

UN'ALLEANZA ED UN MANIFESTO PER LA TUTELA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

MAURIZIO MOTTA E SALVATORE RAO,
ASSOCIAZIONE BOTTEGA DEL POSSIBILE, TORRE PELLICE

Un manifesto per aprire un dibattito sia sul piano politico che culturale sulla condizione di non autosufficienza che colpisce un numero crescente di persone. Una popolazione particolarmente esposta anche a causa dell'allungamento delle aspettative di vita che si sono affermate nel nostro Paese.

Nel 2017 si è formata in Piemonte una "Alleanza per la tutela della Non Autosufficienza", promossa da persone e organizzazioni (ACLI, Fondazione Promozione Sociale, Forum terzo settore, La Bottega del Possibile), che ha elaborato un "Manifesto per la non autosufficienza", presentato in un incontro pubblico alla presenza degli assessori al welfare e alla sanità in carica. All'Alleanza hanno sinora aderito circa 700 soggetti (persone, organismi, Amministrazioni locali). Gli obiettivi erano (e sono):

- a) Far crescere l'attenzione delle istituzioni, della società civile e dell'opinione pubblica, su una condizione che coinvolge milioni di persone, e sui gravissimi ritardi del nostro sistema di welfare nell'allestire adeguati interventi di supporto alla domiciliarità ai non autosufficienti
- b) Puntare a costruire su questi temi una "alleanza" di soggetti collettivi che promuova attenzioni al tema, proposte ed obiettivi di riordino.
- c) Evidenziare la necessità di un più forte coinvolgimento (anche sotto il profilo finanziario) del sistema sanitario nazionale nell'assistenza domiciliare a persone e famiglie nei bisogni di tutela della vita quotidiana.

Il Manifesto è reperibile (e vi si può aderire) sul sito www.bottegadelpossibile.it, e

di seguito (in caratteri corsivi) ne riportiamo qui i contenuti principali

LO SCENARIO ATTUALE

La condizione di sofferenza delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, ha raggiunto livelli insostenibili, che devono imporre azioni fondate su un minimo di sensibilità etica, prima ancora che su scelte politico organizzative. Alcuni elementi:

- a) *È a tutti evidente la crescita di persone (prevalentemente anziane) non autosufficienti, che già mette in crisi le risposte dell'attuale welfare, e che nei prossimi anni rischia di travolgerlo, non solo per l'insufficienza degli stanziamenti, ma anche per l'inadeguatezza degli attuali servizi e interventi.*
- b) *I bisogni di queste persone (e delle loro famiglie) non richiedono solo attività infermieristiche, mediche, riabilitative, ma soprattutto la tutela nelle funzioni della vita quotidiana: per la cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi) e dell'ambiente. La qualità della vita dipende spesso più che dagli interventi di tecnica sanitaria (certo indispensabili quando appropriati) soprattutto dalla possibilità di supporto permanente negli atti della vita quotidiana. E sono proprio queste le risposte più carenti. Peraltro non c'è*

operatore sanitario che non confermi come atti sanitari siano efficaci solo se al non autosufficiente è garantita una adeguata tutela nella quotidianità.

- c) Si rischia di abituarsi al fatto che tocca alle famiglie assistere, perché i servizi pubblici più di tanto non possono fare. Con una insidiosa e distorta concezione del welfare pubblico che si limita solo a “contribuire se e quando può” a supportare le persone non autosufficienti, assegnando primariamente questo compito alle famiglie. Ma moltissime famiglie non sono in grado di garantire alla propria non autosufficiente adeguata assistenza, e dunque questa concezione oltre che iniqua verso le famiglie più fragili, e generatrice di un welfare che abbandona la tutela dei diritti, è anche del tutto illusoria, anche perché, sempre più spesso sono anziani che assistono grandi anziani.*
- d) L'attuale carenza di interventi per la tutela degli atti della vita quotidiana, e le lunghe liste d'attesa per ottenerli, producono drammatici effetti sia sui non autosufficienti che sulle loro famiglie: impoverimento dei nuclei che devono pagarsi assistenti familiari o posti letto in RSA, crisi delle dinamiche familiari e personali quando l'impegno di assistere da sé il non autosufficiente diventa insostenibile, rinuncia al lavoro per chi non può fare a meno di assistere ma non può fruire dei congedi retribuiti, gravi rischi di abbandono per i malati che non hanno familiari.*
- e) Non è immaginabile che il welfare pubblico regga il crescente impatto delle persone non autosufficienti predisponendo soprattutto strutture di ricovero, perché sono la risposta più costosa in termini di impianto e gestione. L'offerta di posti letto residenziali deve essere adeguata alla richiesta, ma l'assistenza a domicilio (purché sia consistente) non solo è più gradita a utenti e famiglie (come dimostra il boom della*

spesa privata per le assistenti familiari), ma è anche più efficace per evitare decadimenti e consentire buona vita, ed è economicamente più efficiente. Potenziare la tutela al domicilio deve dunque essere la priorità nell'offerta pubblica per la non autosufficienza.

- f) Ciò che serve ai non autosufficienti e alle loro famiglie, anche per una efficace assistenza al domicilio, non è soltanto “denaro per retribuire assistenti familiari”. E' invece un “sistema delle cure” più completo, che garantisca prestazioni esigibili (e non solo collochi in lista d'attesa) ed offra un insieme coordinato di sostegni, adattabili alla condizione della persona e della sua rete familiare.*
- g) L'attuazione del sistema di interventi sociosanitari per i non autosufficienti presenta clamorose differenze nei territori, sia nelle forme di assistenza al domicilio, sia nell'offerta residenziale. Poiché si tratta di mettere in opera tutele fondamentali, e con la natura giuridica di “livelli essenziali” da garantire, è indispensabile evitare differenze non motivate in ciò che i cittadini possono ricevere nel loro territorio.*
- h) Occorre potenziare tutte le azioni di promozione alla salute e di prevenzione del rischio di non-autosufficienza, che coinvolgono anche i Comuni nell'esercizio delle titolarità, in materia di salute, in capo ai Sindaci; perché possono attuare politiche di sostegno alla vita attiva di anziani e disabili.*
- i) E' necessario ampliare la gamma delle risposte possibili. Il nostro sistema è eccessivamente polarizzato sui due estremi: la risposta al domicilio (sebbene insufficiente) o l'inserimento in struttura residenziale. Tra queste due risposte possono e devono poter essere previste, e sono anche sperimentate, al-*

tre soluzioni intermedie, capaci di sostenere la persona con il venir meno della sua autonomia.

CHI DEVE FARE CHE COSA

Prima di discutere di “come potenziare l’offerta di interventi” è necessario riflettere sulle responsabilità degli attori pubblici del welfare, anche assumendo scelte sull’applicazione dei nuovi LEA nazionali emanati nel 2017:

2.1) Che cosa intendiamo come “diritto alla salute”

Il sistema di tutela dei non autosufficienti può orientarsi verso due diversi scenari, che evidenziano grandi differenze specialmente nell’assistenza domiciliare:

- a) Un modello nel quale il SSN interviene con prestazioni mediche, infermieristiche, di ausili, ma si occupa della tutela delle funzioni cruciali nella vita quotidiana solo fornendo alcune ore di OSS (operatori sociosanitari). E lasciando tutto il resto di questa tutela alle famiglie od ai servizi socioassistenziali.
- b) Un diverso modello, nel quale il SSN compartecipa per sostenere la persona non autosufficiente nel suo domicilio, finché è possibile, con tutte le forme di tutela e di supporto utili a garantire una buona qualità di vita. Tali supporti non possono essere solo circoscritti ad un numero di ore di OSS, perché altri interventi sono utili, e la persona ha anche bisogno di sostegno per mantenere un sistema di relazioni, evitando isolamento dal contesto sociale.

Il secondo modello ha consentito in diverse zone del Piemonte negli scorsi anni la messa in opera di un’offerta consistente ed articolata di interventi domiciliari. Il primo modello non può essere accettato, per una serie di ragioni:

- I non autosufficienti hanno bisogni nella vita quotidiana in quanto sono malati, o con esiti di patologie; dunque

il SSN non può eludere il tema, anche in ragione dei pilastri sui quali si fonda: la sanità pubblica non può limitarsi a “guarire”, ma deve “curare” (anche quando la guarigione è impossibile il “prendersi cura” dei bisogni originati da problemi di salute è suo compito primario). Peraltro da sempre operano in sanità pubblica servizi i cui interventi sono diretti al “prendersi cura” di persone non autosufficienti, ad esempio nella salute mentale o nei servizi per le dipendenze; e la legge fondativa del SSN (la 833/78, tutt’ora in vigore) prevede all’art. 2 che il SSN deve assicurare diagnosi e cura degli eventi morbosi “..quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata”.

Il “diritto alla salute” deve consistere nel ricevere tutto ciò che supporta i bisogni della persona e non nel fornire solo “prestazioni predefinite”. Fare salute è generare buone condizioni di vita e tutela della dignità della persona, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti sia dalla forma degli interventi. L’offerta di salute dunque non può che consistere nel ricevere tutto ciò che davvero genera tutela, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti (infermieri, operatori sociosanitari, assistenti familiari) sia dalla forma degli interventi (lavoro a domicilio di operatori pubblici, assunzione di assistenti con contributo pubblico, lavoro di cura dei familiari, affido a terzi, buono servizio per ricevere assistenti familiari da fornitori terzi). Ragionevolezza impone che il nucleo fondamentale del livello di assistenza da garantire sia “il vivere al meglio tutelati”, e non “ricevere ore di infermiere o di OSS”. Peraltro un intervento di tutela a domicilio va progettato ritagliandolo sulle condizioni del non autosufficiente ma anche della sua rete familiare, e quindi è molto difficile predeterminare quali interventi saranno più efficaci:

non è ragionevole assumere a priori che solo interventi di operatori con specifiche qualifiche devono assumere il rango di livello essenziale sociosanitario, quando altrettanto “essenziali” possono essere molti altri diversi sostegni, di assistenti familiari e/o dei familiari.

- *Assumere che sono a carico del SSN (ossia “sono riconoscibili come LEA”) solo le prestazioni svolte da OSS è irrazionale perché il costo orario dell’O.S.S. è notevolmente superiore a quello dell’assistente familiare, e non è ragionevole che il SSN contribuisca al 50% del costo delle prestazioni solo per l’operatore più costoso, l’OSS.*
- *Vi sono già diversi ambiti di intervento che non includono prestazioni soltanto di operatori sanitari e/o di OSS e che pure vedono un impegno finanziario del SSN, come la parte di retta che il SSN garantisce ai ricoverati in RSA, o il ricovero nei posti letto di post acuzie. La parte di retta di ricovero che il SSN garantisce ai non autosufficienti ricoverati in lungoassistenza residenziale ha chiara natura giuridica di LEA sociosanitario (nel dPCM 12/1/2017 che all’articolo 30 prevede che sia a carico del SSN il 50% degli interventi residenziali e semiresidenziali); e questa spesa tutta sanitaria copre anche prestazioni non svolte da O.S.S. o da personale infermieristico, ma l’insieme dei costi di gestione, come il servizio di pulizie, di somministrazione dei pasti, di amministrazione delle strutture residenziali. Questo è un aspetto cruciale: non ha alcun senso che la sanità pubblica fornisca prestazioni diverse in base al fatto che il non autosufficiente è in una RSA oppure è al suo domicilio. La stessa patologia cronica deve ricevere dal SSN le stesse garanzie di prestazione, che sia gestita in struttura residenziale o a casa. Altrimenti di fatto il SSN genera disincentivi alla permanenza a casa dei*

non autosufficienti, oltre che incomprensibili asimmetrie nelle sue prestazioni.

Sono dunque già molti i casi nei quali risorse del SSN sono utilizzate per non autosufficienti in interventi con natura non tecnicamente sanitaria ma di ampia tutela di bisogni. E non si tratta di alimentare un conflitto su “chi deve pagare” tra ASL e Comuni, per far risparmiare i secondi a scapito delle prime. In entrambi i casi si tratta di denaro pubblico, il cui uso efficiente è da perseguire comunque. Si tratta invece di:

- *Evitare che (anche data l’assenza di livelli essenziali nazionali sui servizi socio assistenziali), assegnare l’intera assistenza tutelare domiciliare agli Enti gestori dei servizi sociali produca maggiori spese per le famiglie o minori offerte di prestazioni, e privi la tutela al domicilio di garanzie giuridiche robuste, perché sottratta alla natura di LEA.*
- *Garantire la responsabilità finanziaria anche delle Aziende Sanitarie come ingrediente necessario a dare concretezza alla loro titolarità nell’assistenza domiciliare ai non autosufficienti, comunque si attui la modalità di tutela. In caso contrario l’intera spesa di assistenza domiciliare che non consiste in lavoro di OSS ricade sulle famiglie o sui Comuni.*

Forse quanto il “manifesto” propone su quest’ultimo aspetto non è ovunque immediatamente comprensibile, considerando i modelli di intervento molto diversi attivati nelle diverse regioni. La riflessione parte infatti dall’esperienza piemontese, dove la Giunta regionale del 2003 mise in atto i primi LEA (del dPCM 29/11/2001) consentendo di costruire in molti territori piemontesi una robusta offerta di interventi domiciliari, con due punti di forza:

- a) prestazioni molto articolate nella modalità (assegni di cura per assumere assistenti familiari, buoni servizio per ottenere diverse prestazioni da fornitori accreditati, contributo ai familiari che assistono direttamente, affidamento a volontari), per adattarle alle diverse esigenze delle famiglie;
- b) un budget impegnabile che consenta un elevato numero di ore di assistenza familiare: sino a 1350 euro mensili per chi è più gravemente inabile, o 1640 se la persona è senza rete di aiuti. In entrambi i casi per il 50% a carico del SSN. Questo è peraltro il presupposto per evitare davvero l'istituzionalizzazione della persona, e per non trasformare l'offerta pubblica solo in un piccolo contributo, col risultato che diventa utile solo per le famiglie che possono impegnare anche risorse proprie.

Ma questo modello negli ultimi anni è messo in crisi sia per l'insufficiente dotazione finanziaria, sia per la scelta di considerare non inclusi nei LEA gli interventi domiciliari non svolti da operatori professionali del SSN. Da qui l'esigenza di una iniziativa di comunicazione e mobilitazione, considerando che non è solo di una "questione piemontese"; si tratta infatti di riflettere su quale tipo di sistema sanitario pubblico si desidera.¹

2.2) Un metodo per decidere

Dopo i primi LEA del 2001 la Regione Piemonte costruì le sue deliberazioni attuative tramite il lavoro di un tavolo con la partecipazione ampia dei soggetti sociali, dagli Enti gestori agli organismi di rappresentanza degli utenti. Adesso è importante poter replicare quel metodo: costruire atti fondamentali in questo modo non è infatti un rituale elegante o burocratico, ma un meccanismo che dà sostanza alle politiche e alla

democrazia partecipativa. In quanto riguardano sistemi complessi, solo decisioni nate da un vero confronto hanno speranza di una messa in opera diffusa e davvero coerente ed evitando conflitti.

2.3) Quale sistema regionale costruire

Il dPCM del 2017 sui LEA prevede che l'offerta sia costruita "secondo i modelli regionali" ed integrata con il sociale. Pertanto riteniamo che la Regione debba utilizzare questa opportunità per costruire un modello uniforme sul territorio regionale, che valorizzi le esperienze più avanzate sperimentate, con queste caratteristiche:

- a) *Garantisca diritti reali e riduca le liste d'attesa. Sebbene la sostenibilità economica sia un tema imprescindibile, i LEA si devono contraddistinguere come "diritti essenziali fruibili"; la loro messa in opera deve puntare quindi a garantire almeno un set minimo di prestazioni ai non autosufficienti che siano esigibili e non dilazionabili, interpretando in questo senso il significato dei "livelli essenziali", come peraltro già accade in molti altri settori del welfare, e come indicano alcune sentenze della Corte Costituzionale. Di conseguenza è ineludibile la definizione di standard minimi sui volumi di offerta da fornire e sui tempi per la loro attivazione.*
- b) *Preveda che l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti poggia su un insieme di servizi e interventi e non solo su contributi economici da erogare ai caregiver. E pertanto consista in un set di interventi e servizi differenziati da concordare con la famiglia, adattandole alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia (ma con supporti per reperirli e amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla*

¹ Una analisi più puntuale delle ragioni per una spesa dal SSN anche nelle prestazioni domiciliari di tutela della vita quotidiana è in <https://welforum.it/la-non-autosufficienza-riguarda-il-servizio-sanitario-nazionale/?highlight=motta>.

famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni), operatori pubblici (o di imprese accreditate e affidatarie) al domicilio. E' necessario perciò evitare semplicistiche soluzioni che consistano nell'erogare solo denaro alle famiglie, presumendo che tutte siano in grado di utilizzarlo per il non autosufficiente, il che è irrealistico. E invece vanno introdotti meccanismi che vincolino a offrire ovunque il più ampio set di possibili supporti.

- c) *Assicuri un impegno anche del SSN nel finanziare diverse possibili forme di assistenza domiciliare per i non autosufficienti. Per le ragioni esposte al punto 2.1) è indispensabile non assoggettare forzatamente i bisogni ai vincoli burocratici e formali, ma fare il contrario, ossia partire da "come è meglio prendersi cura" e non da "a chi tocca spen-*

dere". Le modalità tecniche ed amministrative possono essere varie: ad esempio far confluire, in esito alla valutazione multidimensionale, risorse sia sanitarie che sociali in un "budget di cura", finalizzato ad un progetto personalizzato per assicurare buona qualità della vita, come pacchetto che sia trasformabile (a prescindere dall'origine delle risorse) nell'intervento di sostegno alla domiciliarità più adatto alla persona e alla famiglia. Ed innestando nei gestori locali meccanismi organizzativi che inducano integrazione tra sociale e sanitario ed un governo organico di tutta la filiera dei servizi per la non autosufficienza, in ogni caso garantendo la titolarità in capo alle ASL.

- d) *Salvaguardi gli interventi sulla non autosufficienza e della cronicità in capo al SSN, con adeguati stanziamenti di risorse, affinché le persone malate con patologie croniche e quelle non autosufficienti non restino solo in carico agli Enti Gestori dei servizi sociali ed ai Co-*

Un'invisibile educazione alla passività

Il fatto che il volontario medio e, credo, lo stesso operatore faticino a inquadrare adeguatamente il fenomeno nella sua varietà e complessità, essendo presi a senso unico da situazioni di debolezza, se non di estrema povertà, ha una conseguenza negativa di ordine generale, a livello educativo verrebbe da dire. Nel momento in cui volontari e operatori inquadrano gli immigrati all'insegna della debolezza, da un lato rafforzano nei cittadini la tendenza a trattarli come bisognosi anche quando non lo sono, dall'altro sono loro stessi a educare gli "utenti" alla passività, alla perdita delle motivazioni, all'accettazione della dipendenza... Senza assolutizzare, direi che la tendenza del *maternage* è pericolosa perché si finisce per sostituirsi ai "poveretti" per fare la carta d'identità o la tessera sanitaria o l'iscrizione ai servizi per l'impiego... L'approccio passivizzante ha conseguenze a volte inaspettate. Vedo diversi progetti sul traffico di donne, la cosiddetta tratta. Di nuovo, forse perché ci sono più finanziamenti, si enfatizza troppo la *dimensione patologica* del fenomeno. Allo stesso modo prevale l'idea che i matrimoni combinati siano tutti forzati. Dimenticando che fuori dalla ristretta sfera dell'Occidente, quasi tutti i matrimoni sono in qualche modo combinati. Del resto anche da noi in passato mezzane e intermediari combinavano matrimoni evitando di far sposare persone troppo dissimili. Tutto questo per dire che ci sono ambiti in cui anche gli operatori sociali si sono adagiati su alcuni temi senza un'approfondita riflessione e progettualità politica e culturale sulle questioni in gioco. Certo è carente la politica, ma prima ancora il pensiero.

Maurizio Ambrosini, in Animazione Sociale, n. 4/2019

muni. *Garantendo così il diritto esigibile alle cure e la piena titolarità del SSN sui problemi della non autosufficienza cronica.* e) *Assicuri che la programmazione di posti letto accreditati e convenzionati nelle RSA sia uniformemente adeguata*

Quale welfare per uscire insieme da passioni tristi?

I servizi sociali non funzionano quando non sono animati da affezione o quando questa viene “vietata” per oscure ragioni. L’affezione è all’origine della scelta, della motivazione di fondo per cui si decide per questo “mestiere”, un’affezione che si esprime nell’aver cura, nel prendersi cura. Il nodo da sciogliere è il passaggio dalla libido narcisistica che investe sull’amore di sé alla libido che investe sugli altri e sul mondo. Questa è la sfida per la contemporaneità. [...] Spesso nei servizi non c’è l’essere, ma sistemi burocratici in cui le persone non esistono o esistono incidentalmente, ridotte a numeri, pratiche, sintomi, malattie. [...] Paradossalmente dico che il punto di ripartenza è l’ascolto della diffusa domanda di sicurezza, con tutte le problematiche che essa solleva. [...] C’è qualcosa di sacrosanto in queste fatiche drammatiche da cogliere con rispetto, a cui fare spazio senza mai privatizzarle colpevolizzando i singoli, di cui aver cura dentro una nuova cultura sociale e nuova politica. Il mio assunto è che la sofferta domanda che viene sollevata sia una domanda di legame sociale. Una domanda di riconoscimento sociale, chiunque la esprima a partire dalla tristezza o rabbia, dalla sua povertà o solitudine. Ci vuole qualcuno che scenda con “me” cittadino che vivo in periferia, nel quartiere dove sono arrivati gli immigrati, che ho un figlio che non trova lavoro ha abbandonato la scuola, che sono in carcere. Cerco qualcuno che si metta in mezzo, “tra” questa mia vita e le migrazioni, l’economia, la finanza, l’efficienza tecnica. Questa è l’attesa silenziosa ma potente: che qualcuno si metta in mezzo, perché da solo non ce la posso fare. [...] Qui emerge l’inedita domanda di legame sociale. [...] La questione è dunque la relazionalità, legata intimamente alla sostenibilità, e sostenibilità vuol dire riconoscere che siamo in relazione, riconoscere che l’idea dell’individualità è sbagliata, mentre dobbiamo recuperare l’idea di persona, perché la persona è relazione, la persona ha un limite, non è indistinta, è una storia, una cultura, ha radici, non è chiusa [...] Non basta pertanto mettere al centro l’aver cura del legame, della sostenibilità, del limite, del confine, della sovranità se non si ammette con lucidità che è difficile *recuperare la matrice relazionale* che la cultura individualistica degli ultimi 50 anni ha negato e ancora nega. [...] E’ questo il sociale, questo continuo rinascere al di là di una semplice concatenazione di cause-effetti [...] L’obiettivo del welfare non è risocializzare al consumo e alla produzione chi ne è rimasto fuori, nemmeno soddisfare le domande illimitate di portatori di diritti vedendo qualunque cosa come diritto. Essere consapevoli di un diritto non si risolve chiedendo semplicemente che qualcuno lo soddisfi, perché quel meccanismo è una trappola. La sfida, mentre si riconoscono i diritti, è accompagnare l’apprendere a essere capaci di mettere al mondo se stessi, entrando così in una dinamica generativa, quella di essere vivo, di essere uomo o donna, di essere persona, di avere sempre, nonostante tutto, risorse da mettere in gioco.

Mauro Magatti, in *Animazione Sociale* n. 5/2019

ai fabbisogni dei diversi territori, incrementando la qualità del servizio in termini di dotazione organica, minutaggi, formazione del personale, apertura delle strutture al territorio e flessibilità delle offerte.

- f) Garantisca adeguata uniformità nei meccanismi istituzionali di raccordo tra ASL ed Enti gestori dei servizi sociali, anche supportando i territori che sono lontani da un assetto efficace, governando una omogenea messa in opera nel territorio regionale dei sistemi di offerte per i non autosufficienti.*
- g) Revisioni l'attuale meccanismo della valutazione della non autosufficienza, prevedendo che in tale valutazione nelle commissioni competenti non abbia rilievo la condizione economica del richiedente. La condizione economica va utilizzata invece solo per identificare il livello di compartecipazione ai costi degli interventi.*
- h) Preveda come segmento indispensabile del sistema delle cure la diffusione di "Sportelli sociosanitari" come luogo di*

primo accesso "facile" per le famiglie, nei quali non solo ricevere la "prenotazione in UVG", ma anche informazione su tutte le altre prestazioni che potrebbero essere utili, anche se non attivate dallo Sportello (prestazioni INPS, sulle barriere architettoniche, sgravi fiscali, etc). Inoltre promuovendo offerte più polivalenti (anche tramite agenzie ad hoc), per sostituire i familiari nel gestire ove possibile le pratiche necessarie per accedere a prestazioni, quando il familiare non è in grado di farlo.



Terzo settore: quale innovazione?

Innovare il terzo settore oggi è necessario, l'innovazione fa parte della crescita virtuosa di ogni organizzazione e di tutte le forme di vita. Ma occorre capirsi su cosa si intende con il termine "innovazione". Un'innovazione che non governa la mission e i valori del terzo settore è destinata inevitabilmente a erodere le basi di legittimazione sociale su cui questi mondi fondano la loro stessa natura e esistenza. Questo vuol dire che il rapporto con il profit funziona finché non mette in discussione la legittimazione del terzo settore e la sua mission. Se il rapporto con il profit porta a un'assunzione delle sue logiche da parte del terzo settore entriamo in un'area dove la sua legittimazione comincia a essere erosa. Prendiamo per esempio la *vendita di servizi sociali a privati*. Vendere a chi può pagare è un tema che ha a che fare con la selezione del cliente pagante e la ricerca del profitto; per il terzo settore la preoccupazione dovrebbe essere invece quella di pensare a chi viene escluso dalla possibilità dell'acquisto di servizi indispensabili alla sua cura e tutela. Ma la logica della vendita impone di ragionare per investimenti, rendite e guadagni e quindi di vedere chi può pagare e garantire il ritorno degli investimenti.

Luca Fazzi, in Animazione Sociale, n.8/2019