strada più o meno lungo.

Riprendiamo il cammino delle idee è anche un impegno sociale, soprattutto oggi, perché i nostri contesti vitali, purtroppo, sono sempre più attraversati da una forte crisi culturale e sociale:

- è sempre più difficile attivare la partecipazione dei cittadini e cresce sempre più l'assenza dei cittadini alla vita pubblica della propria comunità, con scarsa attenzione alla promozione di valori tendenti al "bene comune", allo sviluppo e al consolidamento di un *welfare di comunità*. Cresce contemporaneamente il senso di abbandono e di isolamento e cresce un utilizzo massiccio e passivo dei media, specie

della televisione.

- Prevale la cultura individualista: l'IO si riorganizza, si rinchiude, a volte si fa cattivo, a scapito del NOI, con l'obiettivo di potenziare solo sé stesso (successo, denaro, potere, dominio).

- "La nostra è una società dove si comunica molto, ma si dialoga poco, creando così le condizioni per l'isolamento e la solitudine, che sono alla base di ogni forma di sofferenza psichica"⁴.

Noi, ovviamente, non accettiamo una tale situazione e vogliamo attivare nuovi processi di cambiamento strutturale in cui tutti i determinanti che costituiscono in positivo o in negativo *la qualità del benessere* delle persone costituiscano un *unicum* coordinato e coerente. Vogliamo un nuovo modo di partecipazione e di responsabilizzazione di tutti i cittadini e trovare con loro una vera sintonia d'intenti. Ma per risintonizzare i servizi occorrono importanti azioni:

1. Neutralizzare la madre di tutti i disagi: la divisione tra sociale e sanitario!
2. Riportare il nostro *welfare* a praticare il linguaggio dei diritti di cittadinanza.
3. Produrre, a sostegno, valori e forti convinzioni.

NEUTRALIZZARE LA MADRE DI TUTTI I DISAGI: LA DIVISIONE TRA SOCIALE E SANITARIO!

*L'antefatto: l'invenzione del giro dell'oca dell'assistenza.*⁵ Siamo agli inizi degli anni ottanta. Si avvertono diversi segnali di crisi economica e, di riflesso, i primi problemi sulla sostenibilità dello stato sociale. I cittadini temono una contrazione dei propri stati di benessere raggiunti e richiedono nuovi e più efficaci servizi. L'effetto inatteso: un'esponenziale crescita della spesa sanitaria. Per molti amministratori, è un segnale di incontrollata crescita della spesa sanitaria e quindi bisogna ricorrere ai ripari: servono cambiamenti istituzionali e serve porre sotto controllo la spesa, ridimensionando l'impegno economico delle USL nei servizi territoriali. Ed ecco puntualmente

³ Cfr.: Medeghini R., *Idee di differenze*, Dagli impliciti pedagogici delle integrazioni all'educazione inclusiva, in *Animazione Sociale*, n. 10/2009.

⁴ Veronesi U., *L'Italia che non pensa*, La Repubblica, 18 sett. 2011, pg. 30.

⁵ Giancaterina F., *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza*, Franco Angeli, Milano 2006.

arrivare due sigilli normativi: *Il primo* è il DPCM 8 agosto 1985 (noto come Decreto Craxi) che formalizza la separazione istituzionale della spesa tra le prestazioni sociali, di competenza dei Comuni, e le prestazioni sanitarie di competenza delle USL. *Il secondo* è il Decreto Legislativo 502/92 (riguarda la revisione della L. 833/78) che sancisce la sottrazione della gestione ai Comuni e trasformazione della USL in Azienda manageriale regionale.

Un assetto organizzativo-amministrativo utile per il controllo della spesa e per introdurre verifiche di efficienza in analogia con quello che avviene nelle aziende private.

Secondo alcuni analisti, tra i quali Franca Olivetti Manoukian: *"Si impone un'impostazione complessiva incardinata su modello fordista, impregnato di razionalità astratta, incentrato sulla divisione a tutti i livelli, in settori, in uffici, in competenze operative a seconda delle categorie e degli inquadramenti, sulla definizione di regolamenti e procedure sempre più minute, sui controlli formali, sul privilegiare le comunicazioni dall'alto al basso e scoraggiare le interazioni orizzontali. In definitiva un'impostazione verticistica che induce una deresponsabilizzazione diffusa"*.⁶

Arriva una netta differenziazione tra le ASL e i Comuni, producendo una serie di asimmetrie⁷ a livello istituzionale, amministrativo, finanziario organizzativo e professionale. Ma per i cittadini, in particolare per le persone che fanno fatica a tenere il passo, si genera nella maggior parte dei casi, una sconcertante confusione che produce un rimandare le persone dalla ASL al Comune, dal Comune alla ASL, dalla ASL agli Enti accreditati e poi ancora al Comune: *il giro dell'oca dell'assistenza*, appunto! Questo cambiamento, ovviamente, si ripercuote anche nell'organizzazione dei servizi.

Negli anni seguenti il nostro welfare dei servizi - pur con lodevoli eccezioni - viene

man mano strutturandosi su modelli, forme di intervento e relative competenze come lavoro quasi esclusivo sulle persone, o meglio sui casi. Le professioni sanitarie subiscono una forte spinta verso la specializzazione. *"La presa in carico di casi individuali segue l'impostazione di natura fondamentalmente clinica del trattamento di cura. Questa impostazione prevede la sottrazione della persona dal suo contesto e il trattamento del suo problema a prescindere dal contesto"*.⁸

Siamo ormai in presenza di un sistema tipicamente costruito da "filieri" tecnico/amministrative disposte in parallelo, a canne d'organo, che fa sempre più fatica ad utilizzare un approccio basato sulla multidimensionalità della persona un essere vivente unitario, *"invece siamo riusciti, come ci ricorda Stefano Ricci - a dividere questa unità - che è/sarebbe inscindibile - non solo frammentando le risposte, ma soprattutto separando la responsabilità istituzionale delle prestazioni, dei costi, delle competenze tra "sanità" e "sociale", tra Comuni e Aziende sanitarie. Lo spartiacque è quel DPCM 8 agosto 1985 e, in qualche modo, da allora si è dovuto parlare di integrazione tra sociale e sanitario, si è dovuto cercare di ricomporre (in genere senza riuscirci) ciò che è stato spacchettato"*.⁹

Ci ritroviamo con modelli differenti per ogni regione e, purtroppo, quasi sempre con servizi settoriali e poco comunicati e sempre più in difficoltà. Ma l'esperienza negativa degli scorsi anni, che ha spesso prodotto risultati parziali, gli studi e le evidenze scientifiche, nonché l'ICF, ci dimostrano che non possiamo più tollerare separazioni di nessun genere e che l'integrazione sociosanitaria sia l'iniziale *conditio sine qua non* per avviare un radicale cambiamento per una *co-progettazione* fatta di presa in carico integrale, di un sistema di valutazione e valorizzazione multidimensionale, di un progetto di vita

⁶ Olivetti Manoukian F., *Produrre servizi e tutelare diritti*, in Animazione Sociale n. 290/2015, pag. 21..

⁷ Ricci S., *L'integrazione tra sociale e sanitario raccomandazioni per l'uso*, in: Prospettive Sociali e Sanitarie n.1.2/ 2014.

⁸ Matteo Fiani (a cura di), *Intervista a Ota De Leonardis*, Animazione Sociale, ottobre 2008 pgg. 3-11.

⁹ Ricci S., *L'integrazione tra sociale e sanitario raccomandazioni per l'uso*, Prospettive Sociali e Sanitarie n. 1.2/2014.

personalizzato e di un sistema valutativo che certifichi un buon livello di qualità della vita. Del resto è dimostrato che *“la mancata integrazione tra sociale e sanitario acuisce oggi le disuguaglianze nella salute, perché lascia alle persone e alle loro diseguali possibilità e capacità il compito di integrare cura e assistenza”*¹⁰. E’ quindi ora di smetterla con questa innaturale settorializzazione della persona, molto funzionale forse per le professioni, ma per nulla efficaci per le persone, specie di quelle che oltre a interventi sanitari necessitano di protezione sociale.

RIPORTARE IL NOSTRO WELFARE A PRATICARE IL LINGUAGGIO DEI DIRITTI DI CITTADINANZA

Gli attuali servizi sono nati in epoca (anni '70) di grande innovazione e di forte partecipazione degli operatori. Crediamo che debbano essere gli operatori a rivestire il ruolo di motori di cambiamento ed essere generatori di crescita e di partecipazione. Diversamente bisognerà rassegnarsi a proporre un freddo supermercato dove passivamente si va a prendere e consumare prestazioni di vario tipo!

E’ ancora possibile ritrovare una sintonia d’intenti, una visione, una programmazione e un governo unitari? Crediamo fermamente che sia possibile! Si sta facendo strada un nuovo processo partecipativo alcuni di noi lo chiamano *Welfare di prossimità e generativo*, significando che con convinzione dobbiamo dedicare parte del nostro tempo e lavoro professionale a creare reti sociali nei luoghi in cui normalmente si svolge la vita di ognuno di noi.

Crediamo che sia possibile se riusciamo a “risintonizzare” i servizi e le professioni su azioni di *tutela ed esigibilità dei diritti*. La sfida di *Recovery* nella salute mentale e il movimento *“Disabilità e diritti: passare dai principi alla pratica”*, per la piena attuazione del dettato della Convenzione ONU¹¹, sono segnali di voglia di cambiamento. Servono proposte che cambino radicalmente le logiche operative dei servizi e

che ridiano voce a tutti gli attori coinvolti. Su questo scenario noi scegliamo caparbiamente di continuare a parlare di comunità, di biografie, di *“persone con desideri, potenzialità, limiti. Persone cioè dotate di una propria irriducibile identità”*¹². Persone che hanno diritto ad esercitare pienamente la loro cittadinanza, come ci impone la nostra Costituzione: *“Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società”* (art. 4, 2° comma.).

PRODURRE, A SOSTEGNO, VALORI E FORTI CONVINZIONI

Dopo tutto quello che abbiamo detto, vi offriamo un nucleo di valori fondamentali in nove punti che possiamo chiamare **“Nonalogo”**. Con questa proposta vogliamo sorreggere una cultura e un’azione di accompagnamento delle persone con disabilità, con una particolare attenzione a sorreggere progetti per garantire il diritto all’abitare.

Una carta valoriale da assimilare per sostenere un’azione coerente ed efficace che renda attuabile (pur nel mutare delle esigenze, delle potenzialità e delle difficoltà della persona) l’accesso a tutte le opportunità per un reale *bene-essere* e per raggiungere il livello più alto possibile di autorealizzazione e di inclusione sociale, in una parola: *per esercitare pienamente il diritto di cittadinanza*. Dobbiamo rafforzare questi valori che danno senso e azione robusta e che ci aiutano in quel lavoro fatto di *progettazione a più voci*: un saper lavorare in un sistema/servizi che eserciti con competenza una vera *presa in carico*, che coinvolga diversi soggetti sociali e istituzionali, che chiami in gioco nuove collaborazioni a livello territoriale, che padroneggi con forza competenze tecniche, innovative e qualificate, nelle quali assumono grande peso le capacità di costruire con tutti gli attori progetti di vita

¹⁰ Camarlinghi R., d’Angella F. (a cura di), *La costruzione sociale della salute*, Animazione Sociale n. 287/2014, p. 21.

¹¹ cfr.: *Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità*

¹² M. Colleoni, *Rendere pratico il principio del nessuno escluso*, Animazione Sociale n. 284/2014, pag. 86.

personalizzati.

Alcuni passaggi che per esposizione teniamo separati, ma che in realtà devono restare fortemente integrati:

a) *Prima di tutto partire dalla centralità della persona*, la sua multidimensionalità e la conseguente necessità di un approccio che *chiamiamo progetto di vita personalizzato, sostenuto dal sistema operativo denominato **budget di salute*** che possiamo considerare *un paniere di possibilità* (risorse formali e informali: della persona, della famiglia, dei servizi, nonché le risorse economiche, professionali e partecipative della comunità) *un paniere che l'Unità di Valutazione Multidisciplinare potrà avere a disposizione per co-progettare e co-produrre il progetto di vita personalizzato;*

b) *riorganizzare i servizi e presa in carico su base dei diritti e non più sui bisogni, rifiutando l'attuale tendenza a segmentare in comparti specialistici le persone, per nulla utile a garantire l'unitarietà delle persone stesse: "si tratta di restituire ai diritti un ruolo e una collocazione centrali nella concezione, pianificazione e organizzazione del sistema sanitari: è urgente e necessario smettere di considerare i diritti come "contesti desiderabili" della offerta di salute da parte dei sistemi sanitari ma come indicatori (ossia "misure") sostanziali della politica, della pianificazione e della erogazione di salute e sanità"*¹³;

c) *produrre un sistema partecipato di monitoraggio e valutazione dei diversi progetti di vita, della qualità della vita delle persone.*

d) *discutere, ampliare e, se necessario, modificare il nonalogo.*

IL NONALOGO

1. Crediamo nella centralità della persona e non nella centralità del budget. Per tutti noi sono i diritti ad avere la priorità rispetto ai bisogni, ed è l'esigibilità dei diritti a determinare l'organizzazione dei servizi, attraverso risposte co-progettate, co-prodotte e seguite da un'attenta e continua "manutenzione", alimentate dalla respon-

sabile partecipazione di risorse pubbliche, risorse di impresa sociale e risorse della comunità locale. Siamo fortemente parte di tale comunità e quindi abbiamo la consapevolezza di fare azione politica a servizio delle città e dei suoi cittadini, per costruire, in sintonia con il proprio contesto sociale, economico, culturale e di senso, un sistema di garanzia all'esigibilità dei diritti di cittadinanza ed in particolare del diritto all'abitare nei normali contesti di vita.

2. Crediamo che accompagnare l'esistenza delle persone sia questo il nostro lavoro e non la ricerca di un paradigma astratto di normalità. La nostra azione ha quindi un duplice obiettivo: vogliamo da una parte, con competenza, contribuire a far evolvere le potenzialità delle persone e dall'altra aiutare i contesti di vita, gli altri, a riconoscere pienamente le loro identità e ad interagire positivamente con loro, ben consapevoli che solo in tal modo possiamo costruire opportunità con quel giusto clima di accoglienza, di serena convivenza e di rispetto, che escluda mondi finti e decontestualizzati.

3. Crediamo che la dimensione territoriale sia la dimensione dove la persona vive, dove gioca la sua socialità e la sua salute. Le decisioni delle Istituzioni devono rispettare tale dimensione, sempre e comunque garantendo i diritti costituzionalmente garantiti alla persona, come i LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*).

4. Crediamo che sia necessaria la consapevolezza di una nuova cultura della salute, necessaria per riconoscere, prima di tutto, l'importante distinzione tra sanità e salute: tra cura delle malattie e costruzione del benessere personale e sociale, compresi i desideri e il diritto alla loro realizzazione. Il diritto alla salute, pur variando con il tempo, l'età, il contesto sociale, economico, lavorativo e relazionale, ha bisogno di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, (*integrazione obbligatoria per legge: art. 3 septies del D.Lgvo 229/99*), in grado di garantire continuità e appropriatezza nelle azioni, richiedendo,

¹³ Saraceno B., I sistemi sanitari non sono disegnati per i bisogni dei cittadini, in: www.Souqonline.it n. 10-2014.

per questo, un percorso inclusivo che si sviluppi in una dimensione temporale prolungata, che parta dalle fasi preventive e attraversi il "durante" e sostenga adeguatamente tutti i "dopo".

5. Crediamo che il lavoro di rete sia indispensabile per una effettiva inclusione delle persone, per costruire progetti di vita personalizzati, sempre sostenuti da servizi integrati: sociali e sanitari, educativi, formativi, lavorativi e di inclusione sociale. Vogliamo attuare il *protagonismo delle persone*, costruendo insieme i singoli progetti personalizzati alla cui produzione partecipano le persone interessate, le loro famiglie, le loro comunità, facendo massima attenzione ad una visione multidimensionale degli interventi, e strutturarli, se necessario, nella modalità di un contratto vero e proprio.

6. Crediamo che sia un nostro dovere di promuovere la salute (benessere) di tutti, inclusi gli operatori. Operatori sempre più impegnati, prima di tutto, nel rispetto dell'umanità delle persone e del loro diritto di cittadinanza e poi nel dovere di orientare, in tale senso, l'organizzazione e le scelte quotidiane del loro luogo di lavoro, rompendo la tendenza verso pratiche di standardizzazione degli interventi, con il pericolo di istituzionalizzazione, abbandonando la sicura cinta del servizio e il rassicurante ed esclusivo rapporto duale o le pratiche di intrattenimento laboratoriale, per avventurarsi in progetti inclusivi ed essere "*tessitori di relazioni*" che li impegnano ad immergersi nei contesti reali di vita e accompagnare le persone nei diversi luoghi in cui la comunità vive. Questi operatori hanno diritto alla massima attenzione della loro salute che richiede un forte investimento organizzativo a tutela del loro benessere.

7. Crediamo di dover contribuire alla costruzione di un *welfare* diverso dall'attuale, pericolosamente incanalato verso una prospettiva residuale di sola emergen-

za; un *welfare* comunitario che si muova con la logica dell'investimento e non con la logica del costo; che vada oltre la concezione di uno sviluppo e di un uso individualista delle competenze. Vogliamo alzare gli occhi e riaffermare l'imprescindibile nostra natura di persone positivamente interdipendenti, che, assecondando la nostra natura collaborativa, possano contaminare il nostro contesto di vita, accettando la "diversità" come valore e non come stigma, favorendo lo sviluppo e il riconoscimento multidimensionale di capacità e competenze, a servizio di azioni condivise di benessere personale e della comunità.

8. Crediamo nella nostra capacità di attivare un cambiamento culturale della sussidiarietà: rendere possibile, necessario e ragionevole affidare al livello più prossimo alle persone la realizzazione di interventi che valorizzino le risorse informali di cura dei propri contesti di vita e che promuovano il cambiamento e l'evoluzione di quel microcontesto sociale e culturale in cui vive la persona, elemento determinante per un possibile suo bene-essere.

9. Crediamo di voler creare opportunità di inclusione, di partecipazione, di cittadinanza attiva, orientate nella duplice prospettiva di *diritti esigiti*, ma anche di *doveri di restituzione* alla comunità dei benefici ricevuti e quindi di messa a disposizione delle comunità delle proprie capacità, per allargare la costruzione del benessere.

In estrema sintesi: sarebbe interessante se si attivasse un confronto continuo, quotidiano tra ciò che vorrebbe esprimere il nostro profondo essere e ciò che invece ci viene chiesto, a volte in modo silenzioso o confuso dal coloro che sono i *co-produttori* del nostro lavoro. Riconfrontarsi per entrare sempre più in sintonia, ecco lo scopo di questa proposta.

